

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME
DURUMLARINA GÖRE ÖZ-ETKİLİLİK ve BAĞIMLILIK
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur Özlem KILINÇ

DANIŞMAN
Doç Dr. Ayfer TEZEL

ELAZIĞ - 2010

ONAY SAYFASI

.....

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

.....

..... Anabilim Dalı Başkanı

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

.....

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

.....

.....

.....

.....

.....

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince iyi eğitim almamız için her türlü desteği sağlayan Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Değerli Hocam Prof. Dr. Sayın İbrahim H. ÖZERCAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen ve ufkumu açan Danışmanım Doç. Dr. Sayın Ayfer TEZEL'e teşekkür ediyorum.

Yüksek Lisans eğitimi ders dönemimde bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan hocalarım Yrd. Doç. Dr. Sayın Reva BALCI, Yrd. Doç. Dr. Sayın Nazlı HACIALİOĞLU'na, tezimi hazırladığım süre içinde desteğini esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitü Müdür Yardımcısı Doç. Dr. Sayın Engin ŞAHNA'ya teşekkür ediyorum.

Tez çalışmamı yaptığım Bingöl Üniversitesi'nin Rektörü Prof. Dr. Sayın Gıyasettin BAYDAŞ'a, Yrd. Doç. Dr. Sayın Halil ŞİMŞEK'e, Yrd. Doç. Dr. Sayın M. Nuri AÇIK'a ve araştırmam sırasında yardımlarını esirgemeyen Bingöl Üniversitesi'nin akademik ve idari personellerine teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteklerini sürekli yanımda hissettiğim aileme ve tüm arkadaşlarıma sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Sigara İçme Prevalansı	8
3.2. Sigara ve İçeriği	11
3.2.1.Nikotin	12
3.2.2.Karbonmonoksit	13
3.2.3.Kanserojen Maddeler.....	14
3.2.4.İrritan Maddeler.....	14
3.3. Sigara ve Sağlık	15
3.3.1. Sigara ve Solunum Sistemi.....	16
3.3.2.Sigara ve Kanser	17
3.3.3. Sigara ve Kardiovasküler Sistem.....	17
3.3.4.Sigara ve Gastrointestinal Sistem	18
3.3.5. Sigara ve Hormonal Sistem	18
3.3.6.Sigara ve İmmün Sistem	19
3.4.Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler	19
3.5.Sigara ve Adölesan Dönem	21
3.6. Sigara ve Bağımlılık.....	25
3.7. Öz-etkililik.....	28
3.8.Sigara Kullanımı İle Mücadelede Hemşirenin Rolü	31
4.GEREÇ ve YÖNTEM.....	34
4.1.Araştırmanın Türü	34
4.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
4.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
4.4.Verİ Toplama Araçları.....	34
4.4.1.Tanımlayıcı Bilgi Formu	35
4.4.2.Öz Etkililik Ölçeği	35
4.4.3.Fagerstrom Tolerans Testi.....	36
4.5.Verilerin Toplanması.....	36

4.6.Verilerin Değerlendirilmesi	37
4.7.Araştırma Süreci	37
4.8.Etik İlkeler	40
4.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
5.BULGULAR	41
5.1. Öğrencilerin Demografik Özelliklerini İçeren Bulgular	41
5.2 Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	44
5.2.a.Sigara İçen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	44
5.2.b. Sigara İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	47
5.3.Sigara İçen Öğrencilerin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	49
5.4. Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeyi ile Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular	53
6.TARTIŞMA.....	54
6.1 Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	54
6.2.Sigara İçen Öğrencilerin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi..	60
6.3. Öz-etkililik ve Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişki	64
7.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	65
8.KAYNAKLAR	68
9.EKLER	82
10. ÖZGEÇMİŞ.....	92

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 2. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	43
Tablo 3. Sigara İçen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 4. Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıklarına Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 5. Sigara İçmeyen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 6. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 7. Sigara İçen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre FTT Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 8. Sigara İçen Öğrencilerin Sigara İçme Durumunu Tanımlayan Özelliklerinde Göre FTT Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Araştırma Planı	38
Şekil 2. Zaman Çizelgesi	39

KISALTMALAR LİSTESİ

CO	: Karbonmonoksit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FTT	: Fagerstrom Tolerans Testi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
N₂O	: Nitrojenoksit
ÖEÖ	: Öz-etkililik Ölçeği
SO₂	: Sülfürdioksit
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
WHO	: World Health Organization

1. ÖZET

Sigara kullanımı, dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak önlenebilir halk sağlığı sorunlarının en önemlisidir. Yapılan çalışmalarda, geç adölesan döneminin bağımlılık gelişmesi açısından en riskli dönem olduğu belirtilmekte ve özellikle 15-24 yaş bağımlılık gelişmesi açısından riskli grup olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin sigara içme durumuna göre, öz-etkililik düzeylerini ve bağımlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte olan araştırma Bingöl Üniversitesi'nde Eylül 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bingöl Üniversitesi'nde 2009-2010 öğretim yılında öğrenimine devam eden toplam 920 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 765 öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma verileri sosyo-demografik bilgileri içeren form, öz-etkililik ölçeği, fagerstrom tolerans testi kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi; bilgisayar ortamında, tanımlayıcı testler, t testi, varyans analizi ve korelasyon analizi ile yapılmıştır.

Öğrencilerin sigara içme oranı kızlarda %6,9, erkeklerde %37,4 olmak üzere toplamda %44,3 olarak saptanmıştır.

Sigara içen öğrencilerin yaşadığı yerin, babalarının eğitim durumunun, sigarayı bırakmayı düşünmelerinin öz-etkililik düzeylerini etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sigara içmeyen öğrencilerin aile tipi, medeni durumu, babalarının eğitim durumunun öz-etkililik düzeylerini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$).

Öğrencilerin cinsiyeti, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, günlük içtiği sigara miktarı, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı deneme durumu, sigarayı hangi dönemde içtiği, bırakmayı istemesi ve bırakabileceğine inanmasının bağımlılık düzeyini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$).

Öğrencilerin sigara bağımlılık düzeylerini düşürmek için öz-etkililik düzeylerini arttırıcı eğitimlerin eğitim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında özellikle hemşireler gibi bireylerle yakından iletişime geçen sağlık çalışanları tarafından verilmesinin faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, öz- etkililik, sigara bağımlılığı, hemşire

2. ABSTRACT

Smoking is the most important preventable problem of public health as it is the most rapidly spreading and the longest outbreak. The studies states that late adolescent period is the most hazardous period in terms of developing addiction and especially 15-24 ages is defined as risky group in term of developing addiction.

This study was made to evaluate the self-efficacy and addiction level of university students according to their smoking.

The study that is descriptive type was made in between September 2009-June 2010 in University of Bingöl. Totally 920 students who attend Bingöl Universty in 2009-2010 academic year consist of the universe of the study. The choice of sample wasn't used in the study, the study completed with 765 students who were volunteer to join the study data was collected by using the form including socio-demographic data, self-efficacy scale, fagerstrom questionnaire.

Evaluating data was made by descriptive tests in computer environment, t test, analysis of variance and analysis of correlation.

The rate of students' smoking is 6,9 % among girls, 37,4 % among boys and it is totally 44,3 %.

It was determined that place that they live, their fathers' education of smoking students idea quit smoking effect their self-efficacy level ($p<0,05$).

It was determined that family type, marital status, fathers' education of non-smoking students effect their self-efficacy level ($p<0,05$).

It was determined that students' gender, marital status, age that start smoking, the number of daily smoking, the length of smoking period, trial of

quitting smoking, the period which smoke, willing to quit and believing in quitting effect addiction level ($p < 0,05$).

It was thought that it will be beneficial to educate students to increase self-efficacy with health professionals like nurses who can communicate with people closely in educational institution, health institution to decrease students smoking addiction.

Key words: adolescent, self-efficacy, smoking addiction, nurse

3. GİRİŞ

Günümüzde toplum sağlığını tehdit eden en büyük tehlikelerden biri sigara içme alışkanlığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara kullanımının dünyada en önde gelen sekiz ölüm nedeninin altı tanesi için risk faktörü olduğunu ve dünyada her 10 ölümden bir tanesinin nedeninin sigara olduğunu bildirmiştir (209). Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılı raporunda her yıl 4 milyon kişinin sigara kullanımı ve buna bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğünü ve bunun her sekiz saniyede bir kişinin ölümü anlamına geldiğini vurgulamaktadır (54,105,215).

Dünya Bankası verilerine göre her yıl sigaranın yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. Bu maliyetlerin sigara içenler tarafından vergi şeklinde karşılanabilmesi için her paketin dört dolar olması gerektiği hesaplanmıştır (135). Tütünün ülkemize verdiği ekonomik zararın yılda yaklaşık 8-10 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (105). Gelişmiş ülkeler bu tehlikenin farkına uzun yıllar önce varmışlar ve gerekli yasal düzenlemeler ve eğitim çalışmaları ile sigara içme oranlarını düşürmeye başlamışlardır. Ancak gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkelerdeki pazarını kaybetmeye başlayan sigara üreticisi firmalar için hedef haline gelmiş ve yasalardaki boşluklardan da yararlanılarak gizli veya açık reklamlarla özellikle genç nüfus sigaraya özendirilip sigara içicisi haline getirilmiştir (39,100).

Türkiye, kişi başına düşen sigara tüketimi yönünden Avrupa'da Yunanistan'dan sonra ikinci sırada bulunmaktadır (21).

Öğrenciler üzerinde yapılan pek çok çalışmada sigara kullanımına ilişkin veriler elde edilmiştir (12,76,108,114,123,144,145).

Kişioğlu ve arkadaşları (2002) üniversiteli adölesanlarda yürüttükleri araştırmada sigara içme oranını % 41,8 ve sigaraya başlama yaş ortalamasını yaklaşık 17 olarak belirtmişlerdir.

Kaya ve Çilli'nin (2002) Selçuk Üniversitesi öğrencileri ile yapmış oldukları araştırmada öğrencilerin % 27,5' inin son bir yıl içinde bir ay ya da daha fazla süreyle sigara kullandıklarını saptamışlardır.

Erginel (2004), Anadolu ve Osmangazi üniversiteleri öğrencileri ile yaptığı araştırmada birinci sınıf öğrencilerinin %34.1'inin, son sınıf öğrencilerinin % 49.9'unun, kız öğrencilerin % 35.2'sinin, erkek öğrencilerin % 49.9'unun sigara kullandığını belirlemiştir.

Birçok gelişmiş ülkede, gençlerin sağlığının yükseltilmesi için öncelikle, yaşam tarzının iyileştirilmesine yönelik sağlığı geliştirme programlarının uygulanması ve gençlerin sigara kullanımı gibi riskli davranışlardan kaçınarak sağlığını koruyucu, yükseltici davranışların oluşturulması amaçlanmaktadır (185). Adölesanın sigara içme davranışına yönelik programların oluşturulmasında, adölesanın gelişimsel dönemi göz önüne alınmaktadır. Bu dönemleri DSÖ erken adölesan (11–15 yaş), orta adölesan (15-17 yaş), geç adölesan (17-24 yaş) olarak tanımlamaktadır (208). Literatürde özellikle öğrencilerin üniversite hayatını geçirdikleri geç adölesan dönem, bağımlılık gelişmesi açısından en riskli dönem olarak belirtilmektedir (108,114,226). Amerika Sağlığı Koruyucu Araştırma Merkezi, 18–29 yaş grubunun diğer yaş grupları içinde sağlığı koruyucu tutuma en az sahip grup olduğunu belirtmiştir. Baltaş, adölesan yaşlarda öğrencilerin sigara içmeye başlama veya arttırarak sürdürme riskinin fazla olduğunu vurgulamıştır (25). Gençler sigaraya ailelerinin etkisi okul ve arkadaş çevresinin

etkisi, psikososyal etmenler gibi değişik nedenlerle başlamaktadır ve nikotinin bağımlılık yapıcı etkisi ile tiryaki durumuna gelmektedirler (67).

Sigaradan uzak durmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önemli bir sağlık davranışıdır. Sağlık davranışının kazanılması ve sürdürülmesinde kişinin öz-etkililiği oldukça etkili bir bilişsel faktördür. Öz-etkililik duruma özel inanç ve algı olarak kavramlaşmıştır. Bununla birlikte; bireyin genel öz-etkililik algısı, duruma özel beklentisine de katkıda bulunur (177). Literatürde, öz-etkililik algısı düşük adölesanların sigara içme davranışına ilişkin daha olumlu bir tutum içinde oldukları, bu davranışı uygun buldukları ve sigara içmeyi önleme konusunda çok büyük bir kişisel kontrol gerektiğine inandıkları belirtilmiştir (81). Sigara içme konusunda bireyin düşük öz-etkililiği, sigaraya karşı direnme gücünün zayıf olması anlamına gelmektedir (81).

Sigara içme alışkanlığı ele alınması gereken çok önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu sorunun çözümü için sağlık personeli görev tanımlarına uygun çalışmalar yapmalıdırlar. Sağlık ekibi içinde, sağlık hizmeti alan bireylerle en fazla zaman geçiren ve birebir iletişim kuran hemşireler sigarayı bırakma çalışmalarında önemli role sahiptirler. Hemşireler adölesanların sigara içme durumlarını, sigaraya başlama nedenlerini, nikotin bağımlılık düzeylerini ve nikotin bağımlılığı kazanmalarına neden olan bilişsel faktörleri inceleyerek sigara bırakma etkinliklerinin yapılandırılmasında rol alabilirler.

Sigara ile savaşta etkili stratejilerin belirlenmesi için öncelikle gençlerin bu maddeye karşı olan tutumlarının ve bilişsel algılama faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Ülkemizde birçok çalışmada (12,39,40,108,114,123,145). gençlerin sigara içme sıklığı ve demografik özellikler ile ilişkisi araştırılmasına

karşın, sigara içme durumlarını etkileyen bilişsel faktörlerin incelendiği araştırma sayısı sınırlıdır (76,144, 221).

3.1.Sigara İçme Prevalansı

Günümüzde nüfusu tehdit eden sorunlar arasında ilk sıralarda yer almakta olan ve yaygınlığı giderek artan sigara içme alışkanlığı; etkileri ve sonuçları bakımından çok geniş halk kitlelerini ilgilendirmektedir (2,17,39,40,44,125, 134,143,148,179).

Literatür incelendiğinde, 1990 yılında tüm dünyada sigara kullanımında bir artış görülmektedir (180). Sigara içen nüfusun büyük bir bölümü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Sigara içme sıklığına bakıldığında gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24, gelişmekte olan ülkelere ise erkeklerde %48, kadınlarda %7 olduğu görülmektedir (129,130,131). Literatürde 2002 yılında yapılan tahminlere göre; gelişmiş ülkelerde erkeklerin %35'i, kadınların %22'si sigara içerken, gelişmekte olan ülkelere erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir (129,130). Bu tahminlere göre özellikle gelişmekte olan ülkelere sigara kullanma oranında bir artış olduğu gözlenmektedir.

Dünyada her yıl 4 milyon kişinin sigara kullanımı ve buna bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğü ve bunun her sekiz saniyede bir kişinin ölümü anlamına geldiği belirtilmektedir (54,105,209,215).

Sigara kullanımı nedeniyle ölen insan sayısının 2030 yılında 10 milyonu bulacağı ve bu sayının 7 milyonunu gelişmekte olan ülkelere insanlarının oluşturacağı tahmin edilmektedir (215). Sigara kullananların sayısının 2030

yılında 1,6 milyar olacağı ve 21. yüzyılda ise bir milyar insanın tütünden öleceği tahmin edilmektedir (54,105,209).

Dünya ülkelerinde, 1998 yılı itibariyle sigara içme dağılımına bakıldığında; en çok sigara içen ülkeler Çin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Japonya, Rusya, Endonezya olarak sıralanmaktadır (131). Dünyada üretilen sigaraların 1/3' ünün tüketildiği Çin' de erkeklerin %63'ü kadınların ise %4'ü sigara içmektedir (214).

Tayvan Ulusal Sağlık Raporu Araştırması'nda, yetişkin erkeklerin %50'sinin ve yetişkin kadınların % 5,8 inin sigara içtiği belirtilmektedir (191).

Avrupa ülkelerinin sigara içme durumları değerlendirildiğinde ise; 1960 yılına kadar sigara kullanma oranında bir artış görülmekte, bir süre aynı düzeyde devam ettikten sonra düşüş gösterdiği belirtilmektedir (136).

Güneydoğu ve Orta Avrupa ülkelerinde sigara kullanma oranlarının; erkeklerde yüksek, kadınlarda ise düşük olduğu görülmekte ve bu fark giderek azalma eğilimi göstermektedir. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin pek çoğunda erkeklerin %50'sinin ve kadınların %30'unun sigara içmekte olduğu belirtilmektedir (136) .

Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklıkları azalırken, gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlarda artış gözlenmektedir (64).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa Bölgesi'nde tütün, yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkeklerin dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olacağı belirtilmektedir (213).

Türkiye kişi başına sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır (21). Birçok gelişmiş batı

ülkesinde sigara içme sıklıkları birbirine yakınken, ülkemizde bu oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sigara içme sıklıkları erkek ve kadınlarda olmak üzere Norveç'te %39– 31, İngiltere'de %35–31, Avustralya'da %33–31, Finlandiya'da %33–18, Kanada'da %32–27, İsveç'te %24–28 ve Türkiye'de ise %63-24'tür (164,165).

Dünya Bankası raporlarına göre; 1990-1997 yılları arasında dünyada sigara kullanımının en hızlı arttığı ülkelere bakıldığında Türkiye'nin Endonezya'dan sonra ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (212). Ülkemizde 17 milyon insan sigara içmektedir ve her yıl 100 bin kişi sigara kullanımına bağlı bir nedenle yaşamını yitirmektedir. Sigara içme sıklığı halen %43,6'dır ve son 30 yılda sigara tüketimi % 22 oranında artmıştır (100,148).

Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasına göre; erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir (197).

Emri ve arkadaşlarının çalışmasına göre; ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 ve ortalama %35.8 olarak belirlenmiştir (71). Bir başka çalışmada ise 20 yaş ve üzerindeki popülasyonda erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 olarak saptanmıştır (176).

Türkiye'de sigara içme oranlarına bakıldığında yetişkinlerde görülen yüksek oranların gençlerde de görüldüğü saptanmıştır (18,39,55,87,115,164). Yapılan farklı çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 yaş arasında bulunmuştur (60,106,113,115,227).

Ülke genelinde yapılan bir araştırmada, lise öğrencilerinde %20 oranında günlük tiryakilik saptanmıştır (207). Kocabaş'ın lise öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, sigara kullanma oranlarının ortalama %25-%40 arasında olduğu belirlenmiştir (116).

Türkiye'de üniversite öğrencilerinin sigara içme sıklığının %14 ile %43,7 arasında değiştiği görülmektedir (4,39,108,114,123,157).

Üniversite dönemi gençlik yıllarının sıkıntılarını en yoğun yaşandığı dönemdir. Yeni bir sosyal çevre ve arkadaş ortamına adım atan genç; bir yandan kendi kişilik gelişimi ve beraberinde getirdiği sorunları yaşarken, öte yandan aileden ayrı kalmanın ve üniversite yaşantısının getirdiği zorluklarla karşı karşıyadır. Üniversiteli genç sorunlarla baş etmek ve sorunları unutmak amacıyla sigara kullanımına yönelebilmektedir (223). Üniversite öğrencilerinde aile ve çevrenin denetiminden uzaklaşma, özgür bir ortamda bulunma sigara içmeye başlamayı kolaylaştırmaktadır.

3.2.Sigara ve İçeriği

Sigara, tütün bitkisinin (nicotiana tabacum) kurutulmuş olan yapraklarından hazırlanır (3). Sigara ve sigara dumanı çok miktarda ve değişik özellikte zararlı madde içermektedir. Sigaranın içerdiği 4.000'den fazla zehirli kimyasal madde, insan sağlığı üzerinde öldürücü etkiler yaratmaktadır (32). Sigara dumanında; katran, karbonmonoksit ve nikotine ek olarak amonyak, arsenik, hidrojen siyanür, formaldehit ve metan gibi son derece zehirli birçok madde bulunmaktadır (5,20,32,59,79,111,167). Sigara dumanındaki bu maddeler antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik özelliğe sahiptir.

Sigara dumanında bulunan maddeleri; nikotin, karbon monoksit, kanserojen maddeler ve iritan maddeler olmak üzere dört grupta toplanabilir (37, 109).

3.2.1.Nikotin

Nikotin 19. Yüzyılın sonlarında tütünden elde edilmiş bir alkaloiddir. Yapılan deneylerde 1856 yılında güçlü bir zehir olduğu kanıtlanan nikotin; günümüzde ise en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler arasında yer almaktadır. Alkaloidlerin çoğu katı maddeler oldukları halde nikotin; renksiz, uçucu, sıvı bir haldedir ve yakılınca kahverengi bir renk almakta, havaya karışıp tütün kokusu vermektedir. Kimyasal adıyla ‘Bripiridil &-N-metil pirolidin’ tütün yapraklarında, malik ve sitrik asitle kombine olarak %2-8 oranında bulunmaktadır. Tütünün ortalama 1/3’ünü nikotin oluşturmakta ve her sigarada insan vücuduna 1-2.5 mg nikotin girmektedir (13,37,53,79,110).

Nikotinin 1800’lü yıllarda keşfedildiğinden beri yapılan geniş kapsamlı araştırmalarda tüm vücut ve özellikle beyin üzerinde karmaşık etkileri olduğu belirlenmiştir. Nikotin deri yoluyla, ağız ya da burundaki mukoza tabakası ve akciğerle alınan nefesler yoluyla kullanılabilir. Kullanım şekline göre nikotin seviyesi kanda ve beyinde ani yükselmeler yapabilmektedir (13,110).

Sigarayla alınan nikotin arteriyal dolaşımdan hemen emilmekte ve 10-15 saniyede merkezi sinir sistemine ulaşmaktadır. Karaciğerde yıkıma uğrayan nikotinin yarı ömrü 2 saattir. Bir sigara içildikten sonra plazma nikotin seviyesi hızlıca yükselmekte ve bunu takiben dolaşımdaki katekolaminlerin düzeyinde de

artış olmaktadır. Sigara içimi bittikten sonra ise hem nikotin hem norepinefrin seviyesi hızla düşmektedir (7,13,33,34,80,94,98,113,119,139,229).

Nikotin, periferik ve koroner vazokonstriksiyona yol açarak ve pıhtılaşma mekanizması üzerine etki ederek, iskemik kalp hastalıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (171,181).

Nikotin ağrı eşiğini ve toleransını artırarak ağrı duyusunu azaltmaktadır. İş ve öğrenme için gereksinim duyulan uyanıklığı arttırmakta, kaygıyı gidermektedir. Sigara az içildiği durumda ise uyarıcı etki göstermektedir. Bu nedenle sigara alışkanlığı çok çabuk bağımlılık meydana getirmektedir (182). Sigaradan ilk nefesin çekildiğinde nikotin, birkaç saniyede beyine ulaşmakta bazı merkezleri uyarmak suretiyle etkisini göstermektedir. Buna bağlı olarak sigaranın ilk nefesten sonra bir rahatlama, endişe ve sıkıntı duygularının hafiflemesi ve zihnin daha hızlı çalışması gibi etkileri vardır. Ancak bu durum tahmin edilenin aksine sigaranın yarattığı bir rahatlama olmayıp, çoğu kez yoksunluk hisseden kişinin vücudunun aradığı maddeye kavuşması ile duyduğu iyilik hissidir (152).

3.2.2.Karbonmonoksit

Karbonmonoksit, bitkisel maddelerin tütünün yanmasıyla oluşan bir gazdır. Sigara dumanının %2-6'sı karbonmonoksitten oluşmaktadır. Sigara içenlerin kanındaki karbonmonoksit düzeyinin sigara içmeyenlere göre 2-15 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (10, 15). Karbonmonoksit oksijenden 200 kat daha fazla hemoglobinle birleşme özelliğine sahip olması nedeniyle kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Tütün dumanındaki karbonmonoksitin sigaraya bağlı

kalp hastalığı riskini artırdığı gibi beyin damarlarının da zarara neden olur (10,15,16).

3.2.3.Kanserojen Maddeler

Sigara dumanında bulunan ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen maddelerden bazıları da kanserojendir. Tütünün içerdiği kanserojenik ve mutajenik ajanlar arasında poliaromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, aromatik aminler, aldehytler, organik ve inorganik birleşikler yer almaktadır. Bu maddelerin hemen hemen tamamı DNA üzerinde toksik etki göstermektedir. DNA hasarı ve buna bağlı oluşan karsinogenezis sigara kullananlarda kullanmayan popülasyona göre daha fazladır (1,140,163). Kanser yapan ve kanserin meydana gelmesine neden olan maddelerden biri de katrandır. Duman alındığında milyonlarca parçacığı beraberinde getirir ve bu parçacıklar hava yollarında ve akciğerlerde katran olarak birikir. Katranda bulunan zararlı maddeler hem kanser sürecini başlatıcı hem de bu süreci hızlandırıcı özelliktedir (5,14, 21,79).

3.2.4.İrritan Maddeler

Sigara içerisinde akrolein başta olmak üzere siyanid, sülfür dioksit, hidrojen gibi irritan, toksik madde vardır. Bu maddeler solunum sisteminin fizyolojik fonksiyonlarını etkileyerek, mukus salgısını arttırarak, epitellerin hareketlerini kısıtlayarak kanserojen ve zararlı maddelerin balgam ile uzaklaştırılmasını engeller. Bu da solunum sistemiyle ilgili pek çok problemin ortaya çıkmasına neden olur (37,79,111,133,141).

3.3.Sigara ve Sağlık

Sigara, dünyada hastalık ve ölümlerin önlenebilir nedenleri arasında ilk sırada yer alan (70,151) en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (2). Sigaranın içerisinde bulunan maddelerin organizmaya zararları bulunmaktadır ve ölümcül etkilerinin yanı sıra insanların daha fazla hastalığa yakalanmasına neden olmaktadır (56,210). Sigara kullancıları, bırakanlara veya hiç i memi lere göre daha fazla oranda akut ve kronik hastalıklarına yakalanmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmakta, yatalak olarak geçirdikleri gün sayısı daha fazla olduğu için de okul veya i  ortamından daha uzun süre uzakta kalmaktadırlar (105).

Ergenlik  ağında sigara içmeye ba layan ve uzun süre düzenli olarak sigara içen bireylerin yarısının sigara nedeniyle öldüğü ve genç yaşta olan bu kişilerin, beklenen yaşam sürelerinin içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20 - 25 yıl daha kısa olduğu bildirilmektedir (162). Literatürde, 2020 yılında sadece tütün nedeniyle oluşacak hastalıklara bağlı ölüm oranının % 9 olacağı tahmin edilmektedir (137).  l me neden olan 50 kadar kronik hastalığın sigarayla ilişkili olduğu d   n lmekte ve sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu tutulmaktadır (19,199).

DSÖ'ne göre düzenli sigara kullananların yarısı gelecekte sigara kullanma sonucu ortaya çıkan sağlık sorunlarını ya ayacaklar ve erken öleceklerdir. Günümüzdeki sigara içme oranları değişmeden devam ederse, yarıdan fazlası bugünkü gençler ve çocuklar olmak üzere şimdi yaşayan 500 milyon kişi sigara nedeniyle ölecektir (69).

Sigara içmenin ciltte erken yaşta kırışıklıklara, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonlara neden olduğu, Miyastenia Graves Hastalığı, katarakt, maküler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyona neden olabileceği de belirtilmiştir (187).

3.3.1.Sigara ve Solunum Sistemi

Sigara içerdiği zararlı maddeler nedeniyle birçok solunum sistemi hastalığına neden olmaktadır (35). Sigaranın içerdiği parçacıkların solunum sisteminde depolanması, akciğer hastalıklarının gelişiminde ilk basamağı oluşturur. Parçacıkların çökme hızı onların büyüklüğüne, kişinin akciğer yapı ve işlevine ve nefesin akım hızına bağlıdır (1). Sigaranın içindeki CO, N₂O ve SO₂ gazlarının siliyalar üzerinde doğrudan toksik etkisi siliyaların işlevinin bozulmasına, mukus salgısının artmasına, bakteriyel bağlanma artmasına yol açmaktadır (1). Sigara içenlerde kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne gibi solunum sistemiyle ilgili şikayetler belirgin şekilde görülmektedir (187) .

Kronik farenjit, larenjit, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, ses teli nodülleri, solunum yollarının kanserleri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) sigaranın neden olduğu hastalıklardandır.

Sigara kullanımı KOA için esas risk faktörüdür. KOA ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre KOA, pnömoni ve gripten ölümler fark edilir şekilde fazladır (31).

3.3.2.Sigara ve Kanser

En sık görülen kanser türlerinden olan akciğer kanseri nedeniyle dünyada her yıl 1.3 milyon insan ölmektedir (48). Sigara içenlerde akciğer kanserinden ölme oranı içmeyenlere göre 20-30 kat daha fazladır (151). Akciğer kanserinin, sigara içimiyle nedensel ilişkisi ilk kez resmi olarak 1964'teki "Surgeon General" raporunda ortaya koyulmuştur. Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkâr edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (48,183).

Epidemiyolojik çalışmalar; ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks gibi birçok bölgedeki kanser türünün sigarayla ilişkili olduğunu göstermektedir. Fakat genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır (31). ABD'de tüm kanser ölümlerinin 1/3'i sigaraya bağlanmaktadır (96).

3.3.3.Sigara ve Kardiyovasküler Sistem

Sigara kullanımının ve koroner kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin ilk olarak ortaya konulduğu 1940 yılından bu güne kadar çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda sigaranın beyin, kalp ve damarların tıkayıcı hastalıkları ile çok yakından ilgili olduğu ve sigaranın kardiyovasküler hastalık riskini, inmeyi, kalp krizini, ani ölümü, aort anevrizmasını ve periferik arter hastalıklarını artırdığını gösterilmiştir (22,105). Sigara içenlerde içmeyenlere oranla koroner hastalıklar 4 kat, aort anevrizması 5 kat daha fazla görülmektedir. Buerger hastalığının % 95'i sigaraya bağlıdır (107,184).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak ve kan akımını azaltarak miyokard iskemisine yol açmaktadır. Miyokart enfarktüsünün nedeni %25 oranında sigara kullanımına bağlanmaktadır (107). Kronik olarak da sigara endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza neden olmaktadır (22,107,184).

Sigara içenlerde koroner arter hastalığı insidansı 2 - 4 kat fazladır. Ayrıca sigara, koroner arter hastalıklarının hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (31).

3.3.4.Sigara ve Gastrointestinal Sistem

Sigara kullanımının ağız, özofagus, pankreas kanserleri ve kolorektal kanserlerin oluşmasında risk faktörü olduğu belirlenmiştir (85,86). Pankreas kanseri sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat daha fazla olduğu görölmektedir (205). Sigaranın mide sfinkter mekanizmasını bozucu etkisi vardır, bu etki sık hava yutmaya neden olmaktadır. Sigara kullanımı ile mide ülseri, duodenum ülseri, ülseratif kolit, crohn hastalığı, safra kesesi taşı oluşma riski arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (71,107,184).

3.3.5.Sigara ve Hormonal Sistem

Sigara içimi, hipofiz ve hipotalamus ileti sisteminde önemli hasarlara yol açarak merkezi sinir sisteminde hormonların salınımını etkiler ve tiroid hastalıklarının gelişme riskini arttırır. Sigara kullanan bireylerde hipertroidi ve hipotroidi daha sık gelişmekle birlikte sürrenal bezlerden salgılanan aldesteronun

atılımı da artmaktadır. Sigaranın seks hormonları üzerinde de olumsuz etkileri vardır (71,104,184).

3.3.6.Sigara ve İmmün Sistem

Sigara bütün doku ve organların oksijenlenmesini, kanlanmasını bozarak sistemik zararlara yol açmaktadır. Buna bağlı olarak vücudun direncini sağlayan bağışıklık sisteminin işlevi bozulmaktadır. Sigara içen bireylerde vücudun savunma mekanizması bozulmakta ve enfeksiyona yatkınlık artmaktadır (71,104,184).

3.4.Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler

Sigara kullanımı karmaşık bir davranış olup, değişime direnç gösteren davranışların başında yer almaktadır. Sigaraya başlama ve bırakma sürecini etkileyen birçok faktör vardır. Bireyin içsel süreçleri olan inanç, tutum ve sağlık değerleri sigara kullanımını direkt etkilemektedir (90). Yapılan çalışmalarda özellikle adölesan dönemde sigara kullanmaya başlama ve bu davranışı devam ettirme niyetinin fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerden etkilendiği vurgulanmaktadır (50,81).

Bazı araştırmalar sigara ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında bireyin kişilik yapısının etkisi bulunduğunu göstermiştir. Sigara kullanan gençlerin kişilik yapılarında; duygusal dengesizlik, kısa yoldan hazzı ulaşma, gerçeklerden kaçma, otoriteye karşı çıkma, aşırı tutku, yarışçılık, tehlike arama, başkalarına benzeme gibi karmaşık özelliklerin öne çıktığı görülmüştür. Sigara

kullanmaya hazır kişilik özelliği olan bireyler sosyal çevrenin de etkisi ile kolayca sigaraya başlayabilmektedirler (9,52,120,121).

Sosyal bir varlık olan ve içinde bulunduğu toplumun üyeleriyle sürekli iletişim içinde bulunan insanın davranış özelliklerinin şekillenmesinde içinde yaşadığı toplumun önemli bir etkisi vardır. Birey genellikle sigara kullanma davranışını, toplumdaki diğer insanları taklit ederek öğrenmekte ve birkaç tekrardan sonra da alışkanlık haline getirmektedir (24). Özellikle ebeveynin sigara kullanması gencin sigara kullanma riskini iki kat arttırmaktadır. Ayrıca aile desteğinin yetersizliği, aile ile yetersiz ilişki sigara kullanmayı arttırmaktadır. Bireyin arkadaş grubunun ve özellikle en yakın arkadaşının sigara kullanması da sigara kullanımını arttırmaktadır (147).

Merak, stres, kendine güvenini artırma, büyümeyi ispat etme isteği, formda kalma isteği popülaritenin artması gibi sosyodemografik ve psikosoyal nedenlerle de sigaraya başlandığı belirtilmektedir. Bireyler, maddeyi olumsuz duyguları ile baş edebilmek ve hoşla giden duygular yaşayabilmek için kullanırlar. Araştırmalarda stres ya da sıkıntılı olma durumunun sigaraya başlama nedenleri arasında olduğu belirtilmektedir (8, 147).

Bireylerin sigarayla ilk olarak tanıştıkları adölesan dönemde sigara içmenin getireceği sağlık sorunları yeterince algılanamamakta ve önemslenmemektedir. Adölesan dönemde düzenli sigara içmeye başlanması kısa sürede nikotin yoksunluk belirtilerinin hissedilmesine neden olur. Sigaranın neden olduğu ciddi sağlık sorunlarının ileri yaş döneminde ortaya çıkması adölesanların sigara içme davranışından vazgeçmelerinin önünde bir engel oluşturmaktadır (82,148).

Sigara bağımlılığını devam ettirilmesinde önemli bir neden de kilo kontrolüdür. Nikotin metabolizma hızını arttırıcı etkisi nedeniyle, özellikle bayanlar fiziki görünümünün bozulacağı kaygısıyla sigara kullanmayı bırakma düşüncesinden vazgeçmektedirler (30,82,149).

Sigara reklamlarının sigara kullanmayı özendirici etkisi büyüktür. Sigara firmaları özellikle gençler, bayanlar gibi grupların hedef grupları olduğunu belirtmektedir (147).

3.5.Sigara ve Adölesan Dönem

Adölesan dönemi; bireyin fiziksel ve psikososyal birçok değişimini içeren çocuklukla erişkinlik arasında yaşama hazırlık dönemi olarak tanımlanmakta ve halk arasında ergenlik dönemi olarak da bilinmektedir (147,156).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından adölesan dönem; 11-15 yaş grubu “Erken Adölesan”, 15-17 yaş grubu “Orta Adölesan” ve 17-24 yaş grubu ise “Geç adölesan” olarak tanımlanmaktadır (208).

Altı milyarın üzerinde olan dünya nüfusunun beşte birini 10-19 yaş grubu oluşturmakta ve bu yaş grubu giderek artmaktadır. Gençlerin beşte dördü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 10-24 yaş grubunun nüfusu 1,6 milyar olup 1,4 milyarı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye’nin toplam nüfusu, 2009 Yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre; yaklaşık 72.5 milyon olduğu 10-24 yaş grubunun nüfusu 19 milyon, 15-19 yaş grubunun nüfusu 6,2 milyon ve 20-24 yaş grubunun nüfusu 6.2 milyondur. 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %26,2’dir. Yani, ülkemizde her beş kişiden birisi gençlik yaş grubundadır (147).

Adölesan dönemde bireyler, fiziksel gelişimin yanı sıra bilişsel ve psikososyal yönden de gelişimlerini sürdürmektedirler. Adölesanlar, çocuk olmadıkları gibi erişkin de değildirler ve çocukluk rol\davranışından erişkinliğe geçişin sorunlarını yaşamaktadırlar. Adölesanlar bu sorun ve değişimlerle baş edemezlerse oluşacak sağlık sorunları ve ortaya çıkan kötü sağlık alışkanlıkları daha sonraki yaşamı da olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu dönemde bireyler sağlığı olumsuz etkileyecek risklere hazırlıksızlardır. Adölesanların sorunlarıyla baş etmelerinde, yaşadığı sosyal çevrenin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Adölesan dönemde olumlu davranışları destekleyici bir aile ve arkadaş çevresi varsa dönem rahatlıkla atlatılmakta ve adölesanlar sorumluluklarını üstlenebilecek bir birey olarak erişkinliğe geçebilmektedirler (10,147,148,190,193).

Bu dönemde adölesanlar kimlik arayışı içindedir; bağımsız olmaya, kabul görmeye çabalar ve yetişkin insan rolü üstlenme arzusundadırlar. Adölesanlar kendisine, yaşlılarına ve tüm çevresine büyüdüğünü ispat etmeye çalışırlar. Bunun için de yetişkinlerin davranışı taklit ederler. Çevre ve anne babanın değer yargılarına, beklentilerine ve yönlendirmelerine karşı hoşnutsuzluklar ve aldırma tavırlar sergilerler. Arkadaşları arasında kabul görebilmek için sağlığı olumsuz etkileyebilecek ve bağımlılık yapabilecek yaşam alışkanlıkları edinebilirler (10,66).

Adölesan dönemde yaşanan değişimler ve sağlık sorunları diğer dönemlere göre farklılık göstermektedir. Bu sorunların ana başlıkları; yeme alışkanlığına bağlı sağlık sorunları, cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları, kaza ve şiddete ilişkin sorunlar, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı şeklinde sıralanmaktadır (147).

Bireyler sigarayla ilk olarak adölesan dönemde tanışmakta ve daha sonra içme davranışına devam ederek bağımlılık geliştirmektedir. Bu dönemde yeni şeyleri deneme merakı olan adölesanlar; yetişkinleri model alma, bir gruba dahil olma, stresi azaltma, kendini daha iyi ve önemli hissetme, formda kalma isteği gibi nedenlerle sigaraya yönelmektedirler (67,92,147,148).

Sigaraya başlama yaşı 1950'den beri düşme eğilimindedir ve günümüzde yaygın olan görüş bu alışkanlığın % 40 oranında 15-19 yaşlarında başlıyor olduğudur (40,148). Sigara üzerine yapılan çalışmalarda geç adölesan döneminin bağımlılık gelişmesi açısından en riskli dönem olduğu belirtilmekte ve özellikle 15-24 yaş bağımlılık gelişmesi açısından riskli grup olarak tanımlanmaktadır (108,114,226). Literatüre göre; 18-29 yaş grubu diğer yaş grupları içinde sağlığı koruyucu ve destekleyici yaşam tarzına en az sahip olan gruptur (25,47).

Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli sonuç, tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğudur. Bu gerçek, sorunun özellikle gençlik açısından önemini ortaya koymaktadır (25,108,114,147,151,226).

Ergenlik döneminde başlanan sigara içme alışkanlığı ileriki yaşlarda da artarak devam ettirilmektedir (92). Adölesan dönemde sigara içmenin insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri bilinmekte fakat yeterince önemsenmemektedir. Bunun nedeni sigaraya bağlı hastalıkların sonraki yaşam dönemlerinde daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmasıdır (147,148).

Gençlerin sigara davranışı zaman içerisinde değişen dinamik bir süreçtir. Yapılan çeşitli çalışmalar gençlerin sigaraya başlama ve devam etme sürecinde

çeşitli risk faktörleri olduğunu belirtmektedir (47,155). Bunlar; depresyon, düşük özgüven, ulaşılabilirlik, daha önceki sigara deneyimi, diğer maddeleri kullanma gibi kişisel nedenler, akran ve rol modeli olarak aldıkları bireyin sigara kullanımı, akran baskısı, ailesel eğitim ve aile-çocuk çatışması gibi sosyal etkiler, öz-etkililik algıları, sigara içme niyeti ve özellikle sigara endüstrisi reklamlarının yaygınlığıdır (47,147,155).

Özcebe, sigara üreticilerinin pazarlarındaki hedef gruplarının; lise öğrencileri, gençler, ergenlik dönemi, '14-24 yaşları' gibi ifadelerle adölesan dönemi olduğunu belirtmektedir (147). Özellikle sigara reklamlarıyla sigara kullanımı özendirilmekte ve bu reklamlarla sigara içen kişi daha popüler, sportif, seksi, evrensel gösterilmektedir (47,147,148).

Özellikle 1990 yılında gençler arasında sigara kullanım oranının artışı; sigara kullanımının pediatrik ve epidemik hastalıklar içerisinde adlandırılmasına neden olmuştur (161). Günümüzde ise gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gençler arasında sigara içme önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (47,147). Dünya genelinde genç nüfusun sigara içme oranı %15-60 arasındadır (47,92,194) ve bu oran en yüksek olarak Orta ve Doğu Avrupa, Hindistan'ın bazı bölümleri ile Batı Pasifik adalarında görülmektedir (128). Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada adölesanların %37,6'sının yaşamlarında sigarayı en az bir kez denemiş olduğunu ve % 18,5'inin geçmişte sigara içicisi olduğu bildirilmiştir (188).

Türkiye genelinde yapılan araştırmalara bakıldığında benzer sonuçlar görülmektedir. Bilir ve arkadaşlarının Türkiye çapında 1996 yılında yaptıkları araştırmada lise öğrencilerinin sigara içme oranını % 27,1 bulmuşlardır (34).

Boyacı ve arkadaşları Kocaeli Üniversitesi'nde 2003 yılında yaptıkları araştırmada; çalışmaya katılan öğrencilerin % 44,4'ünün sigara içicisi olduğu, bunların % 36,2 sinin bağımlılık boyutunda sigara içicisi olduğunu belirtmektedirler (39). Yazıcı ve arkadaşlarının Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde yaptıkları araştırmaya katılan öğrencilerin % 48'nin sigara içtiğini ve sigara içenlerin yaş ortalamasının 17-27 olduğunu belirtilmişlerdir (219).

Türkiye'de yapılan daha birçok araştırmada; gençlerin sigarayı deneme ve içme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (87,108,114,151). Dünyada sigara içicilerinin % 80'den fazlasının sigaraya 18 yaşından önce başlamadığı belirtilmektedir (110,199). Erken yaşta sigaraya başlayan bireylerin sigara içmeye ilişkin davranış kazanmaları da üniversite yıllarında belirginleşmektedir (222). Bu durum sigara ile mücadele de geç adölesan dönemdeki üniversite öğrencilerin tutumlarını araştırma konusu yapmaya öncelikli hale getirmektedir.

3.6.Sigara ve Bağımlılık

Literatürde, madde bağımlılığı, “kullanılan bir maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlanır (111).

Aksakal'a göre bağımlılık, kişinin zarar görmesine rağmen madde kullanımına devam etmesi, kullandığı maddeyi uzun süre bırakamaması, sürekli madde arayışı içinde olması, kullandığı maddenin dozunun giderek artması ile karakterize edilen bir tablodur (118).

Bağımlılık bir hastalıktır ve kötüleşen sağlık durumuna rağmen zorunlu bir şekilde madde arayışı/kullanımı olarak tanımlanır. Sigara kullanımı da bu tanıma uymaktadır (13,73).

Madde bağımlılığını tanımlanırken yoksunluk ve tolerans kavramları öne çıkmaktadır. Yoksunluk, uzun süre madde kullanımasından sonra madde kullanımına son verildiğinde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlardır. Belirtilerin şiddeti veya süresi kullanılan maddenin cinsine göre değişmektedir. Tolerans ise, kullanılan maddenin keyif verme, uyanıklığı artırma gibi pozitif etkilerini yeniden yaşamak için dozunun giderek artırılması anlamındadır (122). Başka bir deyişle madde kullanım sonucu oluşan ruhsal değişiklikleri yeniden yaşamak için ya da maddenin kullanılmaması durumunda ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerinden sakınmak için, madde kullanımına karşı oluşan engellenmesi güç arzudur (200).

Bağımlılık düzeltilebilen, ancak madde tekrar kullanıldığında yinelenen bir durumdur. Bağımlı olan kişi tedavi görmüş bile olsa tüm yaşamı boyunca bağımlı olduğu maddeye karşı hassas kalabilmektedir (73).

Bağımlılık birkaç maddeye aynı anda gelişebilir ve madde alınmadığı zaman fiziksel ya da ruhsal olumsuz belirtilere yol açar (73). Sigara, bağımlılık yapan daha kuvvetli maddelere en önemli geçiş maddesidir (99,200). Sigara ve alkol kullanan gençlerin kullanmayan gençlere göre daha yüksek oranda herhangi bir uyuşturucu maddeyi deneme isteği taşıdığı belirlenmiştir (142). Ayrıca diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının toplum tarafından kabul görmemesine karşın sigaranın sosyal kabul görmesi gençler arasında hızla yayılmasına ve sigara içmeye erken yaşlarda başlanmasına da neden olmaktadır (182).

Sigara bağımlılığına neden olan kimyasal madde nikotindir (174,200). Kan damarları ile kalbe taşınan nikotin 10-15 saniye içinde beyne ulaşır santral sinir sistemini uyarır (7,13,33,34,80,94,98,113,119,139,229). Kolaylıkla sinir hücrelerini çevreleyen alana yayılan nikotin; asetilkolin alıcılarına asetilkolinden önce bağlandığı ve ortamda asetilkolinden daha fazla bulunduğu için, olması gerekenden daha büyük bir elektrik akımı ortaya çıkar. Bu akım yayılarak nöradrenalin ve dopamin miktarının yükselmesine neden olur. Bu elektriksel artışa sinir hücrelerinin alışmasıyla, sigara içen kişi nikotine bağımlı hale gelir. (13,80,110,158,229). Dopamin miktarının artmasıyla “haz alma” artmaktadır. Beta endorfin ve norepinefrin miktarındaki artışın da bu etkinin oluşmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir (13,33,110,126,166,175). Dopamin ve norepinefrin açlık hissinde azalmaya yol açarak ve enerji kullanımını arttırarak kilo azalması meydana getirdiği düşünülmektedir (126,203). Ayrıca sigara içmenin solunum hızında, kan basıncında ve anksiyete düzeyinde azalmaya neden olmaktadır (126,166,175). Bunun yanında sigaranın keyfi verme, uyanıklığı artırma ve gevşemeyi sağlama gibi pozitif etkileri de bağımlılığı etkilemektedir (203).

Sigara içildikten sonra yükselen plazma nikotin seviyesi, sigara içimi bittikten sonra hızla düşer (33). Sigara uzun süre kullanıldıktan sonra içilmeme durumunda nikotinin etkileri nedeniyle istenmeyen yoksunluk belirtileri ortaya çıkar (82). Sigarayı kestikten birkaç saat sonra başlayan yoksunluk belirtileri 1-3 günde en şiddetli düzeye ulaşır ve 3-4 haftaya kadar devam eder (98,126,154, 166).

Sigarayı arama davranışı, aşırı hassasiyet, anksiyete, dikkat dağınıklığı, huzursuzluk, bradikardi, sabırsızlık, uykusuzluk, kilo alma sigara kullanımı bırakıldığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileridir (41,91,175).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar sigara bağımlılığının nikotinin farmakolojik etkilerinin yanı sıra psikolojik, çevresel ve fiziksel nedenlere bağlı olduğunu da düşündürmektedir (97,177,172).

Sigaraya başlama yaşının; depresif duygu durum, okul başarısında azalma, düşük benlik algısı ve başkaldırı davranışlarının sıklıkla görüldüğü adölesan döneme rastlaması sigara bağımlılığında sosyal etki ve kişilik yapısının önemini ortaya çıkarmaktadırlar (98,175).

3.7.Öz-etkililik

Öz-etkililik kavramı, ilk olarak Bandura tarafından 1977 yılında “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüş ve o günden bugüne çok sayıda değişkenle ilişkilendirilerek incelenmiştir (65,177). Öz-etkililik; bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olarak kabul edilmiştir (26,63,102,160,153,177). Bandura’ya göre özetkililik insanların nasıl hissettiğini, düşündüğünü, davrandığını ve kendilerini nasıl motive ettiklerini belirler (28,127). Öz-etkililik; “bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme (132) ya da “bireyin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesiyle alakalı yargısı” olarak tanımlanmaktadır (26,29).

Duygu bakımından öz-etkililik; stres, depresyon, kaygı ve çaresizlikle ilişkilidir. Öz-etkililik düzeyi düşük bireyler; düşük özgüvene sahiptirler, başarıları ve kişisel gelişimleri hakkında kötümserdirler. Düşünce bakımından

güçlü bir öz-etkililik duygusu karar verme kalitesini ve başarıyı da içeren çeşitli durumların bilişsel sürecini ve performansını harekete geçirir. Davranışa bakımından ise, öz-etkililik seviyesi motivasyonu arttırabilir ya da azaltabilir. Yüksek öz-etkililiğe sahip olan insanlar, zor görevleri üstlenirler ve sorumluluk almaktan kaçınmazlar (27).

Öz-etkililik; okul başarısı, duygusal bozukluklar, zihinsel ve fiziksel sağlık, sosyo-politik değişim gibi çok farklı alanlarda kullanılabilmektedir. Öz-etkililik harekete geçebilmek için güdülerini engelleyebilir ya da arttırabilir. Öz-etkililiği yüksek olan bireyler daha büyük hedefler belirler ve riskli görevleri seçebilirler. Öz-etkililik gerçekçi olmayan iyimserlik ve hayal değil, aksine deneyime dayanan, mantıklı olmayan riskleri almaya yol açmayan, bireyin kendi yetenek ve kapasitesini daha tarafsız değerlendirmesini sağlayan bir kavramdır (177,225).

Pender tarafından Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Teorisi" temel alınarak geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli" sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelik taşımaktadır. Bu modelle, sağlığı geliştirici unsurlar ve tahmin edilen nedensel mekanizmalar açıklanmakta ve öz-etkililik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve devam ettirilmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (102,153,160). Ayrıca Sağlığı Geliştirme Modeli'nin yanı sıra diğer birçok sağlık davranışı kuramında da öz-etkililik önemli bir bileşen olarak belirlenmiştir (177).

Pek çok araştırma sonucu; bireyin öz-etkililik düzeyinin cinsel risk davranışları, fiziksel egzersiz, beslenme ve alışkanlık yaratan maddelerle ilgili davranışların kontrolünde önemini göstermekte ve öz-etkililik algısının sağlık

davranışlarının belirleyicisi ve sürdürücüsü olduğunu vurgulamaktadır (42,63,170,177).

Davranış üzerinde en güçlü etkiyi, eylem sonuç beklentileriyle beraber öz-etkililik beklentileri oluşturur. Bu beklentiler sağlığı tehdit eden durum ile başa çıkma sürecinde fonksiyonel bir iyimserliği yansıtır (177). Örneğin sigara içen risk altındaki bir bireyin beklentisi “Sigaradan kanser olma riskim oldukça yüksek” şeklindedir. Daha sonra tehlikeyi azaltacak davranış değişikliği beklentisi geliştirerek “Sigarayı bırakırsam kanser olma riskim azalır” şeklinde düşünür ve son olarak da olumlu davranışı benimsemeyi başarabilecek olan bireylerin beklentisi “Sigarayı tamamen bırakabilirim” şeklinde olur (177). Sağlıkla alakalı davranışı başlatmak ve sürdürmek için eylem sonuç beklentisinin yanı sıra birey gerekli bir davranışı gerçekleştirme yeteneği olduğuna inanmalıdır (7).

Öz-etkililik algısı bireyin yapması gereken ve sakınması gereken davranışları belirleme de önemlidir. Sigara bırakma ve bırakmanın sürdürülmesi ile sonuçlanan başarılı baş etme stratejilerini kullanmanın, bireylerin öz-etkililiğini artırdığı belirtilmektedir (103).

Gillmore ve arkadaşları(2002) sigarayla ilgili tutumların sigaraya başladıktan sonra şekillendiğini belirtmektedir (84). Bu yaklaşıma göre, sigara içmeyle ilişkili olumlu düşüncelere sahip olan bireyler, olumsuz düşüncelere sahip olan bireylere oranla sigara içmeye daha çok ilgi ve eğilim göstermektedir (62).

Öz-etkililik inancı güçlü olan bireylerin, öz-etkililik inancı düşük olan bireylere göre sigaraya başlama eğilimlerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (168). Sosyal Kavramsal Teorinin anahtar bileşeni olarak kabul edilen öz-

etkililiğin düşük olması, aşırı nikotin bağımlılığı ve gençler arasında sigara bırakma ihtimalinin düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir (45,186,228).

Sigara içmeyi yaşam tarzı haline getiren bireylerin sorunları çözmeye yönelik öz-etkililik inançlarının düşük olduğu belirtilmektedir (46,220). Yazıcı ve Özbay tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme süresinin artışına paralel olarak öz-etkililik inancında gerileme olduğu belirtilmiştir (220).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireylerin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel-algısal faktörleri bilmesi önemlidir (43).

3.8.Sigara Kullanımı İle Mücadelede Hemşirenin Rolü

Hemşireler; sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel boyutlarıyla ele alan ve sağlıklı/hasta bireyle daha çok etkileşim içinde bulunan profesyonel gruptur. Bu nedenle hemşireler, sağlığın korunması geliştirilmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve rehabilitasyon hizmetlerinde önemli bir role sahiptirler (189,192,206). Hemşireler; sigaranın kullanımının önlenmesi, sigara içme alışkanlığının bırakılması ve sigara nedeniyle oluşacak hastalıklara karşı yeniden sağlığın kazanılması aşamalarında önemli bir rol üstlenmektedirler. Hemşireler sigara içen bireyleri; sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirerek, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini gidermeye yönelik gerekli tıbbi yardım almaları için danışmanlık yaparak ve bırakma eyleminin devam etmesini sağlayarak destekleyici girişimlerde bulunabilirler (49).

Literatürde, sigara bağımlılarının %70-80'i bırakmayı düşünmekte ve bağımlıların %70'i sigara kullanmaya hiç başlamamış olmayı istemektedir (95,178). Sigara içenlerin %70-75'i sigarayı tamamen bırakmak istemekte, %46'sı her yıl bırakmayı denerken, %70'i de her yıl bırakmak için bir sağlık kuruluşuna baş vurmaktadır (1,98,201). Sigara tiryakilerinin sağlık düzeylerini yükseltmek için yapabilecekleri en olumlu davranış sigarayı bırakmalarıdır. Ancak sigarayı bırakanların yalnızca %10 kadarı profesyonel yardıma gereksinim duymaksızın bunu başarabilmektedirler (216). Bu veriler doğrultusunda sigaraya başlamama ve sigarayı bırakmak için sağlık çalışanlarına, özellikle hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Hemşireler, bireyin sağlığını sürdürme, geliştirme ve yeniden kazanmasında; bilgilendirme, davranış kazandırma ve bu hedefe aktif katılımı desteklemede çağdaş rollerinden biri olan eğitimci rolünü kullanmalıdırlar (51,189,192).

Sigaraya başlama açısından önemli bir grup olarak ele alınması gereken gençlerin sigaraya başlamaması ve bırakma konusunda desteklenmeleri gerekmektedir (147). Hemşireler sigaranın zararları hakkında etkili eğitim vermeli, sigaraya başlamaya niyet eden gençlere önerilerde bulunmalı ve nasıl 'hayır' diyebilecekleri konusunda örneklemeler yapmalıdırlar (147). Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri olumlu sağlık davranışları kazandırma konusunda gençlere rol modeli olmalıdırlar (217).

Hemşireler sigara içmeyi önleme ve sigara bırakmayı destekleme fırsatına sahiptirler. Hemşireler sigarayı bırakma ve bırakmanın desteklemesi ile ilgili

yaklaşımları takip eder, aynı zamanda hemşirelik süreci doğrultusunda planlar yapar, uygular ve sonuçlarını değerlendirirler (89).

Sağlığın, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıklardan koruma hemşirenin en önemli hizmet alanlarından biridir. Sağlığı geliştirme, toplumdaki bireylerin sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ifade eder. Sağlığı koruma ise bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eder (7,74,173).

Sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde temel insan gücü olan hemşirenin etkinlikleri; birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmeyi ve potansiyel tehlikelerden korumayı amaçlamaktadır. Hemşire, eğitim yolu ile bireyin sağlığına ilişkin temel bilgiyi kazanmasını, riskleri öğrenip sağlığı olumsuz etkileyecek ortam ve davranışlardan uzak durmasını ve yaşamını nitelikli bir şekilde devam ettirecek yaşam tarzını benimsemesini hedefler. (23,138,189,192).

Jannette, hemşirelerin etkili sigara bırakma egzersizleriyle toplumdaki sigara kullanımı nedeniyle meydana gelen ölüm oranlarını düşürmekte önemli rol oynayabileceği belirtmiştir (101). Hemşireler çeşitli teknik ve stratejileri kullanarak gençlerin öz-etkililik algısını yükselterek sigara içme gibi olumsuz davranışı terk etme, sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda onlara yardımcı olabilirler (7).

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

4.GEREÇ ve YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

4.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bingöl Üniversitesi'nde Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında veri toplanması gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 2'de verilmiştir.

4.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bingöl Üniversitesi'nde 2009- 2010 eğitim yılında öğrenimine devam eden 920 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş çalışmaya katılmaya gönüllü olan 765 öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Bingöl Üniversitesi'nde 2009-2010 eğitim yılının ilk yarısında sadece Meslek Yüksekokulu bulunmakta iken, araştırma planlandıktan sonra açılan yeni bölümlere ek kontenjanla öğrenci alımı yapılmıştır. Bu nedenle daha sonra ek kontenjanla yerleştirilen öğrenciler çalışma kapsamına alınmamıştır.

4.4.Verİ Toplama Araçları

Veriler; Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek I), Öz-etkililik Ölçeği (ÖEÖ) (Ek II), Fagerstrom Tolerans Testi (Ek III) kullanılarak toplanmıştır.

4.4.1.Tanımlayıcı Bilgi Formu(Ek I): Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile sigara içme durumlarını etkilediği düşünülen faktörleri tanımlayan sorulardan oluşmaktadır.

4.4.2.Öz-etkililik Ölçeği (ÖEÖ) (Ek II): Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından Türkçe'ye uyarlanan Öz-Etkililik Ölçeği (ÖEÖ), 5'li likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği aynı örneklem için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81, test-tekrar test güvenirliliği 0,92 olarak bulunmuştur (88). Bu çalışmada Öz-etkililik Ölçeği güvenirlilik katsayısı 0,78 bulunmuştur.

Ölçekte 23 madde bulunmaktadır ve her bir madde için; 1-“beni hiç tanımlamıyor”, 2-“beni biraz tanımlıyor”, 3-“kararsızım”, 4-“beni iyi tanımlıyor”, 5- “beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz- etkililik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin dört alt faktörü vardır. Bunlar:

1. Davranışa başlama: 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeyi,
2. Davranışı sürdürme: 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddeyi,
3. Davranışı tamamlama: 3, 8, 9, 15, 23. maddeyi,
4. Engellerle mücadele: 1, 13, 21. maddeyi içermektedir.

4.4.3.Fagerstrom Tolerans Testi (FTT) (Ek III): 1989 yılında Fagerstrom tarafından geliştirilen ölçek bireylerin nikotin bağımlılık düzeyini göstermektedir (78). Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde bilimsel olarak onaylanmış genel bir testtir. Konuyla ilgili yapılan birçok araştırmalarda kullanılmıştır (45, 75, 76, 186, 228).

Altı sorudan oluşan ölçeğin her bir maddesi ‘0’, ‘1’, ‘2’, ‘3’ olarak puanlanmıştır ve cevap seçeneklerinden birinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçeğin son dört sorusu 0-1 puan olduğundan ölçekten alınabilecek puanlar 0-10 aralığında dağılım göstermektedir. En düşük puan olan 0 bağımlılığın olmadığını, en yüksek puan olan 10 ise bağımlılığın en yüksek derecesini belirtmektedir. Bağımlılık düzeyine göre alınan puanlar:

8-10 puan: Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığını

6-7 puan: Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığını

5 puan: Orta düzeyde nikotin bağımlılığını

3-4 puan: Düşük düzeyde nikotin bağımlılığını

0-2 puan: Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığını tanımlar.

4.5.Verilerin Toplanması

Hazırlanan soru formları uygulanmadan önce ifadelerin anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla rastgele belirlenen 10 kişilik bir grup öğrenci üzerinde ön uygulama yapıldıktan sonra soru formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu 10 öğrenci araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Soru formları öğrencilere sınıflarda ve ders saatinde uygulanmıştır. Öncelikle çalışmanın amacı açıklanmış

ve gönüllü katılmak isteyen öğrencilere soru formu dağıtılmıştır. Öğrencilere soru formunu doldurmaları için 25 dakikalık süre verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilere Tanımlayıcı Bilgi Formu, Öz-etkililik Ölçeği (ÖEÖ) ve Fagerstrom Tolerans Testi (FTT)’ni içeren soru formu dağıtılmış ve cevaplamaları istenmiştir. Sigara içmeyen öğrenciler Fagerstrom Tolerans Testi (FTT)’ni cevaplamamışlardır (Şekil 1).

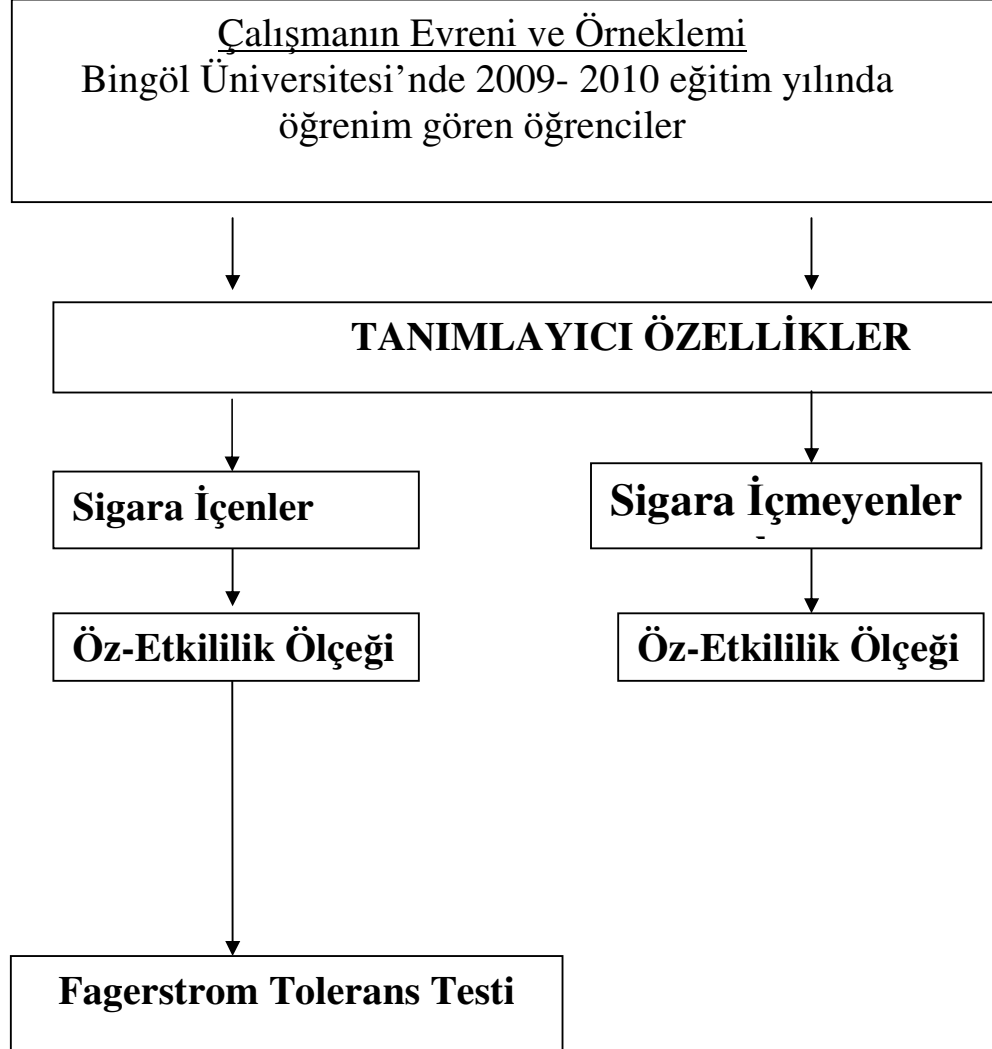
4.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı testler, t testi, varyans analizi, korelasyon ve iç tutarlık analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.7.Araştırma Süreci

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla Nisan-Temmuz 2009 tarihleri arasında hazırlık çalışmaları ve literatür okumalarına başlanmıştır. Ağustos 2009 da araştırma konusu belirlenmiş ve Eylül 2009’da tez önerisi hazırlanarak sunulmuştur. Ekim-Kasım 2009’da etik kurul ve gerekli kurum izinlerinin alınması tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Kasım-Aralık 2009’da toplanmıştır. Ocak-Şubat 2010’da verilerin analizi yapılmış ve araştırmanın yazımı Mart-Haziran 2010 tarihleri arasında yapılmıştır (Şekil 2).

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 1. Araştırma Planı

ZAMAN ÇİZELGESİ

	2009									2010					
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
ETKİNLİKLER															
Hazırlık çalışmaları	X														
Literatür tarama		X	X	X											
Tez konusunu belirleme					X										
Tez önerisi hazırlama ve sunma						X									
Etik kurul başvurusu ve gerekli izinlerin alınması							X	X							
Veri toplama								X	X						
Verilerin analizi										X	X				
Rapor hazırlama												X	X	X	X

Şekil 2. Zaman Çizelgesi

4.8.Etik İlkeler

Soru formunun doldurulmasından önce öğrencilere, elde edilen bilgilerin tamamen araştırma amaçlı kullanılacağı, katılımda gizlilik ve gönüllülük ilkesine bağlı kalınacağı konusunda açıklama yapılmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek IV). Araştırmaya başlamadan önce Bingöl Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı izin belgesi (Ek V) ve Sağlık Bakanlığı Elazığ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan gerekli izin alınmıştır (Ek VI).

4.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın evreni Bingöl Üniversitesi öğrencileri ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle araştırma sonuçları Bingöl Üniversitesi öğrencilerine genellenebilir.

5.BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları; çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin demografik özellikleri, sigara içen ve içmeyen öğrencilerin öz- etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi, sigara içen öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi ve öz- etkililik ile bağımlılık düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi başlıkları altında sunulmuştur.

5.1. Öğrencilerin Demografik Özelliklerini İçeren Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %65,8'i 1. Sınıfta okumakta olup %70,3'ü erkektir. Yaş ortalamaları $22,28 \pm 3,57$ (Min-Max 16-37) olan öğrencilerin çoğunluğunun bekâr (%88,2), %64,4'ünün şehir merkezinde oturduğu, %61,2'sinin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %59,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %46,8'inin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Araştırma grubundaki öğrencilerin babalarının %39,0'ı ilköğretim mezunu, %7,7'si üniversite mezunudur. Öğrencilerin annelerinin %48,9'unun okur- yazar olmadığı ve %0,8'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin sigara içme oranı kızlarda %6,9, erkeklerde %37,4 olmak üzere toplamda %44,3 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%
Sınıf		
Birinci Sınıf	503	65,8
İkinci Sınıf	262	34,2
Cinsiyet		
Erkek	538	70,3
Kız	227	29,7
Medeni durum		
Evli	90	11,8
Bekâr	675	88,2
Sosyal Güvence		
Var	468	61,2
Yok	297	38,8
Yaşadığı Yer		
İl	493	64,4
İlçe	160	21,0
Köy	112	14,6
Aile Tipi		
Geniş	273	35,7
Çekirdek	452	59,1
Parçalanmış	40	5,2
Gelir-Gider Durumu		
Fazla	115	15,0
Eşit	292	38,2
Az	358	46,8
Anne Eğitim		
Okur-yazar değil	374	48,9
Okur-yazar	128	16,7
İlköğretim	209	27,3
Lise	48	6,3
Üniversite	6	0,8
Baba eğitim		
Okur-yazar değil	103	13,5
Okur-yazar	131	17,1
İlköğretim	298	39,0
Lise	174	22,7
Üniversite	59	7,7

Öğrencilerin demografik özelliklerinin sigara içme durumuna göre dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=765)

Demografik Özellikler	Sigara İçme Durumu			
	İçen (n=339)		İçmeyen(n=426)	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Sınıf				
Birinci Sınıf	217	43,1	286	56,9
İkinci Sınıf	122	46,6	140	53,4
Cinsiyet				
Kız	53	23,3	174	74,8
Erkek	286	53,1	252	46,8
Medeni Durum				
Evli	53	58,8	37	41,2
Bekâr	286	42,3	389	57,7
Soysal Güvence				
Var	208	44,4	260	55,5
Yok	131	44,1	166	55,9
Aile Tipi				
Geniş	116	42,4	157	57,6
Çekirdek	200	44,2	252	55,7
Parçalanmış	23	57,5	17	42,5
Yer				
İl	247	50,2	246	49,8
İlçe	54	33,8	106	66,2
Köy	38	33,9	74	66,1
Gelir Düzeyi				
Fazla	53	46,1	62	53,9
Eşit	139	47,6	153	52,4
Az	147	41,1	211	58,9
Anne Eğitimi				
Okur-yazar değil	162	43,3	212	56,7
Okur-yazar	60	46,9	68	53,1
İlköğretim	96	45,9	113	54,1
Lise	21	43,8	27	56,3
Üniversite	-	-	6	100,0
Baba Eğitimi				
Okur-yazar değil	40	38,8	63	61,2
Okur-yazar	52	39,7	79	60,3
İlköğretim	135	45,3	163	54,7
Lise	91	52,3	83	47,7
Üniversite	21	35,6	38	64,4

* Satır yüzdesi alınmıştır.

5.2 Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

5.2.a.Sigara İçen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Sigara içen öğrencilerin, demografik özelliklerine göre ÖEÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre ÖEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; il merkezinde yaşayan öğrencilerin ÖEÖ puan ortalamaları ($84,10 \pm 12,57$) ilçe ve köyde yaşayanların ÖEÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 3).

Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna göre ÖEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; babası okur-yazar olmayan öğrencilerin ÖEÖ puan ortalaması $79,70 \pm 10,48$, okur-yazar olanların ÖEÖ puan ortalaması $86,21 \pm 14,08$, ilköğretim mezunu olanların ÖEÖ puan ortalaması $81,96 \pm 11,49$, lise mezunu olanların ÖEÖ puan ortalaması $82,30 \pm 13,99$ ve üniversite mezunu olanların ÖEÖ puan ortalaması $92,19 \pm 10,83$ bulunmuştur ($F=4,700$, $p < 0,05$, Tablo 3).

Tablo 3. Sigara İçen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=339)

Demografik Özellikler	Sayı	%*	ÖEÖ Puan Ortalaması ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
Sınıf				
Birinci Sınıf	217	64,0	82,90±12,67	t= -0,319
İkinci Sınıf	122	36,0	83,36±12,96	P=0,750
Cinsiyet				
Kız	53	15,6	85,43±11,29	t=1,469
Erkek	286	84,4	82,63±12,98	P=0,143
Medeni Durum				
Evli	53	15,6	83,92±12,97	t=0,528
Bekâr	286	84,4	82,91±12,73	P=0,598
Soysal Güvence				
Var	208	61,4	83,61±13,46	t=1,019
Yok	131	38,6	82,21±11,55	P=0,309
Aile Tipi				
Geniş	116	34,2	82,10±12,52	
Çekirdek	200	59,0	83,41±13,04	F=0,668
Parçalanmış	23	6,8	85,00±11,51	P=0,514
Yer				
İl	247	72,9	84,10±12,57	
İlçe	54	15,9	80,74±12,42*	F=3,116
Köy	38	11,2	79,65±13,70*	P=0,046
Gelir-Gider Durumu				
Fazla	53	15,6	82,62±10,73	
Eşit	139	41,0	84,33±12,34	F=1,199
Az	147	43,4	82,04±13,74	P=0,303
Anne Eğitimi				
Okur-yazar değil	162	47,8	81,98±12,72	
Okur-yazar	60	17,7	84,01±12,96	
İlköğretim	96	28,3	82,86±12,23	F=2,46
Lise	21	6,2	89,76±13,43	P=0,062
Baba Eğitimi				
Okur-yazar değil	40	11,8	79,70±10,48*	
Okur-yazar	52	15,3	86,21±14,08	
İlköğretim	135	39,8	81,96±11,49§	
Lise	91	26,8	82,30±13,99†	F=4,700
Üniversite	21	6,2	92,19±10,83*§†	P=0,001

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

*, §, † Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Öğrencilerin günlük içtiği sigara sayısı, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı isteme durumu, sigarayı bırakabilme inancı ve sigaranın etkileri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ÖEÖ puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4’de verilmiştir. Sigarayı bırakabileceğini inanan öğrencilerin ÖEÖ puan ortalamalarının 85,31±13,13, sigarayı bırakabileceğine inanmayan öğrencilerinin ÖEÖ puan ortalamasından 80,44±11,81 olarak belirlenmiştir (t=3,557, p<0,05, Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıklarına Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sigara İçme Alışkanlığı	Sayı	% *	ÖEÖ Puan Ortalamaları ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
Sigara İçme Adeti				
1-5	59	17,4	82,33±12,93	
6-10	55	16,2	84,30±12,45	
11-15	59	17,4	79,84±13,67	
15-20	105	31,0	84,47±11,88	F=1,454
21 ve üstü	61	18,0	83,37±13,20	P=0,216
Sigara İçme Yılı				
1-3 yıl	60	17,7	81,23±12,31	
4-6 yıl	92	27,1	82,60±12,71	
7-9 yıl	81	23,9	85,12±13,05	F=1,158
10 ve üstü	106	31,3	82,95±12,78	P=0,326
Bırakmak İsteme Durumu				
Evet	247	72,9	82,87±12,56	t= - 0,461
Hayır	92	27,1	83,59±13,32	P=0,645
Sigarayı Bırakabilme İnancı				
Var	183	54,0	85,31±13,13	t=3,557
Yok	156	46,0	80,44±11,81	P=0,000
Sigara Hakkında Bilgi Durumu				
Var	334	98,5	83,19±12,77	t=1,392
Yok	5	1,5	75,20±9,23	P=0,165

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

5.2.b. Sigara İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Öğrencilerin demografik özelliklerine göre ÖEÖ puan ortalamaları dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Öğrencilerin medeni durumuna göre ÖEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; evli olanların ÖEÖ puan ortalamaları $89,35 \pm 11,61$ bekâr olanların ÖEÖ puan ortalamaları $83,91 \pm 11,42$ bulunmuştur ($t=2,718$, $p<0.05$, Tablo 5).

Öğrencilerin aile tipine göre ÖEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; geniş aileye sahip olanların ÖEÖ puan ortalaması $83,17 \pm 10,90$, çekirdek aileye sahip olanların ÖEÖ puan ortalaması $85,44 \pm 12,19$, parçalanmış aileye sahip olanların ÖEÖ puan ortalamaları $79,94 \pm 10,18$ bulunmuştur ($F= 3,124$, $p<0.05$, Tablo 5).

Öğrencilerin babaların eğitim durumuna göre ÖEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; babası okur-yazar olmayan öğrencilerin ÖEÖ puan ortalaması $80,17 \pm 12,33$ iken babası üniversite mezunu olan öğrencilerin ÖEÖ puan ortalaması $86,42 \pm 10,80$ olarak bulunmuştur ($F=3,262$, $p< 0,05$ Tablo 5).

Tablo 5. Sigara İçmeyen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%	ÖEÖ Puan Ortalamaları ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
Sınıf				
Birinci Sınıf	286	67,1	84,53±12,43	t=0,379
İkinci Sınıf	140	32,9	84,07±10,14	P=0,705
Cinsiyet				
Kız	174	40,8	85,08±11,74	t=1,017
Erkek	252	58,2	83,90±11,70	P=0,310
Medeni Durum				
Evli	37	8,7	89,35±11,61	t=2,718
Bekâr	389	91,3	83,91±11,42	P=0,007
Sosyal Güvence				
Var	260	61,0	85,21±12,00	t=1,837
Yok	166	39,0	83,07±11,16	P=0,067
Yaşadığı Yer				
İl	246	57,7	84,27±11,35	
İlçe	106	24,9	85,16±10,88	F=0,393
Köy	74	7,4	83,63±13,96	P=0,675
Aile Tipi				
Geniş	157	36,9	83,17±10,90	
Çekirdek	252	59,2	85,44±12,19	F=3,124
Parçalanmış	17	4,0	79,94±10,18	P=0,045
Gelir-Gider Durumu				
Fazla	62	14,6	84,25±11,67	
Eşit	150	35,2	85,92±12,37	F=2,243
Az	211	49,5	83,30±11,15	P=0,107
Anne Eğitim				
Oku-yazar değil	212	49,0	84,27±11,99	
Okur-yazar	68	16,0	82,80±11,46	
İlköğretim	113	26,5	84,86±12,06	
Lise	27	6,3	86,44±8,20	F=0,709
Üniversite	6	1,4	88,00±12,32	P=0,586
Baba Eğitimi				
Oku-yazar değil	63	14,8	80,17±12,33 [*] §	
Okur-yazar	79	18,5	83,40±12,02	
İlköğretim	163	38,3	84,98±12,20 [*]	
Lise	83	19,5	86,43±9,51 [§]	F=3,262
Üniversite	38	8,9	86,42±10,80	P=0,012

^{*}, [§] Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Sigara içen öğrencilerin ÖEÖ puan ortalamasının 83,07±12,75, sigara içmeyen öğrencilerin ÖEÖ puan ortalamasının 84,38±11,71 olduğu saptanmıştır (t=-1,464, p>0,05, Tablo 6).

Tablo 6. Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin ÖEÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Öğrencilerin Sigara İçme Durumu	Sayı	%	ÖEÖ Puan Ortalamaları ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
İçen	339	44,3	83,07±12,75	t= - 1,464
İçmeyen	426	55,7	84,38±11,71	P=0,144

5.3.Sigara İçen Öğrencilerin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Sigara içen öğrencilerin demografik özelliklerine göre FTT puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Sigara içen öğrencilerin FTT puan ortalamaları incelendiğinde; kız öğrencilerin puan ortalamalarının 3,75±2,89 iken, erkek öğrencilerin puan ortalamalarının 4,64±2,58 olduğu saptanmıştır (t=-2,307, p<0,05, Tablo 7).

Bekâr öğrencilerin FTT puan ortalamaları 4,64±2,67, evli öğrencilerin puan ortalamaların 3,75±2,41 olarak belirlenmiştir (t=- 2,364, p<0,05, Tablo 7).

Tablo 7. Sigara İçen Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre FTT Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%	FTT Puan Ortalamaları ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
Sınıf				
Birinci Sınıf	217	64,0	4,57±2,70	t=0,678
İkinci Sınıf	122	36,0	4,37±2,57	P=0,499
Cinsiyet				
Kız	53	15,6	3,75±2,89	t=-2,307
Erkek	286	84,4	4,64±2,58	P=0,022
Medeni Durumu				
Evli	53	15,6	3,75±2,41	t=- 2,364
Bekar	286	84,4	4,64±2,67	P=0,019
Sosyal Güvence				
Var	208	61,4	4,36±2,68	t=-1,226
Yok	131	38,6	4,72±2,59	P=0,221
Yaşadığı Yer				
İl	247	72,9	4,38±2,56	
İlçe	54	15,9	4,83±2,95	F=0,878
Köy	38	11,2	4,78±2,81	P=0,417
Aile Tipi				
Geniş	116	72,9	4,68±2,69	
Çekirdek	200	15,9	4,30±2,60	F=1,861
Parçalanmış	23	11,2	5,30±2,72	P=0,156
Gelir-Gider Durumu				
Fazla	53	15,6	4,69±2,50	
Eşit	139	44,0	4,17±2,53	F=1,845
Az	147	43,4	4,74±2,79	P=0,160
Anne Eğitimi				
Okur-yazar değil	162	47,8	4,44±2,71	
Okur-yazar	60	17,7	4,36±2,88	
İlköğretim	96	28,3	4,65±2,53	F=0,195
Lise	21	6,2	4,61±2,15	P=0,900
Baba Eğitimi				
Oku-yazar değil	40	11,8	4,52±2,58	
Okur-yazar	52	15,3	4,59±2,71	
İlköğretim	135	39,8	4,23±2,67	
Lise	91	26,8	4,82±2,58	F=0,682
Üniversite	21	6,2	4,52±2,27	P=0,605

Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı, sigara içme adeti, sigara içme yılı, bırakmayı deneme durumu, en sık sigara içtiği durum, sigarayı bırakmayı isteme durumu, sigarayı bırakabileceğine olan inancı ve sigara hakkındaki bilgisine göre FTT puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Sigaraya 10-13 yaşında başlayanların FTT puan ortalaması $5,47 \pm 2,39$ ve 18-21 yaşında başlayanların $3,49 \pm 2,45$ olarak bulunmuştur ($F=11,011$, $p<0,001$, Tablo 8).

Bir günde 1-5 adet sigara içen öğrencilerin FTT puan ortalamaları $2,49 \pm 2,56$ iken günlük içtiği sigara sayısı 21 ve üstü olan öğrencilerin FTT puan ortalaması $7,31 \pm 1,68$ olarak bulunmuştur ($F=53,053$, $p<0,001$, Tablo 8).

Öğrencilerin sigara içme süresine göre FTT puan ortalamaları incelendiğinde; 1-3 yıldır sigara içen öğrencilerin FTT puan ortalaması $3,06 \pm 2,57$, 7-9 yıl sigara içen öğrencilerin FTT puan ortalaması $5,03 \pm 2,28$ olarak bulunmuştur ($F=8,105$ $p<0,001$, Tablo 8).

Sigara bırakmayı bir kez deneyen öğrencilerin FTT puan ortalamaları $4,96 \pm 2,45$, sık sık deneyenlerin FTT puan ortalamaları $3,66 \pm 2,72$ saptanmıştır ($F=7,971$, $p<0,05$, Tablo 8).

Öğrencilerin en sık sigara içtikleri duruma göre FTT puan ortalamaları incelendiğinde; arkadaş toplantılarında sigara içtiğini ifade eden öğrencilerin FTT puan ortalamalarının $2,65 \pm 2,24$, maddi olarak sıkıntıda olduğu dönemde sigara içtiğini ifade eden öğrencilerin FTT puan ortalamaları $5,54 \pm 2,89$ olarak bulunmuştur ($F=4,258$, $p<0,05$, Tablo 8).

Sigarayı bırakmak isteyen öğrencilerin FTT puan ortalamaları $4,03 \pm 2,61$, bırakmayı istemeyen öğrencilerin FTT puan ortalamaları $5,76 \pm 2,32$ olduğu saptanmıştır ($t=-5,864$, $p<0,001$, Tablo 8).

Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin FTT puan ortalamaları $3,59 \pm 2,53$, sigarayı bırakabileceğine inanmayan öğrencilerin FTT puan ortalamaları $5,55 \pm 2,39$ saptanmıştır ($t=-7,268$, $p<0,05$, Tablo 8).

Tablo 8. Sigara İçen Öğrencilerin Sigara İçme Durumunu Tanımlayan Özelliklerine Göre FTT Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%	FTT Puan Ortalamaları ($\bar{X} \pm SD$)	Test Değeri
Sigaraya Başlama Yaşı				
10-13 yaş	69	20,4	5,47±2,39 ^{*§}	
14-17 yaş	145	42,9	4,90±2,59 [†]	
18-21 yaş	108	31,9	3,49±2,45 ^{*†}	F=11,011
22 yaş ve üstü	17	5,0	3,58±3,16 [§]	P=0,000
Sigara içme Adeti				
1-5	59	17,4	2,49±2,56 ^{*§†}	
6-10	55	16,2	2,70±2,14 ^{# a μ}	
11-15	59	17,4	4,39±2,00 ^{*#¶}	
15-20	105	31,0	5,00±2,00 ^{§ a δ}	F=53,053
21 üstü	61	18,0	7,31±1,68 ^{† μ δ ¶}	P=0,000
Sigara İçme Yılı				
1-3	60	17,7	3,06±2,57 ^{*§#}	
4-6	92	27,1	4,55±2,61 ^c	
7-9	81	23,9	5,03±2,28 [§]	F=8,105
10 yıl üstü	106	31,3	4,86±2,73 [#]	P=0,000
Bırakmayı Deneme Durumu				
Hiç denememiş	76	22,4	4,65±2,73 [§]	
Bir kez	160	47,2	4,96±2,45 [*]	F=7,971
Sık sık	103	30,4	3,66±2,72 ^{§*}	P=0,000
En Sık Sigara İçtiği Durum				
Sınav	35	10,3	4,57±3,27	
Ödev	8	2,4	4,00±2,67	
Maddi Sıkıntı	32	9,4	5,54±2,89 [*]	
Arkadaş Toplantıları	23	6,8	2,65±2,24 [§]	F=4,258
Stres	241	71,1	4,55±2,48 [§]	P=0,002
Bırakmak İsteme Durumu				
Evet	247	72,9	4,03±2,61	t=-5,864
Hayır	92	27,1	5,76±2,32	P=0,000
Sigarayı Bırakabileceğine İnanıcı				
Var	183	54,0	3,59±2,53	t=-7,268
Yok	156	46,0	5,55±2,39	P=0,000
Sigara Hakkında Bilgi Durumu				
Var	334	98,5	4,50±2,64	t=0,257
Yok	5	1,5	4,20±3,49	P=0,797

^{*}, [§], [†], [#], ^a, ^μ, ^δ, [¶] Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

5.4. Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeyi ile Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Öğrencilerin ÖEÖ puan ortalamaları ile FTT arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki vardır ($r = -0,122$, $P = 0,025$).

6. TARTIŞMA

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin sigara içme durumuna göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular, mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisiyle tartışılmıştır. Tartışma bölümü; çalışma grubunu oluşturan sigara içen ve içmeyen öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi, sigara içen öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi ve öz-etkililik ile bağımlılık düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi başlıkları altında sunulmuştur.

6.1 Sigara İçen ve İçmeyen Öğrencilerin Öz-etkililik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bireyin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesiyle alakalı yargısı olan öz-etkililiğin, bireydeki düzeyinin cinsel risk davranışları, fiziksel egzersiz, beslenme ve sigara gibi alışkanlık yaratan maddelerle ilgili davranışların kontrolünde önemli olduğu ve öz-etkililik algısının sağlık davranışlarının belirleyicisi, sürdürücüsü olduğu vurgulamaktadır (177).

Araştırmamızda sigara içen ve içmeyen öğrencilerin bulundukları sınıfın, cinsiyetinin, sosyal güvencesinin, gelirinin ve annelerin eğitim düzeylerinin öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo3, Tablo 5).

Araştırmada sigara içen ve sigara içmeyen öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin bulundukları sınıfa göre farklılık göstermemesi (Tablo 3, Tablo 5), Yiğitbaş ve Yetkin'in çalışma bulguları ile paraleldir. Yiğitbaş ve Yetkin

alışmalarında sınıflar arasındaki -etkililik puan ortalamaları birbirine yakın ve aradaki farkın önemsiz olduğunu belirtmişlerdir (225). Williams ve Koob(2002) sınıf seviyesi arttıka öğrencilerin -etkililik deyinde önemli bir yükselme olduğunu belirtmiştir (211). Tiller ve arkadaşları öğrencilerin sınıfı ilerledikçe -etkililik puanlarının yükseldiğini belirtmişlerdir (195). Öğrencilerin bulundukları sınıf ilerledikçe eğitim düzeyinin artması nedeniyle öz etkililik düzeylerinin de yükselmesi beklenmektedir. Öğrencilerin eğitim yıllarının artmasına karşın öz-etkililik düzeylerinin değişmemesi dikkat çekicidir. Sınıflar arasındaki öz-etkililik puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmamasının nedenlerinin farklı popülasyonlarda araştırılması gerekir. Literatürde bireyin kendisi ve başkalarının deneyimlerinin, profesyonel yardımın, anksiyete ve stres gibi durumsal faktörlerin öz- etkililik algısı üstüne etkili olduğu belirtilmektedir (224). Araştırmanın yürütüldüğü Bingöl niversitesi'nde öğrenim gören öğrenciler teorik ve uygulamalı dersleri birlikte öğrenmektedirler. Bu durum; niversite ğrencilerinin profesyonel yaşama hazırlık, stres ve kaygılarını arttırarak bilişsel algılamalarını etkilediğini düşündürmektedir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre öz-etkililik düzeyleri arasında istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo3, Tablo 5). Yiğitbaş ve Yetkin yaptıkları çalışmada da kız ve erkek öğrencilerin öz-etkililik puanları arasında fark olmadığını belirtmişlerdir (225). Keskin ve Olgun'un çalışmasında erkek ve kız ğrencilerinin öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (202). Tiller, ğrencilerin cinsiyetinin öz-etkililik düzeyine önemli bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (195).

Araştırmada kapsamına alınan öğrencilerin sosyal güvence durumunun öz-etkililik puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 3, Tablo 5). Sosyal güvenceye sahip olduğunu ifade eden öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri sosyal güvencesi olmayan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda sigara içen ve içmeyen öğrencilerin gelir düzeylerinin de öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkilemediği ($p>0,05$) ancak gelirinin az olduğunu ifade eden öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri diğer öğrencilere göre daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 3, Tablo 5). Düşük gelir düzeyine sahip olma ve sosyal güvenceye sahip olmama durumunun; bireylerin yaşam kaygısını arttırarak, bilişsel algılarını etkilediği ve öz-etkililik algılarını değiştirdiği düşünülmektedir.

Öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin, annelerinin eğitim düzeyinden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 3, Tablo 5). Geleneksel Türk aile yapısında bakım rolünü üstlenip, çocukla daha çok zaman geçiren kişi anne olsa da; aile reisi olarak baba ön planda yer almaktadır. Güç ve karar verme mekanizmasında etkin olan babanın rol modeli olarak algılanmasının, annenin etkinliğini azalttığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, sigara içen öğrencilerin yaşadıkları yerin öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkilediği ($p<0,05$) ve il merkezinde yaşayan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Keskin ve Olgun yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşadıkları yerin öz-etkililik puanları arasında fark yaratmadığı, ancak kentte yaşayan öğrencilerin öz-etkililik düzeyi ilçede ve köyde yaşayan öğrencilerin öz-etkililik düzeyinden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (202).

Sigara içen öğrencilerin baba eğitim düzeylerinin öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 3). Orem; insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi pek çok kavramın ilk öğretildiği kurumun aile olduğunu vurgulamıştır (204). Türkiye’de ataerkil aile yapısı içinde aile reisi olarak kabul edilen babanın çocuklar tarafından rol modeli olarak benimsenmesi kaçınılmazdır. Babanın eğitim düzeyinin çocuklarıyla olan etkileşimine ve çocukların bilişsel gelişimine yansıtacağı düşünülür. Bu nedenle babanın eğitim durumunun öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Öğrencilerin günlük içtikleri sigara sayısının ve içme yılının öz-etkililik düzeylerinin etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$)(Tablo 4). Fagan’ın (2003) ve Ergül’ün (2005) çalışmasında adölesanların günlük içtikleri sigara sayıları ile öz-etkililik düzeyleri arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır (76,77). Yazıcı ve Özbay (2004) çalışmalarında sigara içme süresinin artışına paralel olarak öz-etkililik inançlarında gerileme olduğunu belirtmişlerdir (220). Öz-etkililik düzeyleri arttıkça, sigaradan kaçınma davranışına bağlı olarak sigara sayısının azalması beklenmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarının literatür bilgisinden farklı çıkmasının nedeni öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin sigara içme sayısının ve sigara içme yılından başka bu çalışmada incelenmeyen diğer faktörlerden etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu sigarayı bırakmak istemekte (%72,9) ancak sigara içen öğrencilerin sadece %54’ü sigarayı bırakabileceğine inanmaktadır. Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri ($85,31\pm13,13$), sigarayı bırakamayacağına inanan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinden ($80,44\pm11,81$) daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4). Literatürde öz-etkililik “bireyin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesiyle ilgili yargısı olduğu ve sigarayı bırakmada önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır. Borelli ve Mermelstein(1994) sigarayı hiç bırakmayanlar ile bırakıp yeniden başlayanların öz yeterlilik inançları arasında farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir (38). Yazıcı ve Özbay (2006), öz- yeterlilik algısının yüksek olanların sigarayı bırakmaya ilişkin eğilimlerinin de güçlü olduğunu vurgulamışlardır (221). Bu literatür ışığında; sigara içmeyi sürdürenlerin bu alışkanlığı bırakabileceklerine ilişkin, düşük düzeyde de olsa bir inanca sahip oldukları düşünülebilir. Dijiks ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada sigara içen bireyler dört gruba ayrılmış ve birinci gruba sigara bırakma konusunda bilgi verilmiş, ikinci grup öz-etkililiği artırmak için bilgilendirilmiş, üçüncü gruba ise her iki girişimde bulunulmuş ve dördüncü gruba herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Daha sonra yapılan izlemede en başarılı grubun üçüncü grup olduğu belirlenmiş ayrıca hem ikinci hem de üçüncü grupta bireylerin en çok öz-etkililiği artıran bilgilerden yararlandıkları vurgulanmıştır (11). Rajamaki ve arkadaşlarının (2002) sigara içen ve sigarayı bırakmış gruplar üzerinde yaptıkları araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (169).

Bu çalışmada sigaranın zararları hakkında bilgisi olan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin bilgisi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Literatürde bireylerin sigara içmek alkol kullanmak gibi sağlığı tehdit eden riskli davranışlara ilişkin bilinç alanının genişletilerek, bilgi düzeyinin arttırılabileceği vurgulanmaktadır (25,81). Bireylerin bilgi düzeyinin artmasının öz-etkililik algısını etkilemiş olduğunu düşündürmektedir.

Sigara içmeyen öğrencilerin medeni duruma göre öz- etkililik düzeyleri incelendiğinde; evli olan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin bekâr olan öğrencilere göre daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 5). Evli bireylerin üstlendikleri sorumluluklar bekâr onlara göre daha fazla olup, kişiye yüklenen yeni sorumluluklar, oluşan yeni problemlerle baş etme çabası ve başarısı öz-etkililik düzeyinin artmasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada sigara içmeyen öğrencilerden parçalanmış aileye sahip olanların öz-etkililik düzeyleri, çekirdek aile ve geniş aileye sahip olan öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinden daha düşük bulunmuştur (Tablo 5). Parçalanmış ailede yetişen çocukların bilişsel yeteneklerinin gelişimi olumsuz yönde etkilenmektedir (36). Bu nedenle bilişsel bir kavram olan öz- etkililiğin etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, sigara içmeyen öğrencilerin babalarının eğitim düzeyi öğrencilerin öz-etkililik düzeyini etkilemektedir (Tablo 5). Babanın eğitim düzeyinin çocuklarının bilişsel gelişimine yansıdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada da sigara içmeyen öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri sigara içen öğrencilerin öz- etkililik düzeyinden daha yüksek bulunmuş olmasına karşın gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$)(Tablo 6). Literatürde, sigara içme davranışı ile öz-etkililik arasındaki ilişkinin olumsuz yönde olduğu belirtilmektedir (168,220,221). Yapılan çalışmalarda öz-yeterlilik inancı güçlü olan bireylerin sigara içmeye başlama eğilimleri düşükken, düşük öz-yeterlilik inancına sahip olan bireylerin daha çok sigara içmeye yöneldiği (168) ve nikotinin etkisiyle sigara içme alışkanlığı kazandıkları vurgulamaktadır (182).

Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olmaması, öğrencilerin öz-etkililik düzeylerini etkileyebilecek ve sigara içme davranışını tetikleyen diğer bilişsel faktörlerden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

6.2.Sigara İçen Öğrencilerin Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre öğrencilerin bağımlılık düzeyleri incelendiğinde, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre bağımlılık düzeylerinin daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 7). Bu çalışmada öğrencilerin %44,3'ü sigara kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden kız öğrencilerin sigara içme oranı %6,9 erkek öğrencilerin de %37,8 bulunmuştur. Çivi ve Şahinin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise sigara içme oranı kızlarda % 16,6 iken erkeklerde % 30,4 olarak belirlenmiştir (146). Xiang ve arkadaşlarının Çin'de Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin sigara içmediğini ancak erkek öğrenciler arasında sigara içme oranının %38 olduğunu bildirilmiştir. Literatürde benzer sonuçların bulunduğu pek çok çalışma mevcuttur (6,112,159). Cinsiyetler arası fark, çalışmanın yapıldığı yörede ataerkil aile yapısının hakim olması ve erkeklerin sigara kullanımının toplum tarafından kabul görmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada bekâr öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin evli öğrencilerin bağımlılık düzeylerine göre daha fazla olduğu belirlenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 7). Literatürde bu bulguyu tartışacak benzer bir

Çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmada öğrencilerin eşinin sigara kullanma durumu sorgulanmamıştır. Eşlerden birinin sigara kullanma durumunun diğerinin bağımlılık düzeyini etkileyebileceği varsayımı ile bu konunun incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sigara içen bireylerin sosyal güvencesinin varlığı, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu, anne ve babanın eğitim düzeyi öğrencilerin bağımlılık düzeylerini etkilememiştir($p>0,05$)(Tablo 7). Bu durum sigara bağımlılığının öğrencilerin demografik özelliklerinden çok sigara içme alışkanlığını tanımlayan özelliklerden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada sigaraya 10-13 yaşında başlayan öğrencilerin orta şiddette bağımlı oldukları bulunmuştur. Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı küçüldükçe bağımlılık düzeylerinin arttığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir(Tablo 8).

Öğrencilerin içtikleri sigara sayısı arttıķa bağımlılık düzeyleri artmaktadır (Tablo 8). Benzer şekilde öğrencilerin sigara içme süresi bağımlılık düzeylerinde artışa neden olmuştur(Tablo 8). Seydişehir Meslek Yüksekokulu ğrencilerinde sigara kullananların %50'si 10 ve daha az %33,9'u 11-20, %14,5'i 21-30, %1,6'sı 31 ve üzeri adet sigara kullanmaktadır. Bu araştırma da ise günlük içilen sigara miktarı içicilerin %17,4'nde 1-5 adet, %31,0'ında 15-20 adet olup, literatürde belirtilen çalışma sonucuyla paraleldir (124). Boyacı H ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 10 yaşın altında sigara içmeye başlayan kişilerin %70'den fazlasının sigara bağımlısı olduğu tespit edilmiştir (39). Sigaraya erken yaşta başlamış olma, daha uzun süre sigara içmeyi de beraberinde getirmektedir. Bağımlılığın kişiye ait ya da çevresel birçok faktörle ilişkisi olduğu bilinmekle

birlikte, uzun süre sigaraya maruz kalmanın çok önemli olduğu görülmektedir. Günlük içilen sigara sayısındaki artış ve sigara içme süresinin uzun olması da bağımlılık düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Sigaraya maruz kalma süresi ve miktarının artması, vücuda alınan nikotin düzeyinin yükselmesine ve bağımlılığın daha çok pekiştirilmesine neden olmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalarda, sigara içildikten sonra yükselen plazma nikotin seviyesinin, sigara içimi bittikten sonra hızla düştüğü (33) ve içilmeme durumunda nikotinin etkileri nedeniyle istenmeyen yoksunluk belirtileri ortaya çıktığı bildirilmiştir (82).

Araştırmada sigarayı bırakmayı bir kez deneyen öğrencilerin oranı % 47'dir. Öğrencilerin yaklaşık yarısına yakını bir kez de olsa sigarayı bırakmayı denemiş olmaları öğrencilerin büyük bir bölümünün bu alışkanlıktan kurtulmaya çalıştığını göstermektedir. "Sigarayı bırakmak istiyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin yaklaşık %73'nün evet cevabını vermesi bu yorumu desteklemektedir. Karabulut çalışmasında katılımcıların %83,5'inin sigarayı bırakmak istediklerini, %16,5 'inin ise sigarayı bırakmak istemediklerini belirtmiştir. Karabulut'un araştırma kapsamına aldığı bireylerin % 80,2'si sigarayı bırakabileceğini belirtirken, %19,8'i sigarayı bırakamayacağını belirtmiştir (58,104). Türkoğlu yaptığı çalışmada öğrencilerin %30,9'unun sigarayı bırakmayı hiç denemediğini, %24,6'sının dört ya da daha çok kez denediğini, %21,1'inin bir kez denediğini, % 14'ünün iki kez denediğini ve % 9,5'inin üç kez denediğini bildirmiştir (198). Bu çalışmada sigarayı bırakmak isteyen öğrencilerin bağımlılık düzeyi sigarayı bırakmak istemeyen öğrencilerinkinden daha düşük bulunurken, bırakmayı sık sık deneyen öğrencilerin de bağımlılık düzeyleri bırakmayı bir kez deneyen ve hiç denemeyen

öğrencilerinkinden düşük bulunmuştur (Tablo 8). Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin bağımlılık düzeyi bırakamayacağına inanan öğrencilerin bağımlılık düzeyinden daha düşük bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı deneyen, bırakmayı isteyen ve bırakabileceğine inanan öğrencilerin oranı göz önüne alındığında, araştırmaya katılan öğrencilerin profesyonel yardımla sigarayı daha kolay bırakabilecekleri düşünülmektedir. Bu öğrencilerin hafif bağımlılık düzeyine sahip olmaları sigarayla mücadelelerinde kolaylık sağlayacağını düşündürmektedir.

Bu çalışmada öğrenciler en sık stresli durumlarda (%71,1) sigara içtiklerini belirtmişlerdir. En sık sigara içilen durumu maddi sıkıntı olarak tanımlayan öğrencilerin orta şiddette bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Yapılan çalışmalar sonucu sigara içme nedenleri arasında en önemli olarak medyanın özendirici rolü, arkadaş grubuna ayak uydurma çabası, hava atmak, belli bir gruba kendini kabul ettirmek ya da sigara içen ebeveynle özdeşim sayılmaktadır (68, 83). Bu çalışmada yer alan grup için ise en önemli neden benzer pek çok çalışmada olduğu gibi stres olarak tanımlanmıştır (57,61).

Sigaranın zararları hakkında bilgisi olan ve olmayan öğrencilerin bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 8). Öğrencilerin %98,5'inin sinin sigaranın zararları hakkında bilgisi olmasına karşın hafif düzeyde bağımlı olmaları dikkat çekicidir. Bu sonuç öğrencilerin bilgi edindikleri kaynakların yeterince etkin olmadığını düşündürmektedir. Hemşirelerin bireylerin öz-etkililik düzeylerini arttırmak için eğitici rolünü kullanarak sigara ve zararları hakkında bilgilendirmede etkin görev almalarının faydalı olacağı düşünülmektedir.

6.3. Öz-etkililik ve Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişki

Son yıllarda yapılan çalışmalar adölesanların sigara kullanımının zararlarını bilmelerine rağmen sigara kullanımına devam ettiklerini göstermektedir. Günümüzde sigara üzerine yapılan çalışmalar adölesanların sağlık riski taşıyan davranışlarının bilişsel temellerini ortaya koymaya çalışmaktadır (218). Bu nedenle araştırmada; öğrencilerin demografik özellikleri, sigara içme alışkanlıkları ile ilişkili özelliklerinin yanı sıra; öz-etkililikleri ve bağımlılık düzeyleri de incelenmiştir.

Bu araştırmada sigara içen öğrencilerin öz-etkililik düzeyleri ile bağımlılık düzeyleri arasındaki ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fagon ve arkadaşlarının (2003) adölesanlar üzerine yaptığı çalışmada da benzer şekilde nikotin bağımlılığı arttıkça öz-etkililiğin azaldığı belirlenmiştir (77). Ayrıca Ergül'ün (2005) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sosyal Kavramsal Teorinin anahtar bileşeni olarak kabul edilen öz-etkililiğin düşük olması, aşırı nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (45,186,228).

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

-Öğrencilerin büyük bir kısmının (% 44,3) sigara kullandığı belirlenmiştir.

-Sigara içen öğrencilerin yaşadığı yerin ve babalarının eğitim durumunun öz-etkililik düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

-Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin öz-etkililikleri sigarayı bırakamayacağına inanan öğrencilerin öz-etkililiklerinden daha yüksek bulunmuştur.

-Sigara içmeyen öğrencilerin aile tipinin, medeni durumlarının ve babalarının eğitim durumlarının öz-etkililik düzeylerinin etkilediği belirlenmiştir.

-Sigara içmeyen öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin sigara içen öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinden daha yüksek olduğu ancak, gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır.

-Sigara içen öğrencilerin cinsiyetlerinin ve medeni durumlarının bağımlılık düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi ve içtikleri sigara miktarının da bağımlılık düzeyini etkilediği bulunmuştur.

-Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%72,9) sigarayı bırakmak istediklerini ifade etmelerine karşın %54'ünün sigarayı bırakabileceğine inandıkları saptanmıştır. Sigarayı bırakmayı isteyen öğrencilerin bağımlılık düzeyi sigarayı bırakmayı istemeyen öğrencilerin bağımlılık düzeyinden daha düşük bulunmuştur.

-Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin bağımlılık düzeyi sigarayı bırakamayacağına inanan öğrencilerin bağımlılık düzeyinden daha düşük bulunmuştur.

-Sigarayı bırakmayı sık sık deneyen öğrencilerin bağımlılık düzeylerinin, sigarayı bırakmayı hiç denemeyen veya bir kez deneyen öğrencilerin bağımlılık düzeylerinden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

-Öğrencilerin sigara en sık sigara içtikleri durumun bağımlılık düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

-Öğrencilerin öz etkililik düzeyleri ve nikotin bağımlılık düzeyleri arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçları doğrultusunda;

-Sigara ve zararları hakkında koruyucu eğitimi ve sigarayı bırakmaya yönelik eğitimi ailede başlayarak, okul ortamında sürekli ve etkin bir şekilde verilmesi ile öğrencilerin öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesinin amaçlanması,

-Gençler için rol modeli olan babaların sigara eğitim ve sigara bırakma programlarına alınması

-Gençlere öz-etkililik düzeylerini artırmaya yönelik okul ve aile içinde sorumluluklar verilmesi,

-Gençlerin sportif/sosyal etkinliklere yönlendirilerek sigara gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durmalarının sağlanması,

- Eğitim ortamlarında gençlere stresle baş etme ve problem çözme tekniklerinin öğretilmesi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinden faydalanmalarının sağlanması,

-Sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerinde; sigara ile mücadele için öz-etkililik düzeyini artırmaya yönelik tekniklerin öğretilmesi,

-Sigara bırakma polikliniklerinin yaygınlaştırılması, birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının bu konuda eğitilmesi ile verilecek hizmetin birinci basamağa entegre edilip, yürütülmesi,

-Kendisi ve ailesinde herhangi birinin sigara kullandığı saptanan bireyin özel eğitim ve bıraktırma programına alınması, bu konuda sağlık çalışanı tarafından, yeterli ve etkin eğitim/desteğin verilerek, girişimin başarısını arttırmak için, destek ve izlem amaçlı yüz yüze görüşme ve telefon takibinin yapılması,

-Benzer bir çalışmanın daha geniş bir popülasyonda yapılması önerilebilir.

8.KAYNAKLAR

1. A US Public Health Service Report. (2000). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. JAMA 283: 3254.
2. Açık Y, Gülbayrak C, Deveci E, Ozan T. (2002). Elazığ Polis Okulunda Düzenlenen Bırak Kazan Kampanyasına Katılan Öğrencilerin Başarı Durumları, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 799-801.
3. Akçasu A. (1985). Tütünün Tarihçesi.Sağlık Tarım ve Ekonomi Yönünden Sigara: Dünyü, Bugünü ve Yarını, Tübitak Yayınları No 586, Ankara. Sayfa 1-7.
4. Açıkel CH, Kılıç S, Uçar M, Yaren H, Türker T. (2004) Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etki Eden Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3(8): 178-185.
5. Akdun H, Yiğit T. (2001). Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi. Hipokrat Kardiyoloji, Göksu Matbaası 3(17): 30-34.
6. Akgün S, Kısa A. (1999). Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumları ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Araştırılması. Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, İstanbul.
7. Aksayan S, Gözümlü S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik(Kendini Etkileme) Algısının Önemi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2(1): 35-42.
8. Alikışıoğlu M, Ercan O. (2002). Ergenlerde Madde Kullanımı. Türk Psikiyatri Arşivi 37: 66-73.
9. Alpsan B. (1979). Ergenlik Çağında Aile Çevresinin ve İlişkilerinin Önemi. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi El Kitabı,H.Ü Yayınları B.20 Ankara.
10. Altınbaş Ö. (2002). Hemşirelerde Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
11. Anderson S, Keller C, M Govan N. (1999). 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 22(6): 9.
12. Anonim. (2004). Lise Öğrencilerinin Yüzde 27'si Sigara Tiryakisi. Erginel S. Erişim: (<http://www.memurlar.net/haber/7558/>). Erişim tarihi: 05.04. 2009.
13. Anonim. (2009). Nikotin Bağımlılığı.Erişim: www.veritaspsikiyatri.net Erişim tarihi: 01.12.2009.
14. Anonim. (2010). Kanserojenik, Mutajenik ve Teratojenik Kimyasallar. Erişim: (<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/IOLTP/2282/unite19.pdf>). Erişim tarihi: 10.03.2010.
15. Anonim. (2010). Sigaranın Sağlığa Zararları. Erişim: (<http://www.sigaraninzararlari.org/>). Erişim tarihi: 16.03.2010.

16. Anonim. (2010). Zifir Nikotin ve Karbonmonoksit. Erişim: (http://www.bat.com.tr/OneWeb/sites/BAT_6N6FYR.nsf/vwPagesWebLive/C125713A004170F680256BF4000331A9?opendocument&DTC=&SID=) Erişim tarihi: 16.02.2010.
17. Apaydın MC. (1988) .Tütün Tutsaklığı ve İnsan Sağlığı. Sigara Sempozyumu, İzmir.
18. Arbak P, Erdem F, Karacan Ö, Özdemir Ö. (2000). Düzce Lisesi Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığı. Solunum Dergisi 2: 17-21.
19. Ash UK.(2003). Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No: 2.
20. Aşut Ö. (1991). Hekim ve Sigara. Türk Tabipler Birliği, Maya Yayıncılık, İstanbul. Sayfa 9-76.
21. Aşut Ö. (1993). Hekim ve Sigara, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. Sayfa 45–54.
22. Aydınlar A. (2002). Sigaranın Kardiovasküler Sistem Üzerine Etkileri. Özyardımcı N. (Editör) Sigara ve Sağlık, Bursa. Sayfa 206-215.
23. Babadağ K. (1997). Hemşirelik ve Değerler. Profesörlük Çalışması, İstanbul.
24. Bahar HH. (2002). Sigara Alışkanlığının Oluşmasında Üniversite Öğrencileri Üzerinde Etkili Olan Sosyo-Ekonomik Faktörler. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum. Sayfa 3–40.
25. Baltaş Z. (2000). Sağlık Psikolojisi; Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitapevi, 1.Basım, İstanbul.
26. Bandura A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency, American Psychologist 37(2): 47-122.
27. Bandura A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. American Psychologist 44: 1175-1184.
28. Bandura A. (1995). Self-efficacy in Changing Societies. New York, Cambridge University.
29. Bandura A. (2002). Self-efficacy. <http://www.emory.edu/Education/mfp/BanEncy.html>
30. Baykan Z, Özkan S, Bumin AM. (2002). Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Sigara İçme Durumları. VIII. Ulusal Halk Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 814-817.
31. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. (1981). Smoking and Lung Function. Am Rev Respir Dis 123: 55-149.
32. Behr J, Nowak D. (2002). Tobacco smoke and Respiratory Disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Mon 21: 79-161.
33. Benowitz NL. (1986). Clinical pharmacology of nicotine. Ann Rev Med 37: 21-32.
34. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. (1997). Smoking Behaviour and Attitudes (Turkey). Final Report of Research for International Tobacco Control, Ankara.
35. Bilir N. (2008). Sigara ve Akciğerler. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Klasmat Matbaacılık. Sayfa 1-14.

36. Blankenhorn D(1995) *Fatherless America: Confronting our most urgent social problem.* New York: Basic Books
37. Bodak Ö. (1993). Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Subay, Astsubay, Yedek Subayların Sigara İçme Davranışı İle Sigara Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
38. Borelli B, Mermelstein R. (1994). Goal Setting and Behavior Change in a Smoking Cessation Program. *Cognitive Therapy and Research* 18: 69-83.
39. Boyacı H, Çorapçıoğlu A, Ilgazlı A, Başıyigit İ, Yıldız F. (2003). Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 14: 169-175.
40. Bozkurt A.İ, Şahinöz S, Özçırpıcı B. (2002). Gap Bölgesinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sigara İçme Prevalansı ve Bunu Etkileyen Çeşitli Faktörler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 906-908.
41. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. (1992). Nicotine Withdrawal Symptoms and Psychiatric Disorders : Finding from an Epidemiologic Study of Young Adults. *Am J Psychiatry* 149: 9-464.
42. Brownell KD. (1986). Understanding and Preventing Relaps. *American Psychologist* 41:7, 82-765.
43. Buzlu S. (1999). Gençlerde Madde Kullanımı, İntihar, Stres ve Başa Çıkma Yolları. *Hemşirelik Bülteni.* 12: (45).
44. Büyükkaragöz S. (1989). Önemli Bir Eğitim Problemi Olarak Sigara İçme Alışkanlığı. *Milli Eğitim Bakanlığı Din Öğretimi Dergisi* 18.
45. Camenga DR, Klein JD. (2004). Adolescent Smoking Cessation. *Current Pediatrics.* Sayfa 68-72.
46. Carey KB, Carey MP. (1993). Changes in Self-efficacy Resulting from Unadied Attempts to Quit Smoking. *Psychology of Addictive Behaviors* 155: 78-85.
47. Chang F, Lee C, Lai H, Chiang J, Lee P, Chen W. (2006). Social Influences and Self-efficacy as Predictors of Youth Smoking Initiation and Cessation: a 3-year Longitudinal Study of Vocational High School Students in Taiwan. *Addiction* 101: 1645-1655.
48. Cohen V, Khuri FR. (2003). Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 10: 315-24.
49. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). (2000). Tobacco control country profiles. Atlanta GA; American Cancer Society Sayfa 344.
50. Coşkun A, Yıldız NA, Doğan GB, Bilir N. (2002). Toplumda Rol Modeli Olan Kişilerin Sigara İçilmesi Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışları. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 827-829.
51. Craven RF, Hirnle CJ. (2000). *Fundamentals of Nursing (Human Health and Function).* Third Edition, Lippincott Co, Philadelphia. Sayfa 48-50, 252-260.

52. Çakıoğlu TM. (1998). Balıkesir Üniversitesi'ne Devam Eden Öğrencilerin Alkol ve Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Sayfa 1–30.
53. Çakmak D. (2000). Tütün ve Sigara, Ed: ÇAKMAK, D.Bağımlılık Yapan Maddeler, Ofset, İstanbul. Sayfa 50–63.
54. Çan G. (2002). Sigara Epidemiyolojisi. Sigara ve Sağlık, Özyardımcı N. (Ed). Bursa. Sayfa 49-58.
55. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A. (2000). Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. Toraks Dergisi 11: 6-61.
56. Çevrim EE. (2000). Sigara içenlerde Antioksidan Enzimler, Ferritin ve Hemoglobin Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya. Sayfa 105.
57. Çivi S, Tahir K. (1991). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Aile ve Toplum Dergisi 1: 49-52.
58. Çolakoğlu T. (2005). Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Veren Okullardaki Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıklarının İncelenmesi. Spormetre, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 3(4): 151-158.
59. Çöplü N. (1994). Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler. Sigara ve Sağlık, I. Baskı Meb Yayınları, İstanbul. Sayfa 24-28.
60. Dabakoğlu T, Kukner S, Viedan K. (1993). Smoking, Drinking and Drug Use in Female Adolescent. Tr J Med Sci 19: 157-64.
61. Dağcı T, Din. G, Özcan C. (1998). Celal Bayar Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Sıklığı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. Solunum Hastalıkları 9: 17- 607.
62. Dalton MR, Sargent JD, Beach ML, Bernhardt AM, Stevens M. (1999). Preventive Medicine. An International Journal Devoted to Practice & Theory 2: 460-465.
63. Damrosch S. (1991). General Strategies for Motivating People to Change Their Behavior, Nurs Clin. North America 26(1): 833-43.
64. Demir T. (2005). Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. In: Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. İstanbul. Sayfa 5-15.
65. Demirel M. (2009). Sınıf Öğretmenlerinin ve Okul Yöneticilerinin Karakter Eğitimine ilişkin Öz-yeterlik İnançları. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 37: 36-49.
66. Demirezen E, Coşansu G. (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Evaluating Dietary Pattern in Adolescence 14(8):174-178.
67. Dereli N. (1996). Türkiye'de ve Dünya'da Sigara İçme Durumları ve Sigaraya Bağlı Kayıplar, Sigara ve Sağlık Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, İzmir. Sayfa 3-7.
68. Durant RH, Smith JA. (1999). Adolescent Tobacco Use and Cessation. Primary Care 26: 75- 553.

69. Dünya Sağlık Örgütü Raporu (2005). Tütün Politikaları ve Dünya Sigaraya Hayır Günü (2005). Erişim: <http://www.un.org.tr/who/Who.htm> Erişim tarihi: 18.06.2005
70. Elliot L, Crombie IK, Irvine L, Contrell J, Taylor J. (2003). A Review of The Contribution of Nurses, Midwives and Health Visitors to Improving The Public's Health, Section 8: Smoking. Page 133-148.
71. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H, Bacanlı S, Güven GS, Arslan D. (2002). Epidemiology of smoking among Turkish adults: A national Household Survey. The Second International Symposium on Medicalgeology, Nutrition and Cancer. March 31-april 03 2003 İstanbul Turkey. Abstract book Sayfa 6-33.
72. Emri S. (1994). Sigaranın Yaptığı Hastalıklar. Sigara ve Sağlık, MEB Yayınları, İstanbul. Sayfa 29-32.
73. Enişte K. (2004). Alkol ve Madde Bağımlılığı. Bursa Sağlık Müdürlüğü (BSM) Dergisi 2: 47-48.
74. Erdoğan S. (1995). Sağlıklı Gençlik İçin Hemşirelik Bülteni 9(38): 97-104.
75. Ergüder T. (1997) Elazığ il merkezinde 18 ve ileri yaş nüfusta sigara bağımlılığı prevalans araştırması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi. Erzurum.
76. Ergül Ş (2005). Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adölesanlarda Karşıt Olumlu Davranış Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
77. Fagan P, Eisenberg M, Frazier L. (2003). Employed Adolescents and Beliefs About Self-efficacy to Avoid Smoking. Addictive Behaviors 28: 613-626.
78. Fagerstrom KO, Schneider NG. (1989). Measuring Nicotine Dependence: a Review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med.12:159-182
79. Fındık S. (1997). Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler. Sigara ve Gençlik, Kültür Bakanlığı Yayınları. Sayfa 17-22.
80. Franklin RA. (1992). Smoking Nursing Clinics Of Nort America. W.B. Saunders Company, Philadelphiya 27(3): 631-643.
81. Fritz JD. (2003). An İntervention for Adolescent Smoking Cessation, Doctoral Dissertation, University of Missouri-Saint Louis, Publication Number:AAT3083754.
82. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. (2003). Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi. Art Ofset Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Birinci Basım, Ankara.
83. George H. (1992). Gallup International İnstitüte. Teenage Attitudes and Behaviour Concerning Tobacco. Report of the Findings. Princeton, New Jersey.
84. Gillmore MR, Wells EA, Smpson EE, Morrison DM, Hoppe M, Wilsdon AA, Murowchick E. (2002). Children's Beliefs About Smoking, Nicotine & Tobacco Research 4(2): 177-183.

85. Giovannucci E, Colditz GA, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Kearney İ. (1994). Aprospective Study Cigarette Smoking and Risk of Colorectal Adenoma and Colorectal Cancer in U.S Women. *J Nath Cancer Inst* 86(3): 9-192
86. Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Kearney İ. (1994). Aprospective Study of Cigarette smoking and Risk of Colorectal Adenoma and Colorectal Cancer in U.S Men. *J Nath Cancer Inst* 86(3): 91-183.
87. Göksel T, Cirit M, Bayındır U. (2001). İzmirli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi Cilt 2, Sayı 3 İzmir*.
88. Gözüm S, Aksayan S (1999) Özetkililik/Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(1): 21-34.
89. Gulick EE, Hayes JD, Kenelly LF. (1991). Smoking among Women. A Life Cycle Perspective on Which to Base Prevention/Cessation Interventions. *Oncology Nursing Forum* 18(1): 91-102.
90. Gulick EE, Escobar-Florez L. (1995). Reliability and Validity of the Smoking and Women Questionnaire among Three Ethnic Groups. *Public Health Nursing*. Blackwell Science Inc, Cambridge 12(2): 117-126.
91. Gürdal Yüksel E, Kunt AE, Ozyardımcı N. (1994). Uludağ Üniversitesi Mensupları ve Çevre Halkına Uygulanan Sigara Anketi Sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 43(2): 66-75.
92. Hamzaçebi H, Ünsal M, Dabak Ş, Bilgin S, Aker S. (2008). Samsun Tekkeköy İlçesi İlköğretim Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi* 9: 9-34.
93. Hasan S. (1996). ATS Statement- cigarette Smoking and Health *Am J Respir Crit Care Med* 154: 80-1579.
94. Henningfield J. (1995). Nicotine Medications for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine* 333: 1196-1203.
95. Henningfield J, Cohen C, Pickworth WB. (1993). Psychopharmacology of Nicotine in Orleans CT, Slade J, Eds., *Nicotine Addiction: Principles and Management*, Oxford University Press, *Nikotin Psikofarmakolojisi, Sağlık Sigara Alarmı (Turkish Journal of Smoking and Health)*, 1(2): 13-15.
96. Holbrook JH. (1998). Nicotine Addiction. In: Fauci AS, Martin JB, Braunwald E (Eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th International ed. Health Professional Division, McGraw-Hill 2: 9-2516.
97. Horn K, Fernandes A, Dino G. (2003). Adolescent Nicotine Dependence and Smoking Cessation Outcomes. *Addictive Behaviors* 28: 769-776.
98. Hughes JR. (2000). Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins 8-1033.

99. İlhan Y. (2002). Bağımlılık. Popüler Psikiyatri Dergisi 8.
100. Jarrath N, Mirchell K, Filleon B. (2003). Childhood Smoking: The Research, Clinical and Theoretical Imperative for Nursing Action, International Council of Nursing. International Nursing Review 50: 203-214.
101. Jannette OA, Health J, Graham-Garcia J. (2004). Management of Tobacco Dependence in Older Adults. Journal of Gerontological Nursing, ProQuest Nursing & Allied Health Source 30(12): 13-24.
102. Johnson JL. (1993). An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using Lisrel, Nursing Research 42(3): 37-132.
103. Kara M. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Bakım ve Eğitimin Öz-etkililik Algısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul.
104. Karabulut A. (2007). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
105. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. (2006). Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi 7(1): 51-64.
106. Karlıkaya C. (2002). Edirne'de Orta öğrenim Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı. Toraks Dergisi 3: 6-12.
107. Kasatura İ. (1998). Sigara Alışkanlığı, Gençlik ve Bağımlılık. Evrim Yayınevi, İstanbul, Sayfa: 162-195.
108. Kaya N, Çilli AS. (2002). Üniversite Öğrencilerinde Nikotin, Alkol ve Madde Bağımlılığının Oniki Aylık Yaygınlığı, Bağımlılık Dergisi 3(2).
109. Kayaalp O (1994) Tıbbi Farmakoloji. Cilt 1. Sayfa 336-346.
110. Kayaalp O. (1993) Tıbbi Farmakoloji Cilt 3. Sayfa 2416-2432.
111. Kesim Y. (1995). Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Sigaranın Sağlığa Etkisi ve Bırakma Yöntemleri, Logos Yayıncılık, İstanbul, Sayfa 29-57.
112. Khorshid L. (2001). Üniversite Öğrencilerinde Sigara içme Alışkanlığının İncelenmesi, Elazığ Ofset Matbaacılık. Sigara Alarmı Dergisi 4: 1-4.
113. Kıyak M, Dağoğlu T. (1990). Lise Öğrencileri Arasında Sigara Kullanımı. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 11: 14-7.
114. Kışioğlu N, Öztürk M, Doğan M. (2002). Süleyman Demirel Üniversitesi İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sigaraya Başlama ve Alışma Durumları.
115. Kocabaş A. (1988). Orta Dereceli Okul Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığı. Ankara Tıp Mecmuası. Sayfa 26-412.
116. Kocabaş A. (1994). Türkiye'de Sigara İçme Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri. Sigara ve Sağlık MEB Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

117. Koçyiğit E, Çuhadaroğlu Ç (2002). Çevre ve Sigara, Akciğer Hastalıkları Kitabı, Editör; Orhan Arseven, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri. Sayfa 418-422.
118. Korkut F. (2004). Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma, Anı Yayınları, Ankara.
119. Kottke TE, Brekke ML, Solberg MI, Hughes JR. (1989) A Randomised Trial To increase Smoking Intervention by Physicians: Doctors Helping Smokers, Round I. *Jama* 281: 2101.
120. Köknel Ö. (1983). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Altın kitaplar Yayınevi, İstanbul. Sayfa 24-32.
121. Köknel Ö. (1986). Alışkanlık ve Bağımlılık. Milliyet Yayınları, İstanbul. Sayfa 8-10, 18-25.
122. Köknel Ö. (1998). Bağımlılık “Alkol ve Madde Bağımlılığı” Ankara. Altın Yayınevi. Sayfa 79.
123. Kösecik M, Emiroğlu HH, Ceylan E, Baz T. (2006). Şanlıurfa’da Lise Öğrencilerinin Sigara Hakkındaki Tutum Düzeyleri. *Harran üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 3(1): 19-22.
124. Kutlu R, Çivi S. (2006). The frequency and affecting Factors of Smoking Among the Students at Sehdisehir Vocational School. *Bağımlılık Dergisi* 7:71-79.
125. Kutluk S, Kars A. (1994). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara.
126. Lee EW, D’Alanzo G.E. (1993). Cigarette Smoking, Nicotine Addiction, and its Pharmacologic Treatment. *Arch Intern Med* 153: 34-48.
127. Lenz ER, Shortridge-Baggett LM. (2002). Self-efficacy in Nursing. New York Springer.
128. Mackay J, Eriksen M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization, Part One, 5. Yought 2002: 9-28.
129. Mackay J, Eriksen M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male smoking 2002: 24-5.
130. Mackay J, Eriksen M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002: 26-7.
131. Mackay J, Eriksen M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 6. Cigarette consumption 2002: 30-1.
132. Magil FN. (1993). Survey of Social Science, Salem Press, Englewood Cliff. N. J. [//trochim.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm](http://trochim.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm).
133. Meltzer EO. (1994). Prevalence, Economic, and Medical Impact of Tobacco Smoking. *Ann Allergy* 73: 381-391.
134. Mımoğlu M. (1987). Önemli Bir Eğitim Sorunu Sigara Tiryakiliği. *Eğitim ve Bilim Dergisi* 63.

- 135.MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2002). Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs- United States, (1995-1999). 51:3-300.
- 136.Murin S, Silvestri G. (2000). Smoking and Pulmonary and Cardiovascular Diseases. Clin Chest Med 2000;2:1-9.
- 137.Murray JL, Lopez AD.(1996). The Global Burden of Disease, Summary. World Bank Publication.
- 138.Nahcivan NÖ. (1994). Sağlığı Geliştirme Programı: Adölesanlarda Sigara Tüketimi, Önlenmesi ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi. Hemşirelik Bülteni 7(33): 31-41.
- 139.National İnstitute on Drug Abuse. (1998). Research Report Series: Nicotine Addiction (NIH Publication No. 98904342). Washington, DC: U.S. DEparment of Helath and Human Services, İnstitutes of Health.
- 140.Ohnishi S, Murata M, Kawanishi S. (2002). Oxidative DNA Demage Induced by a Metabolite of 2-Naphthylamine, a Smoking Related Bladder Carcinogen. Jpn J Cancer Res 93(7): 736-743.
- 141.Ontario Tobacco Research Unit. University of Toronto. (2001). Protection from Second-Hand Tobacco Smoke in Ontario: AReview of the evidence regarding best practices, Sayfa 37.
- 142.Ömer AÖ. (1991). Orta Öğrenim Öğrencilerinin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 143.Örs Y. (1987). Tütünün Getirdikleri-Götürdükleri. Sigara Sorunlarına Eleştirisel Bir Bakış, Ankara, Bilim ve Teknik, Tübitak.
- 144.Özbay Y, Yazıcı H, Şahin B. (1998). Sigara İçme Davranışları Depresif Eğilimler ve Stresle Başa Çıkma. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara.
- 145.Özbay Y, Yazıcı H. (1996). Sigara Bırakma Çabaları, İçme Sıklığı, Kontrol Etkinliğinin Sigara İçme Davranışı Üzerindeki Etkisi. 3. Eğitim Bilimleri Kongresi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- 146.Özcan A,Yazıcı S,Beser A, Akkas A. (1993). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerini Sigara İçmeye Yönelten Ve Mücadelede Öncelikli Durumların Saptanması. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 9(2): 61-155.
- 147.Özcebe H (2008), Gençler ve Sigara. Birinci Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:731.2008 Ankara.
- 148.Özcebe H, Çamur D, Akansoy S, Akel İ, Şevik AE, Karaman M, Işıkyar T. (2002). Bir Lisede 2. Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı (2), Diyarbakır. Sayfa 805–808.
- 149.Özkan S, Baykan Z, Aygün R. (2002). Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Sigara İçiminin Sağlığa ve Üreme Sağlığına Etkileri Konusunda Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 94-792.

- 150.Öztuna F. (2004). Sigaranın Hücresel etkileri. Akciger Arsivi 2: 111-116.
- 151.Özyardımcı N. (2002). Sigara ve Sağlık. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Bursa. Sayfa 49-85.
- 152.Özyurt L. (2006). Hekimlerin Sigara İçme Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- 153.Palank CL. (1991). Determinants of Health Promotive Behavior. Nurs Clin North Am 26(4): 31-815.
- 154.Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. (1992). Transdermal nicotine. Drugs 44(3): 498-529.
- 155.Panday S, Reddy SP, Ruiter RAC, Bergström E, Vries H. (2007). Determinants of smoking Among Adolescents in the Southern Cape-Karoo Region, South Africa. Health Promotion International 22: 207-217.
- 156.Pekcan G. (2004). Adölesan Döneminde Beslenme. Klinik Çocuk Forumu 4(1): 38- 47.
- 157.Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK (2005). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yasar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi 6: 111-116.
- 158.Pekşen Y, Kesim Y. (1995). Editör: Ayla Tür. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Logos Yayıncılık Tic. A. Ş.,
- 159.Pektekin Ç, Sönmez Y. (1993).Sağlık Hizmetleri Konusunda Eğitim Alan Üniversite Gençliğinde Sigara İçme Alışkanlığının Araştırılması. Sigara ile Savaş. I.Ulusal Hemşirelik Sempozyumu Özet Kitabı, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 160.Pender NJ. (1987). Health Promotion in Nursing Pracrice. 2. Edition. Appleton&Lange, USA.
- 161.Perry CL, Eriksen MP, Giovino G. (1994). Tobacco Use: A Pediatric Epidemic. Tobacco Control 3: 97-98.
- 162.Peto R. (1994). Smoking and Death: the Past 40 Years and the Next 40. BMJ 309: 9-937.
- 163.Pfeier GP, Denisenko MF, Olivier M. (2002). Tobacco Smoke Carcinog, DNA Damage and p53 Mutations in Smoking-associated Cansern. Oncogene 21(48): 7435-7451.
- 164.PIAR. (1988). Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu.
- 165.Pierce JP. (1989). International Comparisons of Trends in Cigarette Smoking Prevalence. American Journal of Public Health 79 (2) : 152-57.
- 166.Pomerleau OF, Pomerleau CS. (1991). Research on Stress and Smoking: Progress and Problems. Br Jof Add 86: 599-603.
- 167.Preston A. (1991). Cigarette Smoking-nutritional Implications. Progress in Food and Nutrition Science 15; 183-217.
- 168.Prochaska JO, Velicer WF, Diclemente CC, Fava J. (1988). Measuring Process of Change: Applications to the Cessation of Smoking. Journal Of Conulting and Clinical Psychology 56: 520-528.

- 169.Rajamaki H, Katajavuori N, Jarvinen P. (2002). A Qualitative Study of The Difficulties of Smoking Cessation; Health Care Professionals' and Smokers' Point of View, *Pharmacy World&Science* 24(6): 240-246.
- 170.Rednal A, Stuifbergen AK. (1993). Strategies for Maintenance of Heath Promoting Behaviors. *Nurs Clin North Am* 28(2): 42-427.
- 171.Ridker PM, Genest J, Libby P. (2001). Risk Factors Atherosclerotic Disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). *Heart Disease*. Philadelphia, WB Saunders, 6th edition. Sayfa 1010-1040.
- 172.Rose JE, Levin ED. (1991). Inter-relationships Between Conditioned and Primary Reinforcement in the Maintenance of Cigarette Smoking. *Br J Add* 86: 9-605.
- 173.Sabuncu N, Babadağ K Taşocak G, Atabek T. (1991). Hemşirelik Esasları. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 225, Etam A.Ş., Eskişehir.
- 174.Salih YÖ. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, Nobel Tıp Kitap Evleri 119,İstanbul.
- 175.Sarandol A. (2002). Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. *Akciğer Arsivi* 3: 129-139.
- 176.Satman I, Yılmaz T, Sengun A, Salman S, Salman F, Uygur S. (2002). Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Result of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 25: 6-1551.
- 177.Schwarzer R, Fuchs R. (1995). Self Efficacy and Health Behaviours, to Appear in: Conner M, Norman P, Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham Open University Press... [http:// userpage fu-berlin de/ ru ahahn/publicat/conner 9.htm](http://userpage.fu-berlin.de/ruahahn/publicat/conner9.htm).
- 178.Sezer E. (1992). Sigara da Alkol ve Eroin gibi Bağımlılık Yapıcı Bir Madde midir?. *Turkish Journal of Smoking and Health* 3: 5-7.
- 179.Sezer RE. (1984). Ankara'nın Ortaokul, Lise ve Dengi Okullarında Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenleri, *Ankara, Doğa ve Bilim Dergisi* 3(8).
- 180.Shadel WG, Niaura R, Abrams DB. (2001). How do Adolescents Process Smoking and Antismoking Advertisements? A Social Analysis with Implications for Understanding Smoking Initiation, *Review of General Psychology* 5: 429-444.
- 181.Shapiro SD. (1999). The Macrophage in COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 160:29-32.
- 182.Silvis GL. (1987). Understanding And Deterring Tabacco Use Among Adolescents.*Pediatric Clinics Of North America* 34(2): 360-370.
- 183.Smoking and Helath (1964). Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the PublicHealth Service.
- 184.Somastı M. (1997). Sigara ve Toplum. *Fetih Matbaacılık, Yeşilay Aylık Kültür ve Sağlık Dergisi* 759: 13-14.
- 185.Spear H.J, Kulboc P. (2001). Adolescent Health Behaviours and Related Factor; A Review, *Public Health Nursing*, 18(2): 82-93.

- 186.Steinberg MB, Delnova CD, Foulds J, Pevnzer E. (2004). Characteristics of Smoking and Cessation Behaviors Among High School Students in New Jersey. *Journal of Adolescent Health* 35: 231-233.
- 187.Su H. (1996). ATS Statement-cigarette Smoking and Health. *Am J Respir Crit Care Med* 154: 1579-80.
- 188.Swart D, Reddy P, Panday S, Philip J, Naidoo N, Ngobeni N. (2004). The 2002 Global Youth Tobacco Survey (GYTS): The and GYTS in South Africa (SA) –A Comparison Between GYTS (SA) 1999 and GYTS (SA) 2002. Medical Research Council, Cape Town.
- 189.Şendir M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyet Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- 190.Tabak RS, Akköse K. (2006). Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 5: 118-30.
- 191.Taiwan Bureau of Health Promotion. (2004). Tobacco Control in Taiwan, Taipei: Taiwan Department of Health.
- 192.Taşocak G. (2003). Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Basım Yayın Evi Müdürlüğü, İstanbul.
- 193.Tenore JL, Lipsky MS. Preventive services for the adolescent (13-20 years).
- 194.The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. (2002). Tobacco Use Among Youth: a Cross- Country Comparison. *Tobacco Control* 11: 252-270.
- 195.Tiller D. (1995). Self- efficacy in College Students. Erişim: www.mwsc.edu/psychology/research/psy302/fall95/tiller.htm -12k- Erişim tarihi: 05. 01. 2007.
- 196.Türkiye İstatistik Kurumu Raporu (2009). Erişim tarihi: 25.12.2009. Erişim: http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&report=turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2009&p_dil=1&desformat=html&ENVID=nufus2000db2Env
- 197.Türkiye Kalp Raporu (2000). Türk Kardiyoloji Derneği. İstanbul: Yenilik Basımevi.
- 198.Türkoğlu M. (2007). Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme ve Bırakma Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Aydın.
- 199.US Department of Health and Human Services. (1982). A Report of the Surgeon General: The Health Consequences of Smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services.
- 200.US Department Of Health And Human Services. (1988). The Health Consequences Of Smoking:Nicotine Addiction, A Report Of The Surgen General,(DHHS Publication No.CDC 88-8406),Washington,DC,UC Government Printing Office.
- 201.Uzaslan E.(2003). Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. *Akciğer Arsivi* 4: 225-234.

202. Ünal Keskin G, Orgun F. (2006). Öğrencilerin Öz etkililik-yeterlilik Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 7: 92-99.
203. Vandenbrouke JP, Mauritz BJ, De Bruin A (1984). Weight, Smoking and Mortality. Jama 252: 60-2859.
204. Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul. Sayfa 323-346.
205. Wald NJ, Hackshaw AK. (1996). Cigarette Smoking : an Epidemiological Overview. Br Med Bull 52: 311.
206. WHO (1993). Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health for All. (Editör) Salvage J, (Çeviri Editörü) Ülker S. (1995). Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara.
207. WHO (1997). Tobacco or Health in Turkey. Repeat of a WHO Mission to Ankara, Turkey.
208. WHO (2004). WHO Tobacco Free Initiative. Bulding Blocks for Tobacco Control: A Handbook, WHO Library Cataloguing-Publication Data ISBN 92 4 159187 0.
209. WHO. (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package.
210. WHO. (2009). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Implementing smoke-free environments.
211. Williams NR, Koob JJ. (2002). Increasing Perceived Self-efficacy in Social Work Students Through Service Learning . sswr.org/papers2002/129.htm -4k -
212. World Bank. (1999). Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco Control. Washington, World Bank.
213. World Health Organization. (1997). The tobacco epidemic rages on in Eastern and Central Europe. Fact Sheet No. 156. Geneva, Switzerland.
214. World Health Organization. (1997). World Health Organization Smoking in China: A Time Bomb for the 21 st Century. Fact sheet No:177. Geneva, Switzerland.
215. World Health Report (1999). Geneva, WHO.
216. Yalçın BM, Sahin ME, Özer C. (2004). Birinci Basamakta Sigara Bırakma Danışmanlığı. O.M.Ü. Tıp Dergisi 21(3): 142-147.
217. Yaman Ö. (1994). Sağlık Uğraşları, Etik ve Sigara. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2):133-136.
218. Yazıcı H (2002). Bilişsel Davranışçı Sigara Bırakma Programları, 12 Ulusal Psikoloji Kongresi Bildirileri, Ankara.
219. Yazıcı H, Ak İ. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler, Kişisel Sağlık Davranışları ve Sigara İçme. Anatolian Journal of Psychiatry 9: 224-231.
220. Yazıcı H, Özbay Y. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışlarıyla Öz-yeterlik İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 7: 91- 107.

- 221.Yazıcı H, Özbay Y (2006). Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışlarının Bilişsel-davranışçı Bir Modele Dayalı Olarak İncelenmesi. Milli Eğitim 172:116-124.
- 222.Yazıcı H, Şahin M. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları İle Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki. Kastamonu Eğitim Dergisi 13(2): 455-466.
- 223.Yeşilyaprak B. (1986). Üniversite Gençlerinin Psikolojik Sorunları. Psikoloji Dergisi 5: 80-84.
- 224.Yetkin A, Özer H. (1997). Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya İlişkin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, (Ed. İsmet Kırpınar) Psikiyatri Deneği Erzurum Şubesi Yayınları. Sayfa 215-220.
- 225.Yiğitbaş Ç, Yetkin A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-etkililik-yeterlilik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7(1).
- 226.Yoldaşan E, Usal G, Özdemir B. (2002). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara içme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır. Sayfa 802-803.
- 227.Yorgancıoğlu A, Esen A. (2000). Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. Toraks Dergisi 1(1): 90-95.
- 228.Zhu SH, Sun J, Billings SC, Choi WS, Malarcher A. (1999). Predictors of Smoking Cessation in U.S. Adolescents. American Journal of Preventive Medicine 16: 202-207.
- 229.Zülal A. (2003). Hala Geç Değil. Bilim ve Teknik, Promat Basın Yayın A.Ş, İstanbul. Sayfa 80-85.

9. EKLER

EK-I

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU TANIMLAYICI BİLGİ FORMU-A

1-Yaşınız:.....

2- Sınıfınız : ☐1. Sınıf ☐ 2. Sınıf

3-Cinsiyetiniz: ☐Kadın ☐ Erkek

4-Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul

5-Sosyal güvenceniz var mı? : ☐ Var ☐ Yok

6-En uzun yaşadığınız yer: ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy

7-Aile tipiniz:

☐Geniş aile ☐Çekirdek aile ☐Parçalanmış aile

8-Ailenizin gelir durumu:

☐Gelirim giderimden fazla

☐Gelirim giderime eşit

☐Gelirim giderimden az

9-Annenizin eğitim durumu nedir?

☐Okur yazar değil ☐Okur yazar ☐İlköğretim mezunu

☐Lise mezunu ☐Üniversite mezunu

10-Babanızın eğitim durumu nedir?

☐Okur yazar değil ☐Okur yazar ☐İlköğretim mezunu

☐Lise mezunu ☐Üniversite mezunu

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU-B

1- Sigara içiyor musunuz? ☐Evet ☐ Hayır

2-Sigaraya başlama yaşıınız:

☐10-13yaş ☐14-17yaş ☐18-21yaş ☐22 yaş ve üzeri

3-Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 1-5 ☐6-10 ☐11-15 ☐15-20 ☐21 ve üzeri

4-Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

☐1-3yıl ☐4-6yıl ☐7-9yıl ☐10 yıl ve üzeri

5-En çok hangi dönemde sigara tüketiminiz artmaktadır?

☐Sınav zamanlarında

☐Yoğun ödev dönemlerinde

☐Maddi sıkıntı çektiğimde

☐Arkadaş toplantılarında

☐Stresli olduğumda

6-Sigarayı bırakmak ister misiniz? ☐Evet ☐ Hayır

7- Sigarayı bırakabilir misiniz? ☐Evet ☐ Hayır

8-Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

☐Hiç denemedim ☐Bir kez denedim ☐Sık sık denerim

9- Sigaranın sağlığa zararları hakkında bilginiz var mı?

☐Evet

☐Hayır

EKII

ÖZ-ETKİLİLİK- YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karar göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

İFADELER	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1.Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2.yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır	1	2	3	4	5
3.Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim	1	2	3	4	5
4.Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım	1	2	3	4	5
5.İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim	1	2	3	4	5
6.Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4	5
7.Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem	1	2	3	4	5
8.Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim	1	2	3	4	5
9.Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10.Yeni şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11.Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam	1	2	3	4	5
12.Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım	1	2	3	4	5
13.Başarısızlık beni daha çok teşvik eder	1	2	3	4	5
14.Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem	1	2	3	4	5
15.Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16.Kolaylıkla vazgeçerim	1	2	3	4	5
17.Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18.Yeni arkadaş edinmek benim için zordur	1	2	3	4	5
19.Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim	1	2	3	4	5
20.Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim	1	2	3	4	5
21.Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22.Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem	1	2	3	4	5

EK III

FAGERSTROM TOLERANS TESTİ

1-Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- ☐a)10 taneden az
- ☐b)11-20
- ☐c)21-30
- ☐d)31 ve daha fazlası

2-İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- ☐a)İlk 5 dakika içerisinde
- ☐b)6-30 dakika içerisinde
- ☐c)31-60 dakika içerisinde
- ☐d)1 saatten sonra

3-Sigara içmesi yasak olan sinema, otobüs gibi yerlerde bu yasağa uymaya zorlanıyor musunuz?

- ☐a)Evet
- ☐b)Hayır

4-En fazla vazgeçmek itemediğiniz sigara hangisidir?

- ☐a)Sabah içilen ilk sigara
- ☐b)diğerleri

5-Sigarayı günün ilk saatlerinde daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- ☐a)Evet
- ☐b)Hayır

6-Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içer misiniz?

- ☐a)Evet
- ☐b) Hayır

EKIV

BİLGİLENDİRİLMİŞ KATILIMCI ONAY FORMU

Üniversite öğrencilerin sigara içme durumları ve öz-etkililik durumlarını değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı “Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumuna göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgiyi okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni;

Günümüzde toplum sağlığını tehdit eden en büyük tehlikelerden biri sigara alışkanlığıdır. Her yıl 4 milyon kişinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğü bilinmektedir. Son yıllarda kabul gören görüş bağımlılık gelişmesi açısından 15-24 yaşlarının riskli grup olduğudur. Gençlerin sağlığının yükseltilmesi için öncelikle, yaşam tarzının iyileştirilmesine yönelik sağlığı geliştirme programlarının uygulanması ve bunun sonunda gençlerin sigara kullanımı gibi riskli davranışlardan kaçınarak sağlığını koruyucu, yükseltici davranışların uygulanması amaçlanmaktadır. Sigaradan uzak durmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önemli bir sağlık davranıştır. Sağlık davranışının kazanılması ve sürdürülmesinde kişinin öz-etkililiği oldukça etkili bir faktördür. “Kendi kendini etkileme” veya “kendine yarar algısı” olarak da ifade edilen öz_etkililik kavramı; bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti ve olayları kontrol edebilme algısıdır. Bununla birlikte, bireyin genel öz-etkililik-yeterlik algısı duruma özel beklentisine de katkıda bulunur.

Adölesanların sigara içme durumları, sigaraya başlama nedenleri, bağımlılık düzeyleri ve bağımlılık kazanmalarına neden olan bilişsel faktörler incelenerek, bu konuda yapılacak sigara bırakma etkinlikleri için girişimlerin belirlenmesine ışık tutulabilir. Sigara ile savaşta etkili stratejilerin belirlenmesi için öncelikle gençlerin bu maddeye karşı olan tutumlarının ve bilişsel algılama faktörlerinin bilinmesi önem arz etmektedir.

Eğer araştırmayı kabul ederseniz Bingöl Üniversitesi’nde öğretim görevlisi Nur Özlem Kılınç ve ya görevlendirilen başka bir öğretim elemanı tarafından size anketler yapılacaktır. Size öncelikle sigara içme durumlarını etkileyen faktörlerle ilgili sorularında yer aldığı tanımlayıcı özellikte bir anket uygulanacaktır. Ankete katılan öğrenciler sigara içenler ve sigara içmeyenler olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Bu iki gruba; öz_etkililik ilgili sorular sorulacaktır. Sonraki bir zamanda sigara içen öğrenciler bağımlılık düzeyini ve sigara içme tutumlarını ölçen iki ayrı ankete daha tabi tutulacaktır. Bu çalışma esnasında Nur Özlem

Kılınç'la telefonla (0426 213 25 50- 1246) irtibat kurarak bu konuyla ilgili her türlü problem rahatlıkla anlatılabilecektir. Anket yapılarak elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden öğrencilerin eğitiminde ve ya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir ancak başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve aynı zamanda size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın riskleri; Herhangi bir zararlı etki ve riski olmayan bir çalışmadır.

Araştırmanın yararları; Böyle bir çalışmayla, üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarının ve öz-etkililik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda adölesanların sigara içme durumları, sigaraya başlama nedenleri, bağımlılık düzeyleri ve bağımlılık kazanmalarına neden olan bilişsel faktörler incelenerek, bu konuda yapılacak sigara bırakma etkinlikleri için girişimler belirlenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına de sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Bingöl Üniversitesi'nde Nur Özlem Kılınç yürüteceği araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin büyük bir gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi 1 ay önceden bildirmemin uygun olacağımin bilincindeyim). Ayrıca bana herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacak.

İster doğrudan, isterse dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan herhangi bir sorunun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Nur Özlem Kılınç'ı telefonla (0426 213 25 50- 1246) arayabileceğimi biliyorum. (Bingöl Üniversitesi)

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılım konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana ve okuldaki ilişkilerime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamı bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen görevli

Adı-Soyadı, Unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK V



T.C.
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.BNG.0.00.00.00 /1772
Konu:Anket Yapılsı

04/11/2009

Sayın: Öğr. Gör. Nur Özlem KILINÇ

“Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etik ve Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi” konulu tez ile ilgili geliştirdiğiniz anketi Meslek Yüksekokullarımızda yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gıyasettin Baydaş".

Prof. Dr. Gıyasettin BAYDAŞ
Rektör

EK VI

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ELAZIĞ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

Sayı : 00006

05.11.2009

Konu : Yüksek Lisans Tez Önerisi

Sayın Nur Özlem KILINÇ

İlgi : 16.10.2009 tarihli yazınız.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayfer TEZEL yönetimindeki “Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu yüksek lisans tez öneriniz görüşülmüş ve etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR
Etik Kurulu Başkanı

EKİ:

Etik Kurul Kararı 1 (bir) sayfa

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ELAZIĞ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

ETİK KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
04.11.2009	03	03	Nur Özlem KILINÇ

KARAR

“Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

GÖREVİ	ADI SOYADI	BÖLÜMÜ	İMZA
Başkan	Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR	Adli Tıp A.D.	İmza
Başkan Yrd.	Doç. Dr. Engin ŞAHNA	Farmakoloji A.D.	Bulunamadı
Üye	Doç. Dr. Yaşar ŞEN	Çocuk Sağlığı ve Hast. A.D.	İmza
Üye	Doç. Dr. Erol KELEŞ	Kulak Burun Boğaz A.D.	Bulunamadı
Üye	Doç. Dr. Rahşan ÖZEN	Deontoloji	İmza
Üye	Doç. Dr. Ubeyde İPEK	Sağlık Mensubu Olmayan Üye	İmza
Üye	Yrd. Doç. Dr. Refik AYTEN	Genel Cerrahi A.D.	İmza
Üye	Yrd. Doç. Dr. Cemil ÇOLAK	Biyoistatistik	Bulunamadı
Üye	Uz. Dr. Yavuz Selim DEMİR	Mikrobiyoloji	İmza
Üye	Uz. Dr. Seçil DAĞ GÜNEY	Biyokimya	İmza
Üye	Uz. Dr. Özgen ARSLAN SOLMAZ	Patoloji	İmza
Üye	Av. Murat TOKGÖZ	Hukuk	İmza
Üye	Müh. Mustafa YALÇIN	Biyomedikal Alanda Çalışan Müh.	İmza
Üye	Ecz. Ayşe ŞİMŞEKLİ	Eczacı	İmza

10.ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Tunceli'nin Çemişgezek ilçesinde doğdum. İlköğretim ve lise eğitimimi Elazığ'da tamamladım. 1998-2002 yıllarında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde lisans eğitimi aldım. Elazığ Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde iki yıl, Kovancılar Devlet Hastanesi'nde beş yıl hemşire olarak görev yaptım. 2008 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladım. 2009 yılında Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladım. Halen Bingöl Üniversitesi'nde öğretim görevlisi ve Çocuk Gelişimi Program Başkanı olarak çalışmaktayım. Türk Hemşireleri Derneği'ne üyeyim. Yabancı dilim İngilizcedir. Bekârim.