



**SİGARA KULLANAN ADÖLESLANLARDA BİLİŞSEL
DAVRANIŞSAL TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
MADDE KULLANMA EĞİLİMİNE ETKİSİ**

Behiye DİLMEN BAYAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

Doktora Tezi-2023

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SİGARA KULLANAN ADÖLESLANLARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞSAL
TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN MADDE KULLANMA EĞİLİMİNE
ETKİSİ**

Behiye DİLMEN BAYAR

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

**MALATYA
2023**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem.....	4
2.2. Adölesanlarda Sigara Kullanımı	5
2.3. Dünya’da Adölesanlarda Sigara Kullanımı	7
2.4. Türkiye’de Adölesanlarda Sigara Kullanımı	12
2.5. Adölesanlarda Sigara Kullanımı Risk Faktörleri.....	15
2.5.1. Ergenliğin Sosyal ve Gelişimsel Bağlamı	15
2.5.2. Psikiyatrik Faktörler	16
2.5.3. Bilişsel Faktörler.....	16
2.5.4. Cinsiyet Faktörü.....	16
2.5.5. Etnik Faktörler	16
2.5.6. Genetik Faktörler	17
2.6. Gençlerin Sigara İçme Nedenleri.....	17
2.6.1. Ailenin Sosyekonomik, Kültürel ve Davranışsal Etkisi	17
2.6.2. Arkadaş Etkisi.....	18
2.6.3. Sosyodemografik ve Psikososyal Yapı.....	18
2.6.4. Sigara Reklamları	19
2.6.5. Sigaraya Ulaşılabilirlik	19
2.7. Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat ve Tütün Kontrol Programının Geliştirilmesi.....	19
2.8. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	22
2.9. Sigara ve Madde Kullanım Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi.....	25
2.10. Sigara Kullanımının Madde Kullanma Eğilimine Etkisi	27
2.11. Sigara Kullanımını Önlemeye Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	28

3. MATERYAL VE METOD.....	30
3.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Araştırmaya Alınma/Alınmama Kriterleri.....	31
3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri.....	31
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	31
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2).....	33
3.5.2. Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği (MKEÖ) (EK-3)	33
3.6. Verilerin Toplanması	33
3.7. Hemşirelik Girişimi	34
3.7.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği.....	34
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	40
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	67
EK-1. Özgeçmiş.....	67
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	68
EK-3. Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği	69
EK-4. BDT Eğitimi Katılım Belgesi.....	70
EK-5. Olumsuz Duygu Kaydı.....	71
EK-6. Etik Kurul Onayı	72
EK-7. Milli Eğitim Müdürlüğü İzni.....	73
EK-8. Ölçek Kullanım İzni	74
EK-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
EK-10. Veli Onam Formu	76

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında engin bilgilerinden faydalandığım, bana her zaman destek olan ve bu desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım sayın Prof.Dr. Behice ERCİ'ye,

Lisansüstü eğitimim boyunca her konuda danışabildiğim ve fikir aldığım desteğini esirgemeyen, güler yüzlü yaklaşımıyla bizi her zaman motive eden değerli hocam Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar deneyim ve bilgileriyle tezime sunduğu değerli katkılarından dolayı sayın Doç. Dr. Burcu TALU'ya,

Çalışmamı yürüttüğüm liselerin değerli yöneticileri, okul rehberlik birimindeki değerli hocaları ve tezimin en önemli kahramanları öğrencilere,

Doktora eğitimim boyunca verdikleri destek ve katkılarından dolayı eşimin kıymetli ailesine,

Bu uzun eğitim yolculuğumda her zaman arkamda olan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime,

Benimle birlikte sabahın erken saatlerinde bu zorlu yolculukta emek harcayan, yorulan, her daim desteğini yanımda hissettiğim sevgili eşim METİN'e,

Hayatımın en değerli varlıkları olan canım kızım ŞEVVAL'ime ve canım oğlum KEREM'ime

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Behiye DİLMEN BAYAR

ÖZET

Sigara Kullanan Adölesanlarda Bilişsel Davranışsal Terapi Temelli Psikoeğitimin Madde Kullanma Eğilimine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışma modelidir. Araştırmanın örneklemini için yapılan Power analizi ile örneklem büyüklüğü 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.7 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücü ile 110 sigara kullanan adölesan birey (55 kontrol, 55 deney) olarak belirlendi. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu ile Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği (MKEÖ) kullanıldı. Deney grubuna 8 oturumluk bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitim verildi. Kontrol grubuna ise herhangi bir eğitim programı uygulanmadı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda *t* testi uygulanmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki sigara kullanan adölesanlarda madde kullanma eğiliminin olduğu belirlendi. Deney grubundaki bireylerin eğitim öncesi MKEÖ toplam puan ortalaması 19.72 ± 3.79 iken, eğitim sonrası 17.12 ± 4.99 a inerek azaldığı görüldü. Son test madde kullanma eğilimi ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol ve deney grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: BDT temelli psikoeğitimin sigara kullanan adölesanlarda madde kullanma eğilimini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, bilişsel davranışçı terapi, madde kullanma eğilimi, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim.

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Substance Abuse Proclivity in Adolescent Smokers

Aim: This study was carried out to determine the effect of cognitive behavioral therapy (CBT)-based psychoeducation on substance use tendency in adolescents who smoke.

Material and method: The research is an experimental study model with pretest-posttest control group. With the Power analysis for the sample of the study, the sample size was determined as 110 smokers (55 control, 55 experiment) with 0.05 error and 0.95 confidence interval, 0.7 effect size, 0.95 universe representation power. The Descriptive Characteristics Form and the Substance Abuse Proclivity Scale (SAP) were used to collect the data. The experimental group received 8 sessions of cognitive behavioral therapy-based psychoeducation. No training program was applied to the control group. Number, percentile, mean, standard deviation, chi-square, dependent and independent groups t-test was used to evaluate the data.

Results: It was determined that the adolescents in the experimental and control groups who smoked had a tendency to use substances. While the mean SAP total score of the individuals in the experimental group was 19.72 ± 3.79 before the training, it decreased to 17.12 ± 4.99 after the training. It was determined that the difference between the control and experimental groups in the post-test substance use tendency scale total score averages was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: CBT-based psychoeducation has been found to be effective in reducing the tendency to substance use in adolescents who smoke.

Keywords: Adolescents, cognitive behavioral therapy-based psychoeducation, substance abuse proclivity, psychiatric nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADDT	: Akılcı Duygusal Davranış Terapisi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BT	: Bilişsel Terapi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESPAD	: Alkol ve Diğer Uyuşturuculara İlişkin Avrupa Okul Anketi Projesi
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması
MKEÖ	: Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MPOWER	: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise
SAP	: Substance Abuse Proclivity Scale
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. 2000-2025 yılları arasında erkekler arasında tütün kullanımının yaş gruplarındaki küresel eğilimler	7
Şekil 2.2. 2000-2025 yılları arasında kadınlarda tütün kullanımının yaş gruplarındaki küresel eğilimleri	8
Şekil 2.3. DSÖ bölgelerine göre 13-15 yaş arası adölesanlarda sigara kullanımının yaygınlığı.....	10
Şekil 2.4. Ülke gelir gruplarına göre 13-15 yaş arası ergenlerde sigara içmenin ortalama yaygınlığı.....	11
Şekil 2.5. Türkiye’de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım durumu (%) KGTA 2009-2017.....	13
Şekil 3.1. Araştırma konsort akış şeması.....	32

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Bazı Temel İnançlar	25
Tablo 3.1. BDT temelli psikoeğitim planı	37
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması...	38
Tablo 3.3. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler	40
Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	41
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ön test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin son test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması	44

1. GİRİŞ

Dünyadaki en büyük halk sağlığı sorunlarından biri tütün kullanımıdır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan bireylerde ve genellikle de kadınlar arasında tütün kullanımı ilerleyerek artarken, gelişmiş ülkelerde giderek azalmaktadır. Tütün kullanan kişi sayısının 2025 yılında 1.6 milyar kişiye yükseleceği düşünülmektedir (1). Sigara içen kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%84'ü) gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtilmiştir. Sigara kullanımının sonucu olarak her sene 5 milyon kişinin öldüğü, bu rakamın 2030 yılında ikiye katlanarak yükseleceği dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından tahmin edilmektedir (1,2).

Türkiye'de tütün üretiminin yüksek olmasıyla paralel bir şekilde, tütün kullanımı da yüksektir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KGTA) 2016 istatistiklerine göre; Türkiye'de hala herhangi bir tütün ürünü kullanan kişi sayısının 19.2 milyon kişi olduğu (%31.6), tütün kullanım sıklığının erkeklerde (%44.1), kadınlara göre (%19.2) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. 18 yaş ve daha küçük yaştaki kişilerin tütün kullanmaya başlama oranının %57.5 ve sigaraya başlama yaşı ortalamasının 17 olduğu, 15-34 yaş grubunda tütün kullananların %15'inin ise her gün tütün ürünü kullanmaya 15 yaş altında başladığı belirtilmiştir (3). Son yıllarda ergenlerde riskli sağlık davranışları sıklığı ile ilgili verilere bakıldığında sigara kullanımı, dünyada ve özellikle bazı ülkelerde ergenler arasında ciddi bir sorun haline gelmektedir (4,5). Dünya çapında ise 13-15 yaş arası 38 milyon çocuğun sigara içtiği tahmin edilmektedir (6). Tütün kullanımına ergenlik döneminde başlamak, nikotin bağımlılığı riskini artırmakta ve bu bireyler yetişkinlikte de kullanmaya devam etmektedir (7).

Türkiye'de ki 13-15 yaş arası öğrenciler arasında halen bir tütün ürünü içen kişilerin ortalaması % 17.9'u'dur. Halen tütün ürünü içtiğini belirten erkek öğrencilerin oranı % 23.2 iken kız öğrencilerde bu oran % 12.1'dir. Erkek öğrencilerden halen sigara içtiğini belirtenlerin oranı % 9.9 kızların oranı ise % 5.3'tür Öğrenciler arasında sigara içmeye devam ettiğini belirtenlerin ortalaması ise % 7.7'dir (8). Kişisel ve çevresel etkiler, sosyodemografik faktörler gibi pek çok durum ergenlerde sigara içmeyi etkileyen nedenler arasında sayılmaktadır (9). Sosyal öğrenme doğrudan okul çağındaki çocuklarda sigaraya başlama olasılığını tetikleyebilmektedir. Özellikle aile bireylerinden herhangi birinin sigara kullanıyor olması (anne-baba ya da kardeş), arkadaş baskısı, okuldaki öğretmenlerinin, beğeniyle takip ettikleri sanatçı veya ünlü kişiler gibi sevdikleri ve rol

model aldıkları bireylerin sigara kullanıyor olması, öğrencilerin sigaraya kullanımına başlamasında etkileyici bir rol oynamaktadır (10,11). Ergenlik boyunca sürekli sigara içen gençler, esrar ve diğer uyuşturucu kötüye kullanımı veya bağımlılığı açısından önemli ölçüde daha büyük risk altında bulunmaktadır (12).

Ergenlerin yasal ve yasadışı maddelere katılımı üzerine yapılan araştırmalarda, sigara ve alkolün ergenler tarafından kullanılan geçiş maddesi olduğunu ve madde katılımının ilerlemesi ile kullanımlarının artma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (13). Tutarlı bir şekilde sigara ve içki içtiğini bildiren ergenlerin sapkın davranış ve şiddet oranlarının daha yüksek olduğu ve 20'li yaşlarında yasal ve madde kullanım sorunları yaşama olasılıkları, sürekli içen ancak düzenli olarak sigara içmeyenlere göre daha fazla olmaktadır (14). Sağlığın olumlu yönde etkilenmesi için özellikle ergen yaş grubunda en iyi ortamı okullar oluşturmaktadır. Okullarda uygulanan sigaranın zararları ve olumsuz etkilerinin vurgulandığı eğitim programlarının sigara kullanımının önüne geçilmesinde etkili olduğu gösterilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Tedavi Merkezi (U.S. Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından sigara kullanımını önlemeye yönelik eğitim programı uygulanmıştır. Bu eğitim programının uygulandığı okullarda sigara içen öğrencilerin oranının, eğitim programı uygulanmayan diğer okullara göre % 20 daha az olduğu bildirilmektedir (15,16).

Genel olarak yapılan çalışmaların sigara kullanımının önlenmesi, azaltılması ve bırakılmasına yönelik olduğu görülmektedir. Sigarayı azaltma, bırakma ve kullanımının önlenmesine yönelik farmakoterapi (FT), bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve FT'ye ek olarak psikodrama (17), motivasyonel görüşme ve motivasyonel teknikler (18,19), tütün kontrolüne yönelik telefon ve internet temelli müdahaleler (20,21), okul temelli müdahaleler ile (22,23), toplum temelli müdahaleler (24) gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Çoğu davranışçı müdahalenin içeriği, bir beceri eğitimi yaklaşımını temel alan, sosyal öğrenme kuramından ve bağımlılığın diğer bilişsel/davranışsal modellerinden türetilen bir yaklaşımdır (25). Temelinde duygu, düşünce ve davranışlar olan bilişsel davranışçı terapinin (BDT) bu üç faktörün kendi aralarındaki etkileşim üzerinden işlediği görülmektedir. Yani kişinin davranışından duygu ve düşünceleri etkilenmekte ya da kişinin duyguları ve düşünceleri nasıl davranacağını etkilemektedir (26). Sigarayı bıraktırma programlarında uygulanan BDT temelli eğitimlerin sigara kullanımını azaltma veya bırakma konusunda etkili olduğu çalışmalarda da belirtilmektedir (27). Yapılan BDT temelli psikoeğitim çalışmalarının çoğu sigarayı bıraktırma tedavisinde kullanılmıştır (28,29).

Bu araştırmanın özgün değeri sigara kullanan adölesanlarda BDT temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini değerlendiren ilk çalışma olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmada adölesanların BDT temelli psikoeğitim sonucunda sigara kullanımlarının azaltılması, madde kullanma eğilimini azaltması, sağlığa zararlı davranışların farkındalıklarının artırılmasına yönelik yol göstermesi beklenmektedir. Ayrıca geleceğin yetişkin bireyleri olacak olan adölesanların fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlıklarını etkileyen sigara kullanımı ve madde kullanma eğilimlerini azaltması yönünde olumlu etki göstererek daha sağlıklı genç nesiller yetişmesine katkıda bulunacaktır. Ergenlerde yaygın olan bu sağlıksız davranışların toplumda yarattığı ekonomik, sosyal bir takım kayıpların da önüne geçebilecektir. Ayrıca psikiyatri hemşireleri, okul sağlığı hemşireleri/okul rehberlik birimleri işbirliği ile ergen sağlığını korumaya yönelik bir takım eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını teşvik edebilir.

Bu araştırma; sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın hipotezi ise, sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi temelli verilen psikoeğitim madde kullanma eğilimini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçiş, insan yaşamında biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak hızlı gelişmelerin olduğu bir dönemdir (30). Ergenlik dönemi önemli gelişimsel dönemlerden biridir. Çocuklukla yetişkinlik arasında bir köprü, bütün çocukluk yaşantılarının tekrar gözden geçirilerek kişiye yaşam boyu yön verecek ve bütüncül duygusunun oluşturulduğu, kişilik gelişiminde bir dönüm noktası olan önemli bir dönem olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerin ciddi bir halk sağlığı problemi olan ergenlerdeki olumsuz sağlık davranışları ciddi sorunlara neden olmaktadır (31). Ergenlikte hızlı değişimlerin olması ve yaşamın diğer dönemlerine de tesir edebilecek gelişmeleri devamında getirmesi açısından bireyin yaşamındaki en ehemmiyetli zor dönemlerinden biridir. Riskli davranışların sıklıkla görüldüğü bu dönem, bireysel ve toplum sağlığını etkilemesi açısından ayrı bir öneme sahiptir (32).

Dünya nüfusunun yaklaşık olarak 1.8 milyar kişinin adölesan dönemde olduğu belirtilmektedir (33). Bu bireylerin çoğu sağlıklı olmakla beraber, kayda değer bir bölümünün problemler yaşadığı, ciddi ve hatta ölümcül hastalıklar geçirdiği tespit edilmiştir (34,35). Çocukluktan ergenliğe geçiş sürecinde ergenlerin anne babadan ayrı bağımsızlığını kazanmasında, kimlik gelişiminde, olgunlaşmasında, çevresi tarafından kabulünde, bazı riskli davranışlar rol oynamaktadır (36).

0-18 yaş aralığında olan kişiler çocuk hakları evrensel bildirgesi kuralına göre çocuk sayılmakta ve bu dönemde görülen problemli davranışların, oluşan tersliklerin ya da karşılaşılan travmaların, çocuk-ergende bazı ruhsal sıkıntıların oluşmasında payı bulunmaktadır. Çocuk ve ergenlerin bu dönem boyunca sakıncalı tutum ve davranışlar sergilemesi var olan sağlık durumlarının kötü bir şekilde etkilenmesine sebep olmaktadır (37,38).

Risk alma eğilimi bu dönemin en önemli özelliklerinden biridir. Araştırmalar sigarayı deneyen gençlerin dörtte üçünün sigaraya bağımlılığının oluştuğunu ve bu şekilde yaşamını sürdürecektik düzeye geldiğini bildirmektedir. Ayrıca sigara kullanan ergenlerde; alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi diğer bağımlılık yapıcı madde kullanım sıklığı daha fazladır (39,40). Adölesanlarda bu dönemde en sık ve yoğun şekilde yaşanan fiziksel ve ruhsal sorunlar; üreme sağlığı sorunları, erken gebelik ve doğum, psikolojik

sorunlar, alkol, sigara, uyuşturucu gibi madde kullanımı, bulaşıcı hastalıklar, riskli cinsel davranış, kazalar, yanlış beslenme alışkanlığı, obezite, cinsel istismar ve şiddet davranışı olarak belirlenmiştir (35).

2.2. Adölesanlarda Sigara Kullanımı

Sigara kullanma yaşının giderek aşağılara düşmesi ve ergenler arasında sigara kullanımının giderek yaygınlaşarak artması, bu sorunu ciddi bir toplumsal problem olarak ortaya çıkarmaktadır. 13-15 yaşları arasındaki en az 38 milyon ergenin, 25 milyon erkek ve 13 milyon kız olmak üzere bir tür tütün kullanıcısı olduğunu göstermektedir. 13-15 yaş ergen grubunda en fazla sayıda tütün kullanıcısına sahip yer Güneydoğu Asya Bölgesi olarak belirlenmiştir (10 milyon veya küresel toplamın % 27'si). 18 milyondan fazla ergenin tütün kullanıcısı veya küresel sayının %48'inin düşük orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir (2). Yetişkinlikte sigara içiciliğinin en güçlü belirleyicisi sigarayı erken yaşlarda denemeye başlamaktır (41,42). Öğrencilerin sigara ile ilk karşılaşmaları ve sigarayı ilk kez kullanma tecrübeleri bu açıdan önemlidir. Örneğin Türkiye'de ergenlerin 11 ya da daha küçük yaşlarda sigarayla ilk kez tanışma oranı %50.9, 12 yaşında tanışanların oranı ise %13.6'dır (43). Batılı ülkelerdeki akranlarına göre ülkemizdeki kız öğrencilerin sigara içme oranlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (44). Ülkeler arasındaki kültürel yapıdaki farklılıkların genç kızların sigara kullanımına başlama konusunda daha dirençli oldukları söylenebilmektedir. Ülkemizde kadınlarda sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe sigara içme oranlarının da arttığı bilinmektedir (45). Türkiye'de yapılan bir çalışmada merak ve özentinin öğrencilerin sigara içme nedenlerinin başında geldiği belirtilmiştir (46).

Sigarayı bırakmanın sağlık üzerindeki potansiyel etkisini daha iyi anlama umuduyla sigara içme durumu ile madde bağımlılığı tedavisi sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada 12 aylık tedavi/takip döneminde tütün kullanımına başlayan ergenlerin alkol, marihuana ve diğer uyuşturuculara nüks etme olasılığının en yüksek olduğu belirtilmiştir. Sigara içenlerin, alkol ve esrar kullanımı için daha büyük risk altında olduğu belirtilmiştir. Hem sigara içmeyenlerin hem de bırakanların alkol ve marihuanaya tekrar başlama olasılığı daha düşük belirlenmiştir. Bu bulgular sigara içmenin tedavi sırasında veya sonrasında sigaraya devam edilmesi veya başlanmasının nüksetme riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (47).

Daha yüksek öz-yeterlik puanlarının, sigarayı bırakmada daha yüksek başarı olasılıkları ile ilişkili olduğunu ve birisi sigaraya ne kadar erken başlarsa, başarılı bir

şekilde bırakmanın o kadar zor olduğunu göstermiştir (48). Bir çocuk evde ebeveynlerinin sigarasına ne kadar çok maruz kalırsa veya ne kadar yüksek akademik stres yaşarsa, sigarayı bırakmada başarılı olması o kadar zor olmaktadır (48-50).

Tütün ve tütün ürünleri kullanmaya başlayan gençlerin birçoğu sigaranın eroin, kokain veya alkol kadar bağımlılık yapıcı özelliği olduğunu bilmemekte ve sigara ile ilgili sahip oldukları bilgilerinin çoğunlukla “sigara sağlığa zararlıdır” ifadesinden daha ileriye geçememekte olduğu görülmektedir (51). Daha bağımsız kendine özgü bir tarz ve görüntü oluşturmayı arzulayan gençler sigarayı; bağımsız olmanın ve kişiliklerinin bir sembolü olarak kullanmaktadır. Adölesan dönemde önceleri özentî, gösteriş, taklit, büyüme veya bağımsızlık kavramları olarak algılanan sigara kullanımı, kısa zaman içerisinde kişilerin bağımlı olmalarına yol açmaktadır (45,52). Yirmi yılı kapsayan bir dizi çalışmada, Kandel ve meslektaşları, ergenlik döneminde, alkol veya sigara kullanımının esrar kullanımından, diğer yasa dışı uyuşturucu kullanımından önce geldiği şekilde, sıralı bir madde kullanımı modeli göstermiştir (53,54).

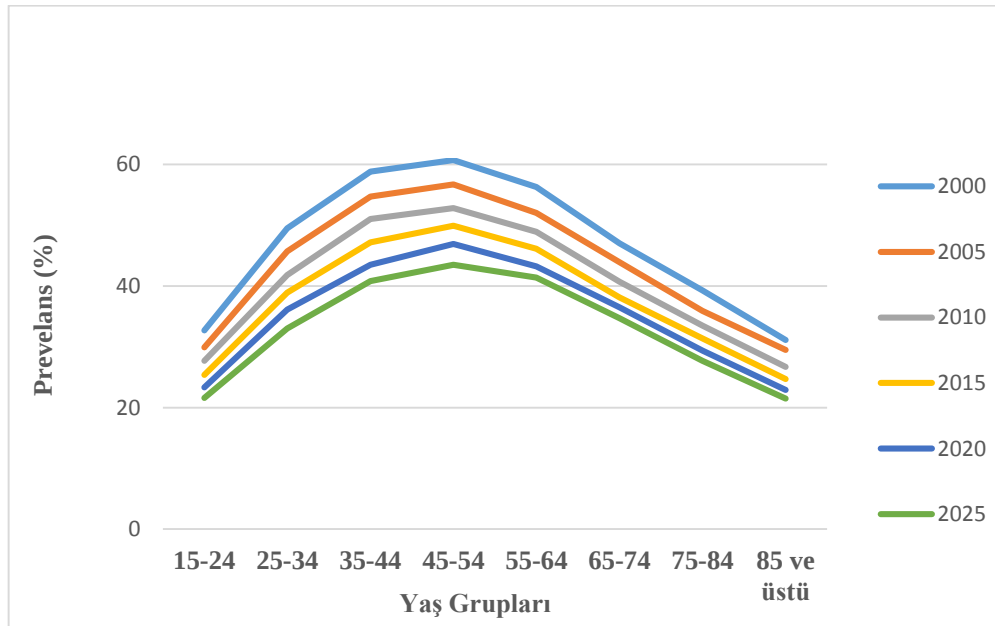
1995 Ulusal Uyuşturucu Suistimali Araştırması'ndan elde edilen veriler, sigara içen ergenlerin, ağır alkol kullanım oranı (son bir ay içinde beş ve daha fazla günde beş ve daha fazla içki) %12.6 ve mevcut yasa dışı madde kullanım oranı %13.6 olduğu ifade edilmektedir. Sigara içmeyenlerin ise yalnızca %2.7'si ağır içici ve %3.0'ının yasadışı uyuşturucu kullanıcısı olduğu belirtilmiştir (55). Benzer şekilde, ergenlerin çoklu madde kullanımına ilişkin geniş ölçekli bir boylamsal çalışmada, ağır alkol ve sigara kullanımının en sık olarak yasa dışı maddelerle birlikte meydana geldiği bulunmuştur (56). Sigara ve alkol tüketim sıklığının artması, yasa dışı uyuşturucu kullanımının güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, sigara kullanımının artan alkol ve diğer uyuşturucu kullanımıyla örtüşmesi göz önüne alındığında, madde bağımlısı gençler arasında sigara içmenin yaygın olması şaşırtıcı olmamaktadır (57).

Sigara kullanımının diğer suistimal edilen maddelerle ilişkisi, özellikle ergen alkol ve diğer uyuşturucu bağımlılarının klinik örneklerinde göze çarpmaktadır. Örneğin, madde bağımlılığı tedavisi gören ergenler arasında sigara içilmesiyle ilgili bir çalışmada, yaşları 14 ile 19 arasında değişen 132 ergen denekten 113'ünün (%86) mevcut sigara içtiği, %75'inin günlük sigara içtiği ve %75'inin sigara içtiği, %65'inin ise günde 10 veya daha fazla sigara içtiği belirtilmiştir (58)

2.3. Dünya’da Adölesanlarda Sigara Kullanımı

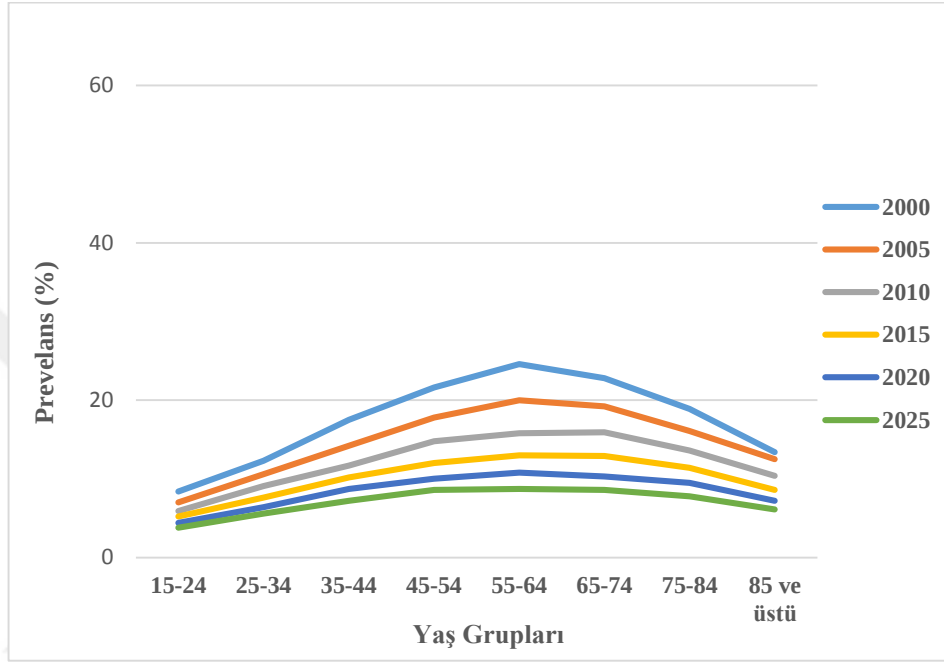
DSÖ raporunda 2000 yılında, herhangi bir tütün türünü kullanan erkeklerin oranının, kadınların oranının üç katı olduğu belirtilmiştir. 2020'ye kadar erkeklerin oranı, kadınların oranının dört katından fazla olduğu belirlenmiştir. 2025'e kadar erkeklerin oranının, kadınların oranının beş katı olacağı tahmin edilmektedir (2). Yaşa göre standardize edilmiş tütün kullanım yaygınlık oranları, tüm DSÖ bölgelerinde ortalama olarak düşmektedir. En hızlı düşüş, ortalama %33'lük bir nispi azalmanın olduğu Amerika Bölgesi'ndedir. 2010 yılında %21 olan tütün kullanım oranının, 2025'te %14 olacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Bölgesi'nde ise görece yavaş bir düşüş oranı görülmektedir. Şu anda 2010 ile 2025 arasında %19'luk bir azalmaya doğru ilerlediği belirtilmiştir. Doğu Akdeniz Bölgesi'nde şu anda %22'lik bir azalma öngörülerek 2025'e kadar %24'lük küresel ortalama azalma oranından daha yavaş bir seyir izlenmektedir. Tüm DSÖ bölgeleri arasında en yavaş düşüş, aynı dönemde ortalama %8'lik bir azalmanın beklendiği Batı Pasifik Bölgesi'nde meydana gelmektedir (2).

Lübnan'da 9. sınıf öğrencileri arasında yapılan bir araştırma sigaraya başlama yaş ortalamasının 13 olduğunu göstermiştir. Sigara kullanan bazı çocukların 6 yaş gibi çok küçük bir yaşta olduğu, erkek çocukların kızlardan daha sık sigara içtiği belirtilmiştir. (hayatları boyunca dokuz defadan fazla). Sigara içme prevalansının yaşla birlikte hızlı bir şekilde arttığı, 14 yaşında %2.7'den 16 yaş ve üzerindeki gençlerde %17.4'e kadar yükseldiği belirtilmiştir (59).



Şekil 2.1. 2000-2025 yılları arasında erkekler arasında tütün kullanımının yaş gruplarındaki küresel eğilimler

2000-2020 yılları arasında her yaş grubunda hem erkek hem de kadınlar için tütün kullanımında istikrarlı bir düşüş olmuştur. Yaşa özel oranların hem erkekler hem de kadınlar için 2025'e kadar düşüş göstereceği beklenmektedir. Yaş gruplarına bakıldığında erkekler için 45-54 yaş grubunda, kadınlar için ise 55-64 yaş grubunda zirve yapmaktadır. Her yaş grubundaki mutlak yaygınlık seviyeleri, erkekler için kadınlara göre sürekli olarak daha yüksek görülmektedir (2). (Şekil 2.1)



Şekil 2.2. 2000-2025 yılları arasında kadınlarda tütün kullanımının yaş gruplarındaki küresel eğilimleri

Küresel olarak, 15-24 yaş arası gençler arasında ortalama tütün kullanım oranı 2000'de %20.8'den 2020'de %14.2'ye düşmüştür. 2025'te oranın %13.0 olacağı tahmin edilmektedir. 15-24 yaş grubundaki erkekler arasında 2000 yılında %32.7 olan tütün kullanımı 2020 yılında %23.3'e gerilemiştir. 2025 yılında bu oranın %21.6 olacağı öngörülmektedir. 15-24 yaş grubundaki kadınlar arasında 2000 yılındaki %8.4 olan oran 2020 yılına kadar %4.4'e düşmüştür ve 2025 yılına kadar %3.8'e düşmeye devam etmesi beklenmektedir.(Şekil 2.2)

35 Avrupa ülkesinin dahil olduğu Alkol ve Diğer Uyuşturuculara İlişkin Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) raporunda; 15 yaşındaki öğrencilerin yarısından fazlası en az bir kez sigara içmeyi denemiştir. En yüksek yaygınlık oranları sırasıyla Çek Cumhuriyeti'nde %66, ardından Litvanya' da %65, Hırvatistan ve Slovakya'da (her biri %62) bulunmuştur. En düşük oranlar İzlanda (%16), Norveç (%28) ve Malta'da (%29) bulunmuştur. (60). 15-19 yaşları arasındaki Kanadalı gençlerden oluşan ulusal temsili bir

örnekleminden elde edilen veriler, %16.4'ünün bir bütün sigarayı içtiğini bildirdiğini göstermektedir (61). Amerika Birleşik Devletleri'nde lise öğrencilerinin %27'den fazlasının şuan tütün kullanıcısı olduğunu bildirmektedir. Elektronik sigaralar (e-sigaralar) en yüksek oranlara (%20.8) ulaşırken, sigara (%8.1), puro (%7.6), dumansız tütün (%5.9) ve nargile (%4.1) gibi yanıcı ürünlerin mevcut kullanımı bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (62).

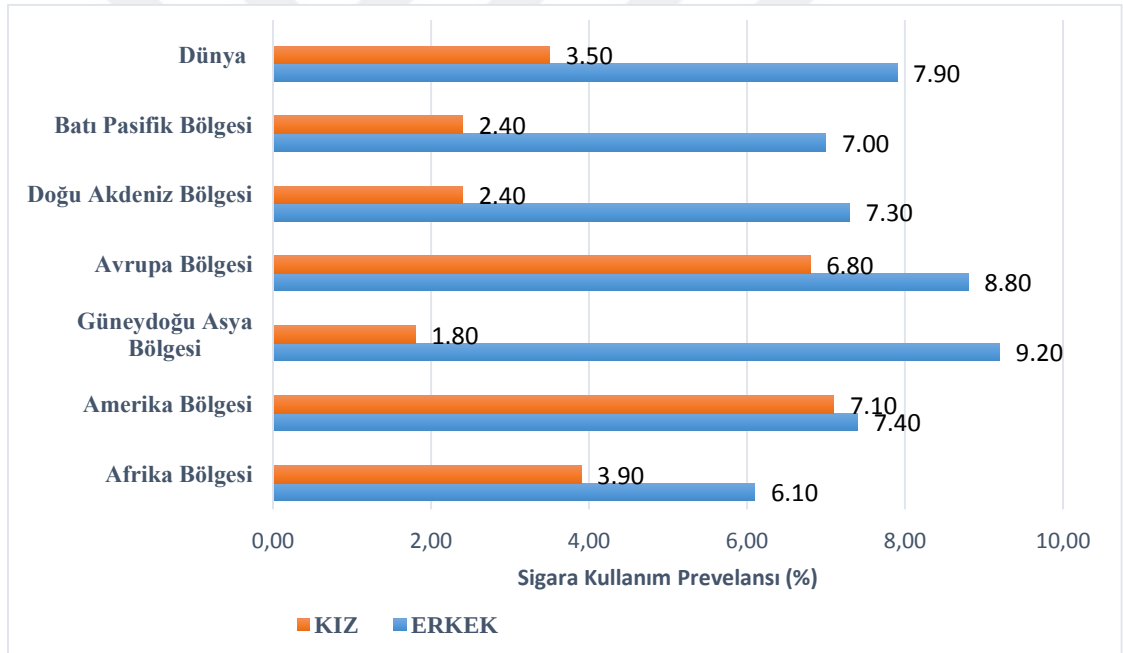
2000 yılında, 15 yaş ve üzerindeki erkeklerin yaklaşık yarısının (%49.3) şu anda bir tür tütün kullanıcısı olduğu belirtilmiştir. 2020 yılına gelindiğinde, tütün kullanan erkeklerin oranı %36.7'ye düşmüştür. 2025 yılına kadar bu oranın %34.3'e gerilemesi beklenmektedir. 2000 yılında, 15 yaş ve üzerindeki her altı kadından birinin (%16.2) şu anda bir tür tütün kullanıcısı olduğu belirtilmektedir. 2020 yılına gelindiğinde, tütün kullanan kadınların oranı 13'te 1'e (%7.8) düşmüştür. 2025 yılına kadar oranın %6.6'ya düşmesi beklenmektedir (2).

ABD'de yapılan bir çalışma lise öğrencilerinin %31.2'sinin (4.7 milyon) mevcut herhangi bir tütün ürünü kullandığını belirtmiştir. Bu mevcut tütün ürünü kullanıcılarının %38.5'i herhangi bir tütün ürünü kullandığını ve %34.6'sı mevcut durumda iki veya daha fazla tütün ürünü kullandığını bildirmiştir. Lise öğrencileri arasında en yaygın kullanılan tütün ürünü %27.5 ile e-sigara olurken, bunu %7.6 ile puro, %5.8 ile sigara, %4.8 ile dumansız tütün, %3.4 nargile ve %1.1 ile pipo tütünü izlemektedir. Ortaokul öğrencilerinin %12.5'i (1.5 milyon) mevcut herhangi bir tütün ürünü kullandığını bildirmiştir. Bu mevcut tütün ürünü kullanıcılarının %38.4'ü herhangi bir tütün ürünü kullandığını ve %32.0'si iki veya daha fazla tütün ürünü kullandığını bildirmiştir. Ortaokul öğrencileri arasında en yaygın kullanılan tütün ürünü %10.5 oranı ile e-sigara olurken, bunu sigara ve puro %2.3, dumansız tütün %1.8 ve nargile %1.6 olarak izlemektedir (63).

Dünya genelinde ortalama olarak 13-15 yaş arası ergenlerin yaklaşık %2.6'sı mevcut erkeklerin %3.2'si ve kızların ise %1.9'u dumansız tütün ürünlerini kullandığını bildirmektedir. DSÖ dünya ülkelerini Afrika Bölgesi, Amerika Bölgesi, Güneydoğu Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi, Batı Pasifik Bölgesi olmak üzere 6 bölge şeklinde tanımlamıştır. Türkiye bu bölgeler arasında Norveç, İsveç, Avusturya, Ukrayna, Azerbaycan gibi Avrupa Bölgesi'nde yer almaktadır. Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde 13-15 yaş arasındaki ergenlerin %3.9 ile en yüksek dumansız tütün kullanım oranlarına sahip olduğu belirtilmektedir (2). Her iki bölgede

(Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya) erkeklerin %4.7'si, Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki kızların %3.1'i ve Güneydoğu Asya Bölgesi'nde kızların %2.9'u.

13-15 yaş arası erkek çocuklar arasında ortalama tütün kullanım oranının en yüksek olduğu, yaklaşık %16'sının tütün kullandığı Doğu Akdeniz Bölgesi'dir. Diğer beş bölgenin oranları %12 ile %14 arasında değişmektedir. Kızlarda ise %11-12 civarında en yüksek ortalama oranlarına sahip Amerika ve Avrupa Bölgesi'dir. Kızlarda ise ortalama %3'lük bir oranla en düşük Batı Pasifik Bölgesi olduğu belirtilmiştir. Erkek ve kız çocuklarının tütün kullanım oranları arasında en az farklılığın olduğu Amerika (kızlar %11 ve erkekler %12) ve Avrupa Bölgesi (kızlar %12 ve erkekler %14) olduğu görülmektedir (2). 2016 yılında yapılan ulusal bir araştırma, 14 ila 18 yaşları arasındaki İspanyol lise öğrencileri arasında tütünün en yaygın ikinci uyuşturucu olduğunu ortaya koymuştur. Üçte birinden fazlası (%38.5) yaşamları boyunca, %27.3'ü son 30 gün içinde ve %8.8'i günlük tütün kullandığını bildirmiştir.

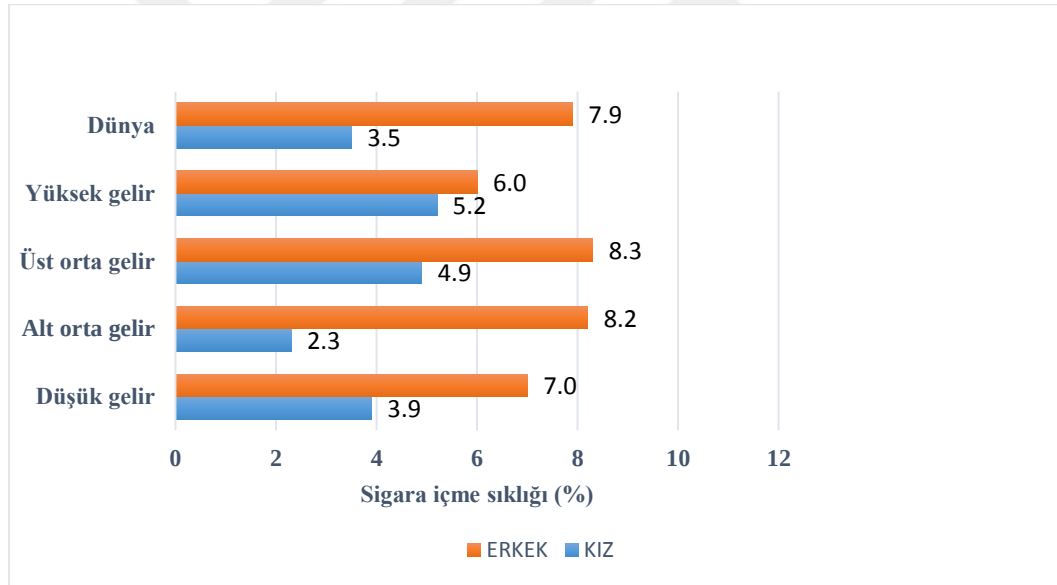


Şekil 2.3. DSÖ bölgelerine göre 13-15 yaş arası adölesanlarda sigara kullanımının yaygınlığı

Yaklaşık yarısı (%47.8) evde her gün sigara içen bir kişiyle yaşadığını ve %91.8'i her gün bir paket sigara içmenin sağlık sorunlarına neden olabileceğine inandığını belirtmiştir. Sigara içtiğini bildiren öğrencilerin %60.4'ü ebeveynlerinin izin verdiğini söylemiştir. Ayrıca, sigara içtiğini bildiren öğrencilerin %64.9'u arkadaşlarının tamamının veya neredeyse tamamının sigara içtiğini söylerken, sigara içmeyenlerde bu oran %35.1 olarak belirtilmiştir (64).

Küresel olarak 13-15 yaş arası ergenlerin ortalama %6'sı sigara içtiğini bildirmektedir (erkek çocukların %8'i ve kızların %3'ü). Erkeklerde en yüksek sigara kullanımı %9' un üzerinde bir oranla Güney-Doğu Asya Bölgesi'nde bulunmaktadır. Bunu %9'un biraz altında Avrupa Bölgesi takip etmektedir. Diğer dört DSÖ bölgesinde erkekler arasında ortalama oran %7 civarında belirtilmiştir. 13-15 yaşındaki kızlar arasında, Amerika Bölgesi ve Avrupa Bölgesi, yaklaşık %7 ile en yüksek ortalama sigara içme oranını paylaşmaktadır (2). (Şekil 2.3)

Avrupa'da 15 yaşındaki 172 636 kişinin orta ila yüksek düzeyde nikotine bağımlı olduğu tahmin edilmektedir (15 yaşındakilerin %3.2'si; her gün sigara içenlerin %35.3'ü). Toplam popülasyonda, erkeklerde, akademik başarısı düşük ergenlerde ve sigara içen ebeveynleri veya arkadaşları olanlarda nikotin bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Günlük sigara içenler arasında, yalnızca daha düşük akademik başarı ve sigaraya başlama yaşının daha genç olması nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (65).



Şekil 2.4. Ülke gelir gruplarına göre 13-15 yaş arası ergenlerde sigara içmenin ortalama yaygınlığı

Gelir grupları düzeyine göre dünya bankası ülkeleri; yüksek gelir seviyesindekiler, üst orta gelire sahip olanlar, alt orta gelirdekiler ve düşük gelirli olanlar olmak üzere sınıflandırılmıştır. Türkiye üst orta gelir sınıfında yer almaktadır. Dünya Bankası ülke gelir grupları genelinde 13-15 yaşındaki ergenler arasında ortalama sigara içme oranlarında çok az fark olduğu söylenmektedir. Oranlar %5 ile %7 arasında değişmektedir. Yüksek gelirli ülkeler, erkekler arasında tüm gelir grupları içinde sigara içme konusunda en düşük ortalama oranına sahipken, kızlar da en yüksek ortalama

oranına sahip olmaktadır. Düşük-orta gelirli ülkelerde erkek ve kız çocuklarının sigara içme oranları arasındaki farkın en yüksek olduğu söylenebilmektedir (2). (erkeklerin %8'i, kızların sadece %2'si sigara içtiğini bildirmiştir).(Şekil 2.4)

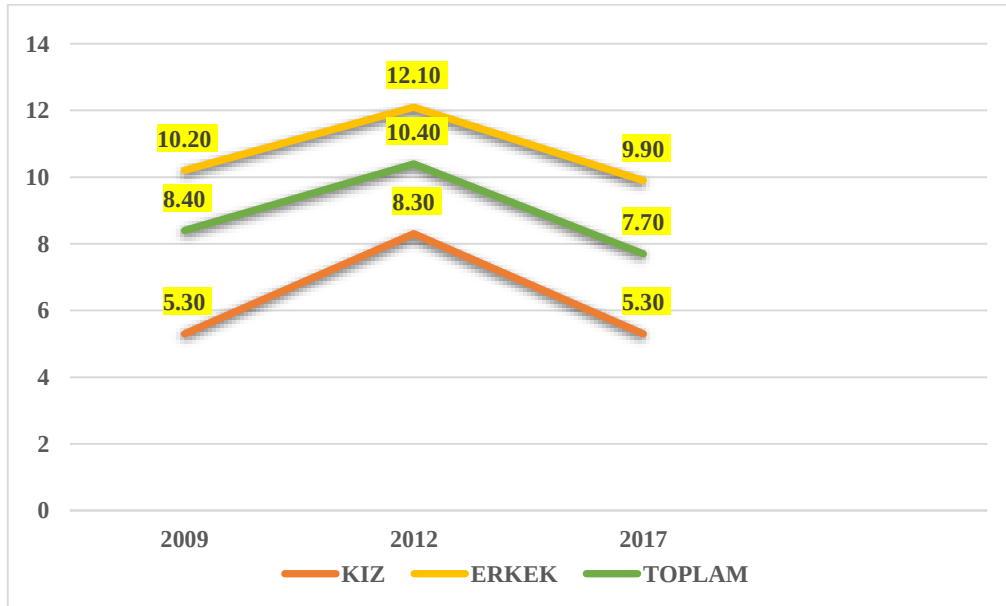
2.4. Türkiye’de Adölesanlarda Sigara Kullanımı

Hemcinsleriyle yakın olma, aynı gruplara dahil olma ve benzer özellikler oluşturmaya çalışmak, akranlarla etkileşim kurma, gençliğin erken ve orta ergenlik döneminde gözlemlenen davranışlardır. Dış görünüşüne önem verme, arkadaşlarını önemseme, bir grubun içinde yer alma, hal ve hareketlerini dahil olduğu gruba göre şekillendirme genç için çok değerlidir. Arkadaşlarının onu beğenmesi, onlar arasında lider olma isteği güçlüdür. Bundan dolayı arkadaşlarından etkilenmeye çok açık olan bir dönemdir. Dahil olduğu arkadaş grubunda ya da çok yakın ve samimi olduğu arkadaşları arasında sigara kullananların olması, gencin sigara ile tanışmasına sebep olmaktadır. Arkadaş etkisi ergenlerin sigaraya başlamasında önemli bir etken olabilmektedir. Samimi ve sık görüştüğü arkadaşların sigara ikramı, bu konudaki ısrarcı tavırları ve baskı oluşturmaları sigara kullanımına başlamak için çok ciddi bir faktördür ve ergenlerin sigara kullanımına başlama ihtimalini oran olarak 3-4 kat arttırabilmektedir. Gençlere göre sigara kullanmak sosyal ortam oluşturma ve yalnız kalmaktan kurtulmanın bir çözümü gibi algılanabilmektedir. Arkadaşlar ve gruplar arasında kendine yer edinme arzusu da sigaraya başlama hususunda ehemmiyeti olan bir faktördür. Bu bağlamda ailesinden yeterli desteği alamaması, anne, baba ve kardeşleri ile yeterli iletişim içinde olamama veya aile ile ilişkisinin iyi olmaması sigara kullanımını arttırmaktadır. Benzer şekilde ergenler genellikle sigarayı eğlence aracı, sıkıntılardan kurtulma ve stres atmak için etkili bir yöntem olarak görmektedir (66).

Türkiye’de gençler sigara kullanıyor olmayı sosyal olarak kabul görmenin bir yolu olarak algılamakta ve bu kullanımın yaygınlığı % 21 ile % 48 arasında değişmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün yaptığı ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması’nın (KGTA) Türkiye bölümü çerçevesinde, ilköğretim öğrencilerinden 7-8. sınıflarda ve lisede okuyan 1. sınıf öğrencilerini kapsayan toplamda 15957 genç ile 2003 yılında bir görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; halen sigara kullanmaya devam etme oranı kızlarda %5.0 ve erkeklerde %11.9 ortalama ise %9.1’dir. Sigara kullanmayı denemiş olan kızların oranı %21.5, erkeklerin oranı %34.9 ve öğrencilerin ortalama oranı ise %29.3’dir. KGTA’nın 2003 te yaptığı görüşmenin diğer sonuçlarına göre 13-15 yaş grubundaki çocuklardan on yaşından önce sigarayı her üç

çocuktan biri denemiştir. Sigara denemesinin en az bir kere olduğunu belirten kişilerin %29.5'i yani yaklaşık her üç çocuktan biri bu denemeyi on yaşından daha küçük bir yaşta yaptığını ifade etmiştir (67,68).

KGTA' nın 2017 raporuna göre (8) ; Erkeklerin %23.2'sinin, kızların %12.1'inin ve öğrencilerin ortalama % 17.9'unun halen bir tütün ürünü kullandığı belirtilmiştir. Öğrenciler arasında erkeklerin % 9.9'u ve kızların % 5.3'ü, ortalama % 7.7'si halen sigara içmektedir. Ortalaması % 40.2'i olan ve erkek öğrencilerin % 46.8'i ve kız öğrencilerin % 33.1'i en az bir kere bir tütün ürününü denediğini belirtmiştir. En az bir kez sigara deneyenlerin oranı % 28.0 iken en az bir kez nargile deneyenlerin oranı da % 24.6'dır. Halen tütün içenlerin %56.4'ü (10 kişiden 6'sı) son 1 yılda sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir. Halen tütün içenlerin yarısından fazlası (%53.2) şu anda bırakmayı istediğini belirtmiştir. Öğrencilerin % 46.1'nin evinde sigara dumanına maruz kalarak pasif içici konumunda olduğu görülmüştür. Öğrencilerin % 51.8'i yasal olarak umumi kullanıma açık olan kapalı mekânlarda tütün kullanımının yasaklanmış olduğu yerlerde tütün dumanıyla karşı karşıya kalmıştır. Öğrencilerin % 59.3'ü, yasal olarak kullanımının yasaklandığı yerler arasında yer alan okul içinde ya da bahçesinde tütün içen birini gördüğünü belirtmiştir. 18 yaşını doldurmayıp halen sigara içenler arasındaki kişilerin % 73.3'ünün sigara satışının yapıldığı (market, bakkal vb.) yerlerden kolaylıkla sigara satın alabildiği görülmüştür. Öğrencilerin % 91.1'i umumi kullanıma açık kapalı yerlerde sigara kullanım yasaklarını desteklemektedir. Sigara kullanım yasaklarının açık alanlarda da olması gerektiğini destekleyen öğrencilerin oranı ise % 74.5 olarak belirtilmiştir.



Şekil 2.5. Türkiye’de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım durumu (%) KGTA 2009-2017

KGTA 2017 raporuna göre; Türkiye’de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım oranlarının 2009 yılına göre 2017 yılında bir düşüş gösterdiğini belirtmektedir. 2009 yılında erkeklerde %10.2 iken kızlarda %5.3, 2012’de erkeklerde %12.1, kızlarda % 8.3 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar 2017 yılında ise erkeklerde %9.9, kızlarda % 5.3 olduğu belirtilmiştir (8). (Şekil 2.5) Bütün ülkelerde yaygın bir sorun olan tütün kullanımı, özellikle geçmiş yıllarda gelişmiş ülkelerde daha fazla iken, 1970’li yıllardan sonra, tütün kullanımının sebep olduğu zararların anlaşılır ve net bir şekilde ortaya çıkması sonucunda gelişmiş ülkeler bunun önüne geçmek için yaygın ve etkin mücadele programları başlatmıştır. Böylece bu programlar etkisini göstermeye başlayarak bu ülkelerde sigara kullanım oranında ciddi bir düşüş meydana gelmiş, hiç olmazsa yayılma hızı durmuştur. Bundan dolayı da, sigara şirketleri gelişmiş ülkelerde devamlı olarak pazar kaybetmeye başlamış, pazarın ya da sigara kullanımının aynı etkide sürmesi veya daha da geniş bir alana yayılması nedeniyle, gelişmekte olan ülkelere yoğunlaşmıştır. Böylelikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler tütün kullanımı bakımından ciddi bir risk alanı olmaya başlamıştır (67). Sigara şirketlerinin belirlediği stratejik çalışmanın sonucunda, gelişmekte olan ülkelerde hem yabancı marka sigara kullanım sayıları artmış, hem de sigara kullanma oranları giderek artış göstermiştir (67). 1976 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki tütün tüketim oranı %41 iken, 2000 yılında bu tüketim oranı %71’e yükselmiştir. 2025 yılında sigara kaynaklı ölümün 7 milyon insanı etkileyeceği, bu da % 70 oranında bir rakama sahip olarak gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkacağı düşünülmektedir (67,69) .

DSÖ verilerine göre Türkiye’de 15 yaş üstü bireylerde 2020 yılında tahmini sigara içme oranları yaklaşık olarak her iki cinsiyet ortalaması %30.7, erkeklerde %42.1 ve kadınlarda ise %19.2 olarak belirtilmiştir. 13-15 yaş arası gençlerde yapılan araştırma sonucuna göre hala bir tütün ürünü kullanan kişi sayısında Türkiye ortalamasının üstünde olan ilk 5 il sırasıyla Şırnak, Karaman, Siirt, Sakarya, Konya olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye genelinde 33 ilin Türkiye ortalamasının (%17.9) üstünde kaldığı görülmektedir (8). Halen sigara içen genç ortalaması ise Türkiye genelinde % 7.7 iken, 46 ilin bu ortalamanın üstünde kaldığı belirtilmiştir.

Okullarda tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesine yönelik bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenleme tütün kontrolünün sağlanması için gerekli olan sorumlulukları yerine getirmek üzere Milli Eğitim Bakanlığı’nın 18 Mart 2008 tarih ve 1013 sayılı 2008/16 sayılı genelgesiyle, bir vali yardımcısının başkan olduğu, belediye başkanı veya onu temsil eden bir yetkili, il milli eğitim müdürü, il sağlık müdürü, il çevre

ve orman müdürü, il kültür ve turizm müdürü, ilk-ortaöğretim okullarından birer okul aile birliği başkanının Yeşilay derneği başkanının da aralarında yer aldığı bir komisyon kurulmuştur (70).

Bu komisyon;

- Eğitim, sportif ve kültürel faaliyetlerin ağırlıklı olduğu, sigaranın insan sağlığına dair zararları ve bu zararların önlenmesini hedef alması,
- Çalışma ortamlarının dumsız oluşturulması için gerekenlerin yapılması ve bunun önemi,
- Sigara ile ilgili eğitim etkinlikleri için işbirliği yapılmasını,
- Halkın anlayabileceği bir şekilde sigaranın zararlarının yerel televizyon kanallarında işlenmesini,
- Sigaranın zararları ile ilgili hazırlanmış olan film, afiş, slayt, broşür gibi eğitim materyallerinin okullara ulaştırılmasını,
- Okul çevrelerinde tekli veya küçük paket biçiminde tütün mamullerinin satışının engellenmesini kolluk kuvvetleriyle yapılacak işbirliği ile kendisine görev olarak tanımlamıştır.

2.5. Adölesanlarda Sigara Kullanımı Risk Faktörleri

Adölesanlarda sigara kullanımını psikiyatrik faktörler, bilişsel faktörler, cinsiyet, etnik faktörler, genetik faktörler, düzenleyici faktörler (ülkelerin sigara ile ilgili politikaları) gibi birçok faktör etkilemektedir (71). Gençler genellikle arkadaş etkisi, merak, stres ve sorunlarla baş edebilmek, ailenin psiko sosyal ve ekonomik durumu popülaritesini artırmak gibi nedenlerle bu dönemde sigara kullanmaya başlamaktadırlar (68).

2.5.1. Ergenliğin Sosyal ve Gelişimsel Bağlamı

Ergenliğin gelişim yönleri arasında bağımsızlık ve özerklik oluşturma, tutarlı bir öz kimlik oluşturma ve fiziksel olgunlaşma ile ilişkili psikososyal değişikliklere uyum sağlama yer almaktadır (72). Sigara içmek, ergenlerin akranlarına uyum sağlarken anında bağımsız ve olgun görünmelerinin bir yolu olabilmektedir (71).

Gevşeme ve zevk, akran baskısı, benlik imajı, merak, stres, can sıkıntısı, kendini beğenmişlik ve isyankârlığın hepsinin sigara içmeye başlamaya katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bu etkenlerin dışında gençlerin sigara kullanımında ebeveynlerin de önemli

bir rol oynadığı: sigara içen ergenlerin %75'inde bir veya iki ebeveynin sigara içtiği belirtilmiştir (73).

2.5.2. Psikiyatrik Faktörler

Yetişkinlerde yapılan epidemiyolojik araştırmalar, sigara içimi ile şizofreni, majör depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (74-76).

Ergenlerde tütün içiminin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi de gösterilmiştir. Sigara içen ergenler, içmeyen ergenlere göre daha fazla depresyon belirtisi bildirmektedir (77). 14 ile 18 yaşındaki ergenlerden oluşan toplum temelli bir örneklem üzerinde yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada, sigara içmenin artan majör depresyon ve madde kötüye kullanımı oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (78).

2.5.3. Bilişsel Faktörler

Nikotin bağımlılığının gelişimine katkıda bulunan diğer olası faktörler, nikotinin algılanan faydalı etkileridir. Örneğin, birçok yetişkin sigara içicisi, sigara içmenin konsantrasyonlarını iyileştirdiğini bildirmektedir. Nikotin yoksunluğunun dikkat ve bilişsel yetenekleri bozduğu, nikotin ve sigara içmenin bu tür eksiklikleri tersine çevirebildiği belirtilmiştir (79,80).

2.5.4. Cinsiyet Faktörü

Son zamanlarda ergen kızlar arasında tütün kullanımındaki artış dikkat çekicidir. Kadın sigara içenlerin, sosyal olarak güvensiz olan erkek sigara içenlerin aksine kendine güvenen, dışa dönük, asi ve sosyal becerilere sahip oldukları bildirilmektedir (81).

Kadınları hedef alan sigara reklamları, marka adlarını narinlikle ilişkilendirerek sigaranın ağırlık azaltıcı özelliklerini vurgulamaktadır. Sigara içmeyen ergen kızlarla ilgili geniş bir çalışmada, diyet ve kilo kaygılarının ileriye dönük olarak önümüzdeki 12 ay içinde sigara içmeye başlama olasılığının artmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (82).

2.5.5. Etnik Faktörler

Farklı ırk grupları arasında sigara içmeye başlama yörüngelerini karşılaştıran birkaç veri bulunmaktadır. Beyazlar ve Yerli Amerikalılar arasında en yüksek ve Afrikalı Amerikalılar ve Asyalılar arasında sigara içme oranları en düşüktür. Ayrıca raporlar,

yetişkin Afro-Amerikalı ve beyaz sigara içenler arasındaki nikotin ve tütün dumanı alımı ve nikotinin yarı ömründeki farklılıkların önemli olduğunu göstermektedir (83).

2.5.6. Genetik Faktörler

Ebeveyn alışkanlıklarını taklit etmenin yanı sıra, bir başka dikkate değer nokta, çocukların alkol, uyuşturucu ve tütüne karşı kimyasal bağımlılığa karşı potansiyel genetik yatkınlığının olduğu söylenebilmektedir (87).

Bazı kişiler nikotin bağımlılığı için yüksek risk taşımaktadırlar. Nikotinin etkilerindeki varyasyonlara, dopamin reseptör genindeki polimorfizmler aracılık ederek daha fazla veya daha az ödül ve uyuşturucu bağımlılığına karşı savunmasızlık ile sonuçlanabilmektedir (85). Moleküler genetik bir çalışmada, TaqIA aleli olan bireyler (D2 dopamin reseptör geninin A1 ve A2) ve TaqIB'si (B1 ve B2), yaşamları boyunca 100 veya daha fazla sigara içmiş ve daha erken sigara içmeye başlamış ve daha az bırakma girişiminde bulundukları belirtilmiştir (71).

2.6. Gençlerin Sigara İçme Nedenleri

Gençlerin sigara içmelerini ailenin sosyoekonomik düzeyi ile kültür yapısı, sosyodemografik ve psikososyal yapı, arkadaş etkisi, sigara reklamları ve sigaraya ulaşılabilirlik gibi faktörler etkilemektedir (68).

2.6.1. Ailenin Sosyoekonomik, Kültürel ve Davranışsal Etkisi

Gençlerin sigara kullanım oranlarını arttıran faktörlerin başında ailelerin sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri gelmektedir. Sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düştükçe ergenlerin sigara kullanım oranları da artmaktadır. Gençler ailenin sosyal norm ve değerlerine ayak uydurmak için sigaraya başlamaktadırlar. Aile bireylerinden herhangi birinin sigara kullanıyor olması ergenin sigara ile tanışmasına sebep olmaktadır. Gencin sigara kullanma riski, eğer anne babadan herhangi biri sigara kullanıyorsa iki katına çıkmaktadır. Ailesinden yeterli desteği alamamak, aile ile yetersiz ve etkin olmayan iletişim sigara kullanımını artırmaktadır (68). Bir ergenin sigara içip içmediğinin, akran içiciliği gibi okul etkilerinden ziyade evde sigaraya maruz kalma bağlamından daha fazla etkilendiğini göstermiştir (86,87). Ayrıca, sadece ebeveynlerden sigaraya maruz kalma değil, aynı zamanda daha büyük kardeşlerden de sigaraya maruz kalma, ergenler üzerinde oldukça etkili olabilmektedir (88). Evde sigara içilmesine izin verilmesi, sigara içen kardeşlerin veya akranların etkileşime girme olasılığının daha yüksek olduğu bir ortam

yaratabilmektedir (88,89). Ayrıca, evde sigara içmeye maruz kaldıklarında, ergenlerin günlük sigara içme olasılıkları daha yüksektir ve her gün sigara içen birinin sigarayı bırakması için ara sıra sigara içen birinin bırakmasından daha fazla çaba gerektirmektedir (88). Akranları sigara içen ve ebeveynleri içki içen ergenlerin sigara ve nargile kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (90), ebeveyn riskli davranışlarının çocuklarda benzer davranışlarla ilişkili olduğu söylenebilmektedir (91).

2.6.2. Arkadaş Etkisi

Sigara içme davranışında ailenin yanı sıra kendi yaşlıtlarının etkisinde önemli olmaktadır (92,93). Akpınar ve arkadaşlarının çalışmasında “en yakın arkadaşın sigara içiyor olması” sigara kullanımını etkileyen en önemli etken olarak belirlenmiştir. Sigara karşıtı yapılan eğitimlerin etkinliğinde akran etkisi önemlidir (94).

En çok görüştüğü samimi arkadaşlarının sigara uzatması ve kullanması için ısrarcı olması ergenlerin sigaraya başlamasında etkili olmaktadır. En yakın arkadaşının sigara kullanıyor olması, gencin sigara içme riskini arttırmaktadır. Gençler kendi arkadaşları arasında kendine yer bulma isteğiyle sigaraya başlayabilmektedir. Sigaraya başlamayı kolaylaştıran bir diğer faktörde arkadaş baskısıdır (21). Ergenlerin sigara içmesindeki akranların rolü, yalnızca “akran baskısı” olarak değil, ergenin sosyal kimliğinin (örneğin, gençlerin sigarayı kendisi ve başkaları ile ilgili olarak nasıl gördüğü) ve akran seçiminin bir parçası olarak anlaşılabilir (95). Sigara kullanımı geçici bir süreliğine arkadaşlıkları kolaylaştırmakta, yeni arkadaşlıkların kurulmasında ve iyi ilişkilerin geliştirilmesine sebep olmaktadır (45). Kendi yaşlıtlarının etkisinde kalma ve akranları tarafından baskıya maruz kalarak sosyal kabul görme isteği ergeni sigaraya yönlendirmektedir (45,96). Brezilyalı gençlerin %12.8'inin sigara içtiğini ve aile veya arkadaşların etkisinin sigaraya başlamanın ana nedensel faktörü olduğunu ortaya çıkarmıştır (97). Ayrıca sosyal çevrenin (ebeveynler, kardeşler ve arkadaşlar) ergenlerin alkol, sigara veya yasadışı uyuşturucular gibi maddeleri tüketme olasılığını önemli ölçüde artırabileceği belirtilmiştir (98).

2.6.3. Sosyodemografik ve Psikososyal Yapı

Adölesanlar sigara kullanmaya yüksek bir öz güvene sahip olabilmek için başlayabilmektedir. Sigaraya başlama zamanları genellikle stresli ya da sıkıntılı oldukları döneme denk gelebilmekte, bu da sigaraya başlama nedenleri arasında sayılabilir. Bir diğer sigaraya başlama nedenleri arasında merakın olduğu söylenebilmektedir.

Kendilerini kanıtlama çabası ve birer yetişkin olduklarını göstermenin bir yöntemi sigara kullanmak şeklinde olmaktadır. Özellikle fit olma ve ideal bir kiloda kalma isteği sigara kullanma nedenleri arasındadır. Gençler popüler olma ve gündem de kalma sebebiyle de sigara kullanmaktadır. Nargile kullanımı son yıllarda özellikle gençler arasında yaygın ve popüler bir eylem olarak kabul edilmeye başlanmıştır (68).

2.6.4. Sigara Reklamları

Sigara kullanmayı cezbedici etkiye sahip bir diğer faktörde sigara reklamlarıdır ve bunun çok büyük etkisi bulunmaktadır. Sigara kullanan adölesanlar ve gençler kendilerini daha cazip, seksi, sportif, maceracı ve evrensel bir görüntüye sahip olduklarını düşünmektedir. Sigara şirketlerinin dokümanlarında yer verdiği ve onları hedef olarak gördüğü gruplar gençler, kadınlar ve dezavantajlı gruplar olarak belirlemiştir. Sigara üreticileri ile satıcılarının özellikle hassas ve açık bir dönemde olan gençleri yeni ürün tanıtım ve reklamlarının etkinliği açısından önemli hedef gruplarından biri olarak görmektedir. Gençlere hitap etmek için hazırlanan yazılı ve elektronik medya ve filmlerle devamlı mesaj göndermeyi amaçlayan sigara firmaları bu sektörde çalışmalarını sürdürmektedir (72).

2.6.5. Sigaraya Ulaşılabilirlik

Gençlerin kullandığı zararlı madde sıralamasında ilk sırada alkol ve sigara yer almaktadır. Gençler arasında en fazla kullanım oranına sahip zararlı maddelerin sigara ve alkol olmasının en önemli nedenlerinden biri kolay ulaşılabilir ve yasal sınırlamaların olmamasıdır (96). Sigara fiyatları da gençlerin sigara içmesini etkilemektedir. Sigara fiyatları artarken ulaşılabilirlik zorlaşırken, fiyatların düşmesi sigaraya ulaşılabilirliği kolaylaştırabilmektedir (72).

2.7. Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat ve Tütün Kontrol Programının Geliştirilmesi

Türkiye’de ki tütün tüketiminin yasal mevzuat hükümleri çerçevesinde düzenlenmeye başlanması 7 Mart 1986’da verilen ilk kanun teklifiyle gerçekleştirilmiştir. Bu kanun teklifinden sonuç alınamadığından ikinci bir kanun teklifi 10 Mayıs 1989’da verilmiştir. İlk olarak reklam yasaklamaları “ 1177 Sayılı Tütün ve Tütün Tekeli Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi” başlıklı öneriyle gündeme getirilmiştir. 7 Kasım 1996 Türkiye’de tütün ve tütün ürünlerinin yasal hükümler

neticesinde düzenlenmesi hususunda dönüm noktası olarak kabul edilmiş ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 Sayılı Kanun 26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Bu kanunla halkı eğitici yayınların yapılması, kapalı alanlarda ve toplu taşıma araçlarında sigara kullanımının yasaklanması, tütün ürünlerinin reklamlarının ve 18 yaşından küçüklere tütün ürünlerinin satılmasının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerine sağlıkla ilgili uyarılar yerleştirilmesi gibi önlemler alınmıştır (70).

2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ni (TKÇS) dünyada tütün mücadelesi ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü genel kurulu tarafından ortaya konarak tütün kontrolü konusundaki ilkeler belirlenmiştir. 180 üyesi (179 ülke ek olarak 2017 Mart’ından itibaren Avrupa Birliği TKÇS tütün kontrol önlemlerini uygulamak için meydana getirilen) olan bir antlaşmadır (69). 2008’de tütün kullanımına karşı uygulanmaya konulan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), 1996’da uygulanmaya başlanan söz konusu kanunun revize edilmesiyle oluşturulmuştur. Dumansız alanların oluşturulması, restoranlar, barlar, kafeler vs. gibi konaklama kurumları, taksileri ve okulların açık alanlarını içerecek şekilde söz konusu kanun daha kapsayıcı bir hal almıştır. Ayrıca, tütün ile ilgili herhangi bir tanıtımın yapılması veya sponsorlukların oluşturulması bu kapsamda yasaklanmıştır (99). DSÖ 2008 yılında MPOWER (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise) adını verdiği bir paketi TKÇS’den 5 yıl sonra uygulamaya koymuştur.

Monitör(M)/İzle: Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesini kapsamaktadır. Sigara reklam, promosyon ve sponsorluklarının yasaklanması faaliyetlerinin gözlemlenmesi, sigara bırakma konusunda destek verilmesine yönelik faaliyetlerin, tütün ve mamullerinin zararlarıyla alakalı ikaz çalışmaları gibi uygulamaları içermektedir (100). Özellikle gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında gençlerde ve yetişkinlerde sigara kullanımı konusunda bilgi yetersizliğinin olduğu bilinmektedir. Tütüne bağlı meydana gelen hastalık ve ölüm gibi salgının farklı sonuçları hususunda da bilinenler sınırlı kalmaktadır. Küresel düzeyde ve ülkeler bazında bilgiye, tütün salgınını iyi bilmek ve bunu tam tersine döndürmek için ihtiyaç duyulmaktadır (101).

Protect(P)/Koru: İnsanların tütün dumanından korunması çalışmalarını içermektedir. Bunlardan bazıları, çevresel sigara dumanı maruziyetinin önlenmesine yönelik çalışmalar, hastaneler, iş yerleri ve okul gibi kalabalık yerlerde sigara kullanımının önlenmesi çalışmaları ve bu çalışmaların izlenmesi ile sigara fiyat ve vergilerinin artırılmasını ilgilendiren çalışmaların izlenmesini içermektedir (100). Bazı ülkelerde

sigara kullanımının yasaklandığı yerler sadece bazı kapalı alanlarla sınırlı kalmakta, bu nedenle de uygulanabilirliği çok zayıf kalmakta ve uygulama tam gerçekleştirilememektedir (101).

Offer(O)/Öner: Tütün alışkanlığını bırakma önerilerini verecek biçimde, sağlık uygulamalarını, tütün alışkanlığını sonlandırma tavsiyelerini, temel sağlık hizmetleri, sigara bırakma telefon hatları ve diğer toplum kaynakları vasıtası ile kuvvetlendirmektedir (102). Tütün kullanımını bırakma servislerinin yeni teknolojik gelişmelerin kullanılarak yaygınlaştırılması, bu bilgilere ulaşımın kolaylaştırılması ve genişletilmesi uygulamalarından biri bireylerin tütün kullanımını bırakmasını gerçekleştirmek için mobil teknolojiyi aktif bir şekilde kullanmaktır. Aktif bir şekilde mobil teknoloji kullanılarak bireylere kısa mesajlar, ücretsiz sigarayı bırakma hatları ve kısa öneri toplantıları ile birlikte uygulandığında etkin bir maliyet ve daha etkin bir yöntem olmaktadır. Buna ek olarak sigaranın bıraktırılmasında kullanılan ilaç tedavisinin düşük maliyetli ve uygun yerlerde kolay ulaşılabilir hale getirebilmektedir. Danışmanlıkların kısa ve öz olması alışkanlığı bitirmede yeterince etkili ve daha düşük maliyetli olmaktadır. Rutin sağlık kontrollerinin bir kolu olan açık ve kişiye özel önerilerin hekimler tarafından verilmesi, bu alanda en etkin yöntem olduğu söylenebilmektedir (103,104).

Warn(W)/Uyar: Sigara karşıtı zorunlu yayın etkinlikleri, medya tarafından yapılan kampanyalar, sigara paketlerinin üzerindeki ikaz edici yazı ve görsellerin düzenlenmesi çalışmaları gibi sigaranın zararları konusunda uyarılma konusunu içermektedir. Kapsamlı bir şekilde yapılan tütün kullanımının zararları konusundaki ikazlar adölesan ve genç yetişkinler içinde sigaranın imajını değiştirebilmektedir (101).

Enforce(E)/Yasakla: Doğrudan tütün pazarlamasının tamamını yasaklayan etkili bir kanun oluşturulup ve uygulanması, dolaylı tütün reklamları, promosyon ve sponsorluklarını engelleyen yasalar oluşturulup bunların uygulanmasını kapsamaktadır. Tüm medya ve reklam türlerini kapsayarak reklam yasaklarının daha etkili olmasını kapsamaktadır (105). Tütün endüstrisi mesajını belirlenen gruplara ulaştırabilmek amacıyla farklı reklam araçları bulmak için farklı yöntemler uygulayacaktır (106,107).

Raise(R)/Vergilendir: Tütün ürünlerini kapsayan vergi oranlarını artırmak ve enflasyonla beraber belirlenmesini sağlayarak ve tüketicinin alım gücünden daha süratli bir şekilde artmasını sağlamak ve yasadışı tütün ürünleri ticaretini azaltmak için vergi denetimlerini sıkılaştırmak gibi uygulamaları kapsamaktadır. DSÖ'nün MPOWER stratejisini tamamıyla uygulayan ilk ülke Türkiye'dir (104,108).

2.8. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları, bilişsel ve davranışçı terapilerin bir araya gelmesiyle oluşan ve bu her iki uygulamanın temel ilke ve tekniklerinin birleştirilmesiyle gelişen bir kuramdır. Gestalt yaklaşımına benzer bir şekilde zihinsel süreçleri vurgulamasıyla birlikte davranışçı yaklaşım gibi bazı nicel incelemelerle insanın nasıl öğrendiğini ve düşündüğünü bulmaya çalışmaktadır (109).

BDT bireylerin davranışlarını, psikopatolojilerini hedef alarak bilişsel ve davranışsal kuram çizgisinde açıklamaya çalışmaktadır. Ancak BDT sadece bilişsel ve davranışsal öğelere vurgu yapmakla kalmaz bunun yanında içinde gelişimsel, emosyonel ve sosyal öğeleri de barındırmaktadır (110).

Curwen ve arkadaşları BDT'nin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamıştır (111).

- Terapötik bir yaklaşım
- Sorunun psikolojik açıdan kavramlaştırılması
- Ortak çalışmaya dayalı bir ilişki
- Seansların ve terapinin yapılandırılması
- Hedef odaklı terapi
- Kişiye bir faydası olmayan düşünce biçimlerinin incelenmesi ve sorgulanması
- Çeşitli yardım ve tekniklerin kullanılması
- Danışana kendi kendisinin terapisti olmayı öğretme
- Ev ödevi kullanımı
- Sınırlı süreli olma
- Seansların ses kaydının yapılması

1980'li yıllarla beraber İngiltere asıllı kuramcıların davranışçı yaklaşım geçmişlerinin de tesiriyle; davranışçılığın, bilişsel yaklaşımla bir araya gelmesi ve bu iki kuramın bilişsel davranış terapisi ismiyle tek çatıda birleşmesiyle bilişsel davranışçı terapi (BDT) ortaya çıkmıştır (112). BDT genel bir ifade olup, esasen aynı temel anlayışı esas alan bir dizi terapi çeşidini içine alan, bu türlerin içinde de günümüzde en çok kullanılan iki model olarak Akılcı Duygusal Davranış Terapisi (ADDT) ve Bilişsel Terapi (BT) sayılabilmektedir (113). Ayrıca bu iki çeşidin son dönemlerde klinik çalışmaların da ilerisine geçerek, belirli bir ruhsal problemi olmayan genç, çocuk ve yetişkinlerde psikolojik danışmanlık ve rehberlikte sıkça kullanılmaktadır (114).

1960'lı yıllarda Ellis'in ADDT ve Beck'in BT kuramlarıyla birlikte ortaya çıkan bilişsel davranışçı terapiler ve 1980'li yıllarının içinde davranışçı terapistlerin bu yeni akımı benimsemeye başlamalarıyla giderek güçlenmeye başladığı görülmektedir (115). Bilişlerin, duygu ve davranışlardan etkilendiği kanısına temellenen BDT'de, bireyin bir duruma duygusal ve davranışsal olarak nasıl tepki gösterdiği, o durumu bireyin nasıl algıladığı ve nasıl yorumladığı çok fazla önem kazanmaktadır (116). Çocuk ve yetişkin psikopatolojilerinin tedavisinde günümüzde BDT yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. BDT çocuk ve adölesanlarda kaygı bozuklukları, dürtü-kontrol bozuklukları, öfke kontrolü, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kullanımı gibi birçok bozukluğun tedavisinde kullanılmaktadır. BDT'nin temel amacı, değişimi sağlamaktır. Ancak bu değişimin gerçekleştirilmesi bilişler ve davranışlar üzerine odaklanılarak, günlük hayatın içerisinde uygulamalara da odaklanılmayı vurgulamaktadır. Yeni edinilen becerilerin tekrarlanması ve kalıcı bir hale gelmesini ev ödevleri gibi uygulamaları aktif kılarak hedeflemektedir (117). Kişinin yaşantılarını gerçekliğe daha uygun ve uyumsal şekilde yorumlamasına çalışabilmesi için bilişsel terapi, önce duygu, davranış ve düşünceler arasındaki bağlantıları saptamaya çalışmalıdır. Gerçeklikle daha uyumlu ve işlevsel olanları bulmaya ve göstermeye yoğunlaşarak sorun doğuran anlamlandırma ve yorumlama biçimleriyle ilgilenmez. Olaylar, nesneler, kişiler düşünüldüğü gibi doğrudan duygulara neden olmazlar. Duygularımızın etkilendiği, duygularımızın da davranışlarımızı belirlediği nokta olay, nesne ve kişilerle ilgili olan düşüncelerimizdir. Örneğin; sigaranın zevk verdiğini, ona arkadaş olduğunu, dert ortağı olduğunu düşünen bir kişinin, sigarayı severek ve içmeye daha istekli olduğu söylenebilir. Bunun sonucunda da sigarayı satın almak, sigara içmek ve içilebilen yerlere gitmek gibi davranışlarda bulunmaktadır. Sigara içmenin kendisini hasta edeceğini, solunum sıkıntısının olacağını, kanser olacağını, kötü kokacağını vs. gibi negatif düşüncelere sahip olan bir kişi ise tiksime, korku, nefret, içtikten sonra pişmanlık, anksiyete, kendini zayıf hissetme gibi duygular yaşayacağından sigara içmekten kaçınarak, bırakma arayışı ve çabası içerisinde olacaktır (118,119).

BDT ruh sağlığı ve bağımlılık bozuklukları için ampirik olarak doğrulanmış yaklaşımların çoğunda olduğu gibi, nispeten kalıcı etkilerin kanıtı olan ancak klinik uygulamada sınırlı yayılım ile mütevazı bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir (120). Psikolojik olarak sıkıntı yaşayan kişilerde depresyonu tekrarlamasını ve ortaya çıkmasında etkili davranışsal ve bilişsel tutumları ortadan kaldırarak kendileri, yaşadıkları ortamı ve gelecekleri ile ilgili kaygılarını değiştirmeye çalışmalarını sağlamak

BDT'nin amaçları arasında sayılmaktadır. Böylece gençler sahip oldukları güçlü yönlerini ve kaynaklarının farkına vararak bunlar hakkında daha iyi bir düşünce yapısına sahip olma kazancına erişerek, hayatta karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etmek için daha etkili stratejiler belirlemeyi, geleceğe yönelik gerçekçi hedefler ortaya koyarak, sonunda da psikolojik iyi oluş elde etme durumları kolaylaşabilmektedir (121).

Beck bilişsel yapıyı üçe ayırmaktadır. Bunlar; görünür bölümde bulunan otomatik düşünceler, temelde daha derinde yer alan temel inançlar ve otomatik düşüncelerle temel inançların arasında bulunan ara inançlardır (122). Otomatik düşünceler; bizim özellikle düşünmeyi istemediğimiz zihnimize kendiliğinden gelen düşüncelerdir. Genellikle fark edilmezler, sadece bu düşüncelere duygular eşlik ettiğinde fark edilirler. Ancak dikkatimizi bu düşüncelere yoğunlaştırdığımızda tanımlayabilir ve anlaşılabilir. Otomatik düşünceler, bireye acı veren duygusal reaksiyonlara ve fonksiyonel olmayan davranışlara da yol açmaktadır. Yoğun duygulanımın yaşandığı zamanda ortaya çıkması otomatik düşünceler ile ilgili en ehemmiyetli işaretlerden biridir (123).

Ara inançlar ve temel kurallar; topolojik olarak otomatik düşüncelerin altında bulunan ara inanç ve kurallarını saptamak oldukça zordur. Ara inançlar ve kurallar, otomatik düşüncelerdeki ortak ve tekrarlayan temalardan, derine inme yöntemi ya da ölçekler kullanılarak ortaya çıkarılabilir. Çok az kelime ile ifade edilebilirler. Genellikle “eğer” kelimesi ile başlayan ve “meli-malı” tarzında zorunluluk barındıran düşünceler ara inanç ve kurallar olabilir (“Eğer bir hata yaparsam, tamamen başarısız olurum”, “İyi çocuklar kızmamalıdır ”vs.). Ara inanç ve kurallar bireylerin olumlu olmayan temel inançlardan korunmak için oluşturdukları koruyucu bir settir. Mesela yetersizlik temel inancına sahip bir ergenin kendisini güvende hissetmek maksadıyla oluşturduğu ara inancı “Eğer bir hata yaparsam, tamamen başarısız olurum” tarzında olabilmektedir. BDT'nin amaçladığı durum işe yaramaz sert kuralları belirleyerek bunların değiştirilmesi veya esnetilmesi olayıdır (124). Temel inançlar; bireyin kendisi ve çevresi ile ilgili bilgiyi nasıl ortaya koyacağını belirleyen, kişinin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili ana hipotezlerini içeren, geçmişteki yaşantısı ve deneyimleri neticesinde meydana gelmiş bilişsel faktörlerdir. Her insanda temel inançlar olumlu ve olumsuz olacak şekilde çift halinde bulunmaktadır. Sağlıklı kişilerde olumlu temel inançlar aktif olarak daha sık görülmektedir (123). Beck temel inançları çaresizlik, sevilme ve değersizlik olacak şekilde üç ana gruba ayırmıştır (26). (Tablo 2.1) (115,124).

Tablo 2.1. Bazı Temel İnançlar

Çaresizlik (güç, performans, başarı)	Değersizlik (ahlaki eksiklik, suçluluk)	Sevilmeme (duygusal eksiklikler)
Yetersizim	Yaşamayı Hak Etmiyorum	Çirkinim
Dayanıksızım	Tehlikeliyim	Sevilmiyorum
Güçsüzüm	Değersiz Biriyim	Sıkıcıyım
Beceriksizim	Kötü Ruhluym	İstenilmiyorum

2.9. Sigara ve Madde Kullanım Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

1950'lerden başlayarak toplumların yaşam şekillerinde oluşan hızlı değişim, gençlerin sağlık ve iyilik hallerini tehdit etmektedir. Kırsaldan şehirlere göç, aile yapısındaki değişimler, işsizlik, düşük ekonomik düzey ve eğitim sistemi çocukları ve özellikle ergenleri toplumun riskli gruplarından biri durumuna getirmiştir (125). Günümüzde riskli davranışların tanımı, bir tarafta kültürel değerler ve toplum yapısı ile diğer tarafta bireyin biyolojik ve genetik özellikleriyle alakalı ve aynı zamanda kişinin gelişimsel dönemlerinden de etkilenebilen karışık durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (126).

Genellikle bir yaşam biçimi olarak karşımıza çıkan riskli davranışların bir arada bulunma eğiliminde olduğu da ayrıca belirtilmiştir (126-130). Gençlerin sağlık ve iyilik durumlarını direk ya da dolaylı olarak etkileyen ve olumsuz sonuçları olabilecek davranışlar riskli davranışlar olarak tanımlanmaktadır (125). Ergenlerde görülen ve uzun sürede istenmeyen sonuçlara sebep olabilen bazı davranış ve tutumların ise sigara içmek, yasal olmayan maddeleri kullanmak veya korunmasız cinsel ilişkiye girmek vb olduğu söylenebilmektedir (131). Bilişsel davranışçı terapinin, adölesanlarda görülen bu riskli davranışları meydana getiren faktörlerin ortadan kaldırılması ve koruyucu faktörlerin geliştirilmesinin desteklenmesinde sıklıkla kullanımına yer verilmektedir (132). 1960'lı senelerde Aaron T. Beck tarafından önceliği depresyonun tedavisinde kullanılmak için uygulanmaya başlanan bir psikoterapi yaklaşımı olan Bilişsel Terapi (BT), zaman içerisinde birden çok psikolojik rahatsızlığın tedavisinde de kullanılmıştır (133). Bilişsel davranışçı terapi olarak adlandırılması 1980'li yıllarda bilişsel ve davranışçı terapi uygulamalarının bir arada kullanılmaya başlanmasıyla gerçekleşmiştir. Böylece terapi uygulaması olarak hem sıkıntılara sebep olan olumsuz düşünceleri değiştirmek için bilişsel terapi teknikleri hem de davranış kökenli problemleri değiştirmeye yönelik

davranışsal terapi teknikleri bu uygulamanın kapsamında bulunmaktadır (132). Sigara bırakmada etkinliği bazı çalışmalarla da ispatlanmış tedavilerin 3/4'ü çeşitli farmakoterapi yöntemleri iken diğeri de bilişsel davranışçı müdahaleler olmaktadır (134,135). Ayrıca bilişsel davranışçı müdahaleler yalnız başına bırakma başarısını artırırken, ilaçlarla aynı anda uygulandığında bu sonuç optimal olabilmektedir (136). Sigara bıraktırmaya yönelik bireysel davranışsal eğitimler bütün hastalara verilmektedir. Bu eğitimde kişinin sigara içme ile ilgili süreklilik kazanmış davranış kalıplarının değiştirilmesi, sigara bırakmayı güçleştirici davranışların yerine bırakmayı daha kolaylaştıran davranışlar öğretilmeye çalışılmaktadır. Herbir hastaya tavsiye edilen rutin davranışçı önerilerin (sigara ve hatırlatıcılarından uzak durmak için çevre düzenlemesi yapılması, bırakma için güne karar verme ve çevresindeki bireylere bunu duyurması, acil eylem planı yapılması, sigara parasının kumbaraya atılması vb.) yanında hasta özelinde sigara içme arzusunu en aza indirmektir. Sigara içme isteğiyle baş edebilmek için tavsiyeler verilmektedir (örneğin ağız alışkanlığı ve kilo alma kaygısı olan ve bundan dolayı bırakamayacağını düşünen bir hastaya sakız çiğneme, hoşuna giden düşük kalorili aperatifler bulma gibi bir yerine koyma planlaması yapılırken günlük alışkanlıklarından kopamayacağını düşünen bireylerde günlük rutinlerini ve ekseriyetle sigara kullanma alışkanlıklarını değiştirme planlaması tedaviye eklenebilmektedir). Bunların dışında herbir hasta için kendine özgü sigara bırakmasını sekteye uğratabilecek ve motivasyonunu bozabilecek bilişlerine yönelik bilişsel müdahalelerde de bulunmaktadır (137).

Sigarayı bıraktırma tedavisinde kullanılan BDT'nin temel amacı, bilişleri (düşünce yapısını, olaylara bakış açısını ve değerlendirme tarzlarını) değiştirmek, özellikle sigara kullanımı bakımından yüksek risk taşıyan yerlerde ve durumlarda kullanılan baş etme stratejilerini güçlü kılmaktır. Bu tedavinin en etkili ve zaruri olduğu durumlardan biri depresmeyi engelleme çalışmaları olmaktadır (138). BDT yöntemleri uygulanarak yapılan sigara bağımlılığı çalışmalarında BDT'nin etkinliği belirlenmiş olup, Brown ve Richard'ın yaptığı çalışmada 93 hastada yapılan ve 8 grup BDT oturumu uygulanan hastalarda bağımlılık tedavisinin farmakolojik tedavilere göre daha başarılı, hastalardaki major depresyon oranlarının da azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (139). Ayrıca 2012 yılında yapılan başka bir grup BDT çalışmasında kabullenme, baş etme yöntemlerinin ve toleransın diğer tedavilere nazaran daha çok arttığı belirlenmiştir (28). López-Núñez ve arkadaşlarının bahsettiği BDT temelli bir sigara bırakma programı kapsamında öncelikle bireyleri sigara kullanımı hakkında bilgilendirme ve psikoeğitimle

başlayarak hastaların tedavi sürecine bağlılığından ve sigarayı bırakma düşüncelerinden net olma ve işleyişin nasıl yürütüleceğine ilişkin (vücuttan nikotin çekilmesi gibi) bilgilendirme ile devam etmiştir (29). Daha sonrasında ise bilişsel yeniden yapılandırma, dürtü kontrolü, başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, edimsel yöntem (contingency management), girişkenlik eğitimi, iletişim eğitimi ve tekrar başlamayı engelleme çalışmalarının uygulanması önerilmektedir (140). Jafari ve arkadaşlarının, Trans-Teorik Model (TTM) ile BDT'yi karşılaştırdıkları çalışmada, BDT'nin genç uyuşturucu bağımlılarında yoksunluk öz-etkililiğini artırmada daha etkili olduğunu göstermiştir (141). Molai ve arkadaşlarının İranlı madde bağımlısı ergenlerde bilişsel davranışçı terapi ve film terapisinin yoksunluk öz yeterliliğini artırmadaki etkinliğinin karşılaştırdıkları çalışmada BDT'nin de film terapisinin de öz yeterliliği artırdığı sonucuna ulaşmışlardır (142). Bağımlılıkla başa çıkmak için yeni ve uygun davranış ve stratejileri öğrenmenin, bireyin kontrol duygularını ve uyuşturucu kullanımının teşvik edildiği yüksek riskli duygusal ve sosyal durumlarda ortaya çıkan iç ve dış stresörlerle başa çıkma becerisini artırabileceği iddia edilebilmektedir (141,143). Madde bağımlılığı tedavisinin ana hedefinin problem çözme becerisi olduğu belirtilmiştir. Madde bağımlıları arasında problem çözmedeki eksiklikler tespit edilmiştir ve gelişmiş problem çözme becerileri, madde bağımlılığındaki merkezi rolü nedeniyle, disfonksiyonel otomatik düşüncelerin tanınması ve yeniden yapılandırılması dahil edilmiştir (144).

2.10. Sigara Kullanımının Madde Kullanma Eğilimine Etkisi

Madde bağımlılığı problemi her geçen gün artış gösteren evrensel bir halk sağlığı sorunudur. Bu problem yalnız madde kullanan kişiyi etkilemekle kalmayıp, onunla beraber yaşayan ailesini, yakın çevresini ve sebep olduğu kayıp ve hasarlarla tüm toplumu etkilemektedir (145).

Son zamanlardaki çalışmalara da bakıldığında madde kullanımının bütün dünyada artış eğiliminde olduğu, özellikle de madde kullanımına başlama yaşının giderek düştüğü ve gençlerde madde kullanım yüzdelerinin ileri yaşa göre daha fazla arttığını ortaya koyan bulgular görülmektedir (146,147). Ergenlerde yapılan araştırmalar, çoğu ergenin kullandığı ilk maddelerin sigara ve alkol olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, madde kullanımının ilerlemesi ile sigara ve alkol kullanma eğiliminin arttığı belirtilmiştir. Çok sayıda çalışma, sigara ve alkolün madde kullanımının başlaması ve ilerlemesinde “geçit” ilaçlar olarak rolünü göstermiştir (148,53,54). Madde bağımlısı ergenler ağır sigara içici

olma eğilimindedir ve bu nedenle sigarayı bırakmak için daha yoğun bir müdahale gerektirebilmektedir (57).

Alkolde olduğu gibi, ergen sigara içimi de yasa dışı uyuşturucu kullanımı ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (149). Yasadışı uyuşturucuların daha sık kullanılmasına ek olarak, sürekli olarak ergenlik boyunca sigara içmek, esrar ve diğer uyuşturucu kullanımı veya bağımlılığı için önemli ölçüde daha büyük risk olabilmektedir (11).

Tutarlı bir şekilde sigara ve içki içtiğini bildiren ergenlerin sapkın davranış ve şiddet oranlarının daha yüksek olduğu ve 20'li yaşlarında yasal ve madde kullanım sorunları yaşama olasılıkları, sürekli içen ancak düzenli olarak sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (13).

Madde bağımlısı ergenler, özellikle düzenli tütün kullanım oranlarının yüksek olduğu bir alt grubu temsil etmektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmalar, bu genç grubun madde bağımlılığı tedavisinin ardından sigara içmeye devam ettiğini ve ergenlik döneminde sigarayla ilgili sağlık sorunlarının kanıtlandığını göstermektedir (150).

Fleming ve arkadaşlarının maddeyi ilk kullanmaya başlama ile ilgili yaptığı çalışmada denenen maddenin bira veya sigara olduğunu ve günlük olarak kullanılan ilk maddenin sigara olmasının muhtemel olduğunu belirtmişlerdir (151).

Sigara kullanımının diğer suistimal edilen maddelerle ilişkisi, özellikle ergenlerde alkol ve diğer uyuşturucu bağımlılarının klinik örneklerinde göze çarpmaktadır. Örneğin, madde bağımlılığı tedavisi gören ergenler arasında sigara içilmesiyle ilgili bir çalışmada 14 ila 19 yaşları arasındaki 132 ergenden, 113'ünün (%86) mevcut sigara içtiği, %75'inin günlük sigara içtiği ve % 65'inin günde 10 veya daha fazla sigara içtiği belirtilmiştir (58).

2.11. Sigara Kullanımını Önlemeye Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Sigara içen bireylerin yarısından fazlasının 18 yaşından önce sigaraya başladığı belirtilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların neticeleri de gençlerde sigara kullanımının oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Sigaraya başlama yaşının küçük yaşlara düşmüş olması ve gençlerde sigara içiminin yaygınlaşması sebebiyle gençlerde tütün kontrolünün sağlanmasına yönelik programların başlatılması önem taşımaktadır (152). Dünyada tütün kontrolüne yönelik etkin müdahalelerin uygulanmaması durumunda tütünün sebep olduğu hastalıklardan 2030 yılında sekiz milyona yakın insanın hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (153). Ergenlik dönemi; sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelere başlama gibi riskli davranışların sık

görüldüğü dönem olarak bilinmektedir. Adölesanların bu maddeleri kullanmaya başlamasında arkadaş ortamı, aile ve sosyokültürel çevre ciddi birer etkindir (154). Sigara kullanma sebeplerinin anlaşılması ve bunun önüne geçilmesi bağımlılık riskinin azaltılmasında önemli bir yere sahiptir. Burada toplumun eğitilmesi, aile içindeki ilişkilerin desteklenerek sigara kullanmaya sebep olan durumların belirlenmesi ve engellenmesi oldukça önem kazanmaktadır (155).

Hemşireliğin sağlığın korunmasında sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü etkin bir şekilde kullandığı durumlarda sağlık göstergelerinde olumlu gelişmelere yol açabileceği söylenebilmektedir (156). Adölesanlarda sigara kullanımının önlenmesi ve azaltılmasına yönelik psikiyatri hemşireleri, diğer sağlık çalışanlarıyla (okul sağlığı hemşireliği, toplum ruh sağlığı hemşireliği, okul psikolojik danışma ve rehberlik birimleri vb.) birlikte aktif rol almaları gerekmektedir. Bunun için psikoeğitim vermek, okul (157), ve aile işbirliğiyle (158) gerekli planlamaları ve uygulamaları yaparak bu süreçte etkin rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerden sigaranın zararlarına ilişkin eğitim alan sigara içen kadınların bilgi düzeylerinde %24.9'luk bir artış ve %20.8'i bu bilgileri davranışa geçirerek sigarayı bıraktıkları saptanmıştır (159). Rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, motivasyonel görüşmeler gibi sigarayı bıraktırma uygulamaları (160,161) psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışma desenidir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2021- Nisan 2022 dönemleri arasında teknik liselerde sigara kullanma oranlarının daha fazla olabileceği olasılığı göz önünde bulundurularak Mardin /Artuklu Evliya Çelebi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ile Mardin/Artuklu Mardin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde yapıldı. Evliya Çelebi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Mardin'in merkez ilçesi olan Artuklu'da bulunmaktadır. Okulda toplam 30 öğretmen, 380 öğrenci ve 13 derslik bulunmaktadır. Mardin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi de Mardin'in merkez ilçesi olan Artuklu'da bulunmaktadır. Bu okulda toplam 51 öğretmen, 531 öğrenci, 17 derslik ve 10 adet atölye/işlik bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mardin /Artuklu Evliya Çelebi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve Mardin/Artuklu Mardin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde okuyan ve sigara kullanan 220 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme için yapılan Power analizi ile örneklem büyüklüğü 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.7 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücü ile 110 sigara kullanan adölesan birey (55 kontrol, 55 deney) olarak belirlenmiştir. Deney grubuna verilecek eğitimin kontrol grubuna da bulaş riski açısından kontrol ve deney grubu farklı okullardan seçilmiştir. Deney ve kontrol grubunun hangi okullardan seçileceği kura yöntemiyle belirlenmiştir. Deney grubu Mardin /Artuklu Evliya Çelebi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, kontrol grubu ise Mardin/Artuklu Mardin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi olarak belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubundaki öğrencilerin seçimi ise her iki okulda sigara kullanan öğrenciler arasından basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmadan kayıpların olabileceği düşünülerek deney ve kontrol grubunun her birinden 60 kişi olmak üzere toplamda 120 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Deney grubundan 3 öğrenci oturumların çoğuna katılamadığı için, 2 öğrenci ise mesleki eğitim programına başlayıp okuldan ayrıldığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubunda ise son test

uygulamasında ulaşılamayan 5 öğrenci çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma deney ve kontrol grubu 55'er öğrenci olmak üzere toplam 110 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma/Alınmama Kriterleri

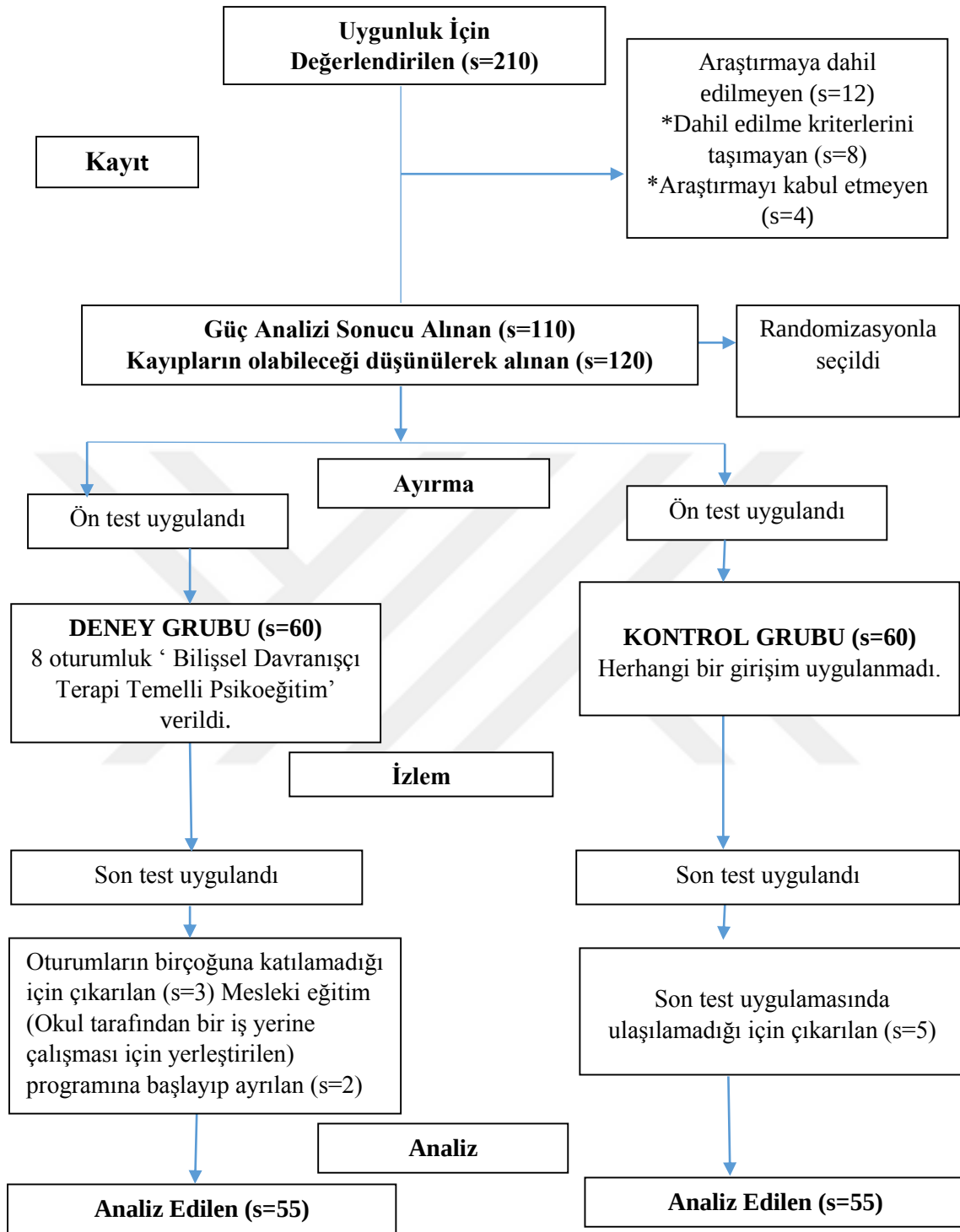
3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- İletişimi engelleyecek fiziksel veya ruhsal problemi olmama

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- İletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir engele sahip olma
- En az 6 ay önce Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli eğitime katılmış olma
- Sigara dışında herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullanıyor olma
- Çalışma sırasında öğrencilere ulaşamama
- Oturumların çoğuna katılmama (En az 3)

Araştırma Konsort Akış Şeması



Şekil 3.1. Araştırma konsort akış şeması

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Tanıtıcı özellikler formu araştırmacı tarafından hazırlanan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini kapsayan (yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, anne/baba mesleği, anne/baba eğitim düzeyi, gelir seviyesi, ailede başka sigara kullanan olup olmadığı, ne zamandan beri sigara kullandığı) sorulardan oluşmaktadır. Bu formda toplam 10 adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği (MKEÖ) (EK-3)

MacAndrew tarafından bireylerin madde kullanımına eğilimleri olup olmadığının araştırılması için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) 'dan yararlanılarak geliştirilmiştir (162). Ceyhun ve arkadaşları 2001 yılında, geliştirilen madde kullanma eğilimi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Türk toplumuna uyarlamışlardır. Orijinal adı Substance Abuse Proclivity Scale (SAP) olan ve 36 sorudan oluşan ölçekte 9, 12, 13, 19, 24, 25, 26, 29, 35. maddeler ters puanlanmaktadır. Maddelere verilen tüm puanlar toplandığında 16 puan ve daha üzerinde alınan bireylerde madde kullanma eğilimi taşıdığı kabul edilmektedir. Ayırt edici geçerlik bulguları olarak kesim puanı olarak 16 ve üstü alındığında, Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği'nin madde bağımlılarının % 84'ünü, alkol bağımlılarının % 65'ini, psikiyatriklerin % 40.5'ini ve normallerin % 41.5'ini doğru olarak sınıflandırmıştır Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği kesme puanı kullanılarak kategorize edilebilmekte veya toplam puan aracılığıyla da analizleri yapılabilmektedir. Bu ölçeğin toplam puan korelasyonu 0.63 olarak hesaplanmıştır (163). Bu çalışmanın cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Şubat 2022- Nisan 2022 dönemleri arasında okullarda öğrencilerle yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır.

Ön test uygulamasında veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Özellikler Formu ve Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının her ikisine de araştırmacı tarafından herhangi bir uygulama gerçekleştirilmeden dağıtılıp öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanması için kullanılan formların uygulanması ortalama 15-20 dk sürmüştür.

Son test olarak Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubuna, deney grubuna verilen eğitimler tamamlandıktan 1 hafta sonra, son test uygulanmıştır.

3.7. Hemşirelik Girişimi

Deney grubuna uygulanacak olan BDT Temelli Psikoeğitim İnteraktif Eğitim şeklinde gerçekleştirilmiştir. BDT temelli psikoeğitimi uygulayan araştırmacı, Prof. Dr. Murad Atmaca tarafından 21 Aralık 2019/19 Ocak 2020 tarihinde verilen ‘‘Uygulamalı Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi’’ isimli eğitim programına katılarak, katılım belgesini almıştır (EK-4).

Deney grubundaki bireylere ilk oturumda, Mardin /Artuklu Evliya Çelebi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi’nde eğitimin uygulanabileceği bir salonda, araştırmacı tarafından BDT temelli psikoeğitim programıyla ilgili bilgi verilmiştir. Bilgilendirme yapıldıktan sonra deney grubundaki bireylere ön testler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği) uygulanıp, bireylerle BDT temelli psikoeğitim günleri ve eğitim programı belirlenmiştir. Deney grubundaki bireyler 6-8 kişilik gruplara ayrılmıştır. Eğitim haftada iki gün, farklı saatlerde olmak üzere 4 hafta boyunca haftada 2 oturum, toplam 8 oturum olacak biçimde araştırmacı tarafından grup eğitimi olarak verilmiştir. Herbir oturum ortalama 40-50 dakika süre ile gerçekleştirilmiştir. Eğitimler Powerpoint sunu şeklinde uygulanmıştır. Ayrıca çeşitli sebeplerle oturumlara katılamayan ya da program gün ve saatine uymakta zorlanabilecek öğrenciler için telafi eğitimleri düzenlenmiştir.

Kontrol grubunun bulunduğu Mardin/Artuklu Mardin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi’nde okuyan öğrencilere ise herhangi bir eğitim verilmemiştir.

3.7.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği

- 1. Oturum:** Bu oturumdaki amaç eğitim vereceğimiz öğrenci grubuyla birlikte eğitim programı oluşturmaktır. Öğrencilerle tanışılarak, eğitim programı hakkında bilgilendirme yapıldı. Eğitim grupları ve programı oluşturuldu. Eğitimin gün, saat ve nerde yapılacağı kararlaştırıldı. Bireylere ön testler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği) uygulandı. BDT temelli psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapıldı.
- 2. Oturum:** Bu oturumun amacı öğrencilere sigara ve sigaranın zararları hakkında bilgi vermektir. Eğitim içeriği; sigara konusu, sigaranın içinde

bulunan maddeler, sigaranın kısa ve uzun dönemde etkileri, sigaranın tetiklediği hastalıklar, sigaranın sözde yararı olarak bilinen yanlış düşünceler, sigarayla ilgili en sık duyulan şartlanma ifadeleri, sigara hakkında yanlış bilinenler, sigarayı bırakmanın önünde bulunan engeller, sigarayı bıraktıktan sonra vücudumuzda meydana gelecek değişikliklerden oluşmaktadır. Eğitim için Yeşilay Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programı kapsamında hazırlanan konu ile ilgili power point slayt kullanılmış olup, hazırlanan video izletilmiştir (28). Oturum öğrencilerin de bu konu ile ilgili görüşleri alınarak sonlandı.

3. **Oturum:** Oturumun amacı BDT hakkında bilgilendirme yaparak BDT'nin ABC'sini kavrayıp olayları yorumlama şeklimizin duygu ve düşüncelerimizi etkileyebileceği farkındalığı oluşturmaktır. Oturuma rahatsız eden gerçeklerden kaçıp mutlu eden yalanlara bilet alıp kapısından içeri giren insanların yer aldığı slaytı yorumlamalarını isteyerek başlandı. Öğrencilerin bununla ilgili yorumları alındıktan sonra BDT'nin tanımı yapıldı. Duygu, düşünce ve davranış kavramları açıklanarak bunlara örnekler verildi. BDT'nin temel kavramları olan ABC hakkında bilgilendirme yapıldı. A noktasındaki olaya (uyaran) C noktasında verilen duygusal yanıtı (tepki) belirleyen, A ile C arasındaki B noktasında A olayı ile ilgili olarak yapılan yorum olduğu açıklandı. B noktasında A olayı ile ilgili yapılan farklı yorumların, C noktasında farklı duygularımızın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. ABC'ye örnek olarak evde yalnız başlarına iken arka odadan pencere sesinin geldiğini duyduklarında ne düşünüp, ne hissettikleri sorularak yorumları alındı. Bunun dışında farklı örnekler de verilerek oturum sonlandı.
4. **Oturum:** Bu oturumdaki amaç otomatik düşünce kavramı hakkında bilgilendirme yapmaktır. Otomatik düşüncenin yaşamda karşılaşılan çeşitli durumlarda spontan olarak oluşan düşünceler olduğu bunların çoğunlukla ön yargılı ve basmakalıp, olumlu veya olumsuz olabileceği işlendi. Bu düşüncelerin ani olmaları, telgraf ifadeleri gibi kısa ve kesik, kendiliğinden ortaya çıktığı, yönlendirilmiş düşünce ürünü olmadıkları, kişinin bunların farkında olmadığı, fakat eşlik eden duygunun fark edilebildiği, sürekliliklerinin olmadığı, zihinden birden geçtikleri, gramer kurallarına uygun olmadıkları gibi özellikleri işlendi. Otomatik düşüncelere örnekler verilerek öğrencilerinde o anda zihinlerine gelen otomatik düşünceleri

paylaşması istendi. Ev ödevi olarak olumsuz duygu kaydı formu (EK-5) öğrencilere verilerek bir daha ki oturuma kadar bu formları doldurması ve yakaladığı otomatik düşünceleri not etmesi istendi (164).

5. **Oturum:** Bu oturumun amacı ara inançlar ve kuralların neler olduğunu, günlük hayatta bunları fark etmemizi sağlamak. Ara inançlarımızın otomatik düşüncelerin hemen altında yatan orta düzey inançlar olduğu işlendi. Öğrencinin dünyanın nasıl işlediğine dair içselleştirilmiş kuralları olarak düşünülebileceğini, bu kuralların genellikle öğrencinin eğer bir şey olursa o zaman bunun belli bir (ki bu olumlu ya da olumsuz olabilir) sonuca götüreceğine inandığı eğer-o zaman ifadeleri olarak tanımlandığı vurgulandı. Ara inançlar ve temel inançların tanımları, özellikleri işlendi. Ara inançlar ve temel inançlara örnekler verilerek, öğrencilerinde bunlara örnek vermeleriyle oturum sonlandı.
6. **Oturum:** Oturumun amacı günlük hayatta yaptığımız bilişsel hataların farkına varmak ve mümkün olduğunca bu bilişsel hataları en aza indirmek yada hiç yapmamaktır. Bilişsel hata kavramı ve ya hep-ya hiç düşüncesi, zihin okuma, felaketleştirme, aşırı genelleme, olumluyu küçümseme, kişiselleştirme, duygu nedenselleştirme, meli, -malı ifadeleri, etiketleme, keyfi çıkarsama, abartma, tünelden bakma, zihinsel filtre gibi bilişsel hatalar işlendi. Bilişsel hatalar tek tek örneklerle açıklandı. Öğrencilerinde günlük yaşantılarında en sık yaptıkları bilişsel hatalara örnek vermesi istendi. Günlük hayatta en sık yaptığımız bilişsel hatalara örnekler verilerek oturum sonlandı.
7. **Oturum:** Oturumun amacı günlük yaşantımızda karşılaşılan stres faktörleriyle uygun şekilde baş etmeyi öğrenmek. Stresin hayatımızın bir parçası olduğu, stressiz bir yaşamın mümkün olmadığı, önemli olan bu stresle etkin baş etmeyi bilmemizin önemi vurgulandı. Stresin tanımı, stres faktörleri, stresin olumlu ve olumsuz yanları, stresin belirtileri işlendi. Stresle baş etmede etkili olmayan yöntemlere değinildi. Stresle etkin baş etmek için yapılması gerekenler işlendi. Gevşeme (relaksasyon) egzersizlerinden zihinde canlandırma ve nefes egzersizleri öğrencilerle birlikte uygulamalı olarak yapıldı.
8. **Oturum:** Eğitim genel olarak değerlendirildi. Öğrencilerin eğitim hakkındaki görüşleri alındı. Değerlendirme ve kapanış yapılarak deney ve kontrol grubundaki öğrencilere son test olan Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği uygulandı.

NOT: Her oturumun başında bir önceki oturum değerlendirmesi ve konu tekrarı özet olarak işlendi.

Tablo 3.1. BDT temelli psikoeğitim planı

Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitim		
1.Oturum	Tanışma ve Hazırlık	Öğrencilerle tanışılarak, eğitim programı hakkında bilgilendirme yapıldı. Eğitim grupları ve programı oluşturuldu. Ön testler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği) uygulandı.
2.Oturum	Sigara ve Sigaranın Zarar Mekanizması	Sigaranın Zarar Mekanizması Bağımlılığın Tanımı Sigaranın içinde bulunan kimyasal maddeleri Sigaranın kısa ve uzun süreli etkileri Sigaranın tetiklediği hastalıklar
3.Oturum	Bilişsel Davranışçı Terapi	Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) BDT'nin tanımı BDT'nin ABC'si ve örnekler Duygu, düşünce ve davranışın tanımları ve örnekler
4.Oturum	Otomatik Düşünce Kavramı	Otomatik Düşünce Otomatik düşüncenin tanımı Otomatik düşüncenin özellikleri Zihnimize gelen otomatik düşünceleri yakalama Zihnimize gelen otomatik düşünce örnekleri
5.Oturum	Ara ve Temel İnançlar	Ara ve Temel İnançlar Kavramı Ara inançların tanımı Ara inançlara örnekler Temel inançların tanımı Temel inançlara örnekler
6.Oturum	Bilişsel Hatalar	Bilişsel Hata Kavramı Bilişsel hata kavramının tanımı Bilişsel hata kategorileri ve tanımları Bilişsel hata kategorilerine örnekler
7.Oturum	Stres ve Stresle Baş Etme Yöntemleri	Stresle Baş Etme Yöntemleri Stresin tanımı Stres kaynakları Stresin belirtileri Stresle başa çıkmada etkili olmayan yöntemler Stresle başa çıkmada etkili olan yöntemler Zihinde canlandırma ve nefes egzersizleri
8.Oturum	Değerlendirme	Eğitimin genel değerlendirmesi yapıldı. Son testler uygulanarak eğitim sonlandırıldı

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitim

Bağımlı Değişkenler: Madde Kullanma Eğilimi Düzeyi

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin mesleği, babanın mesleği, gelir düzeyini algılama durumu, ailede sigara kullanma durumu ve sigarayı kullanmaya başladığı süre.

Kontrol ve deney gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması (S=110)

	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
Tanıtıcı Özellikler	S	%	S	%	
Yaş					
13-15	13	23.6	5	9.1	$X^2=4.251$
16-18	42	76.4	50	90.9	$p=0.040$
Cinsiyet					
Kadın	7	12.7	5	9.1	$X^2=0.374$
Erkek	48	87.3	50	90.9	$p=0.543$
Kaçıncı sınıfta okuduğu					
Lise 1	1	1.8	3	5.5	
Lise 2	19	34.5	18	32.7	$X^2=13.443$
Lise 3	12	21.8	26	47.3	$p=0.048$
Lise 4	23	41.8	8	14.5	
Anne eğitim düzeyi					
Okur-yazar değil	19	34.5	18	32.7	
İlkokul	23	41.8	11	20.0	$X^2=9.157$
Ortaokul	7	12.7	12	21.8	$p=0.050$
Lise	6	10.9	13	23.6	
Önlisans/Lisans			1	1.8	
Baba eğitim düzeyi					
Okur-yazar değil	8	14.5	4	7.3	
İlkokul	19	34.5	15	27.3	$X^2=4.624$
Ortaokul	12	21.8	20	36.4	$p=0.219$
Lise	14	25.5	12	21.8	
Önlisans/Lisans	2	3.6	4	7.3	
Annenin mesleği					
Ev hanımı	45	81.8	48	87.3	
Memur	2	3.6	1	1.8	$X^2=1.859$
İşçi	5	9.1	2	3.6	$p=0.658$
Serbest meslek	3	5.5	4	7.3	

Babanın mesleği					
Çalışmıyor	14	25.5	11	20.0	
Memur	9	16.4	9	16.4	$X^2=2.171$
İşçi	15	27.3	11	20.0	$p=0.294$
Serbest meslek	17	30.9	24	43.6	
Gelir durumu					
Çok iyi	8	14.5	5	9.1	
İyi	27	49.1	32	58.2	$X^2=1.259$
Kötü	15	27.3	13	23.6	$p=0.905$
Çok kötü	5	9.1	5	9.1	
Ailede sigara kullanım durumu					
Evet	40	72.7	44	80.0	$X^2=0.806$
Hayır	15	27.3	11	20.0	$p=0.372$
Sigara kullanım süresi					
0-1 yıl	16	29.1	15	27.3	
1-2 yıl	7	12.7	9	16.4	$X^2=1.543$
2-3 yıl	6	10.9	7	12.7	$p=0.752$
3 yıldan fazla	26	47.3	24	43.6	

Araştırmada kontrol değişkenleri açısından gruplar arasında okuduğu sınıf ve yaş değişkenlerinde fark varken ($p<0.05$), diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 26 paket programı kullanılmıştır. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda t-testi, Ki-kare, varyans analizi testleri kullanılmıştır.

Tablo 3.3. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Değişkenler	Kullanılacak İstatistiksel Yöntem
Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
İç tutarlılık “İç tutarlılık katsayısı”	Cronbach alfa katsayısı
Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	Ki kare ve Bağımsız gruplarda t-testi
Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası ön test-son test grup içi puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımlı gruplarda t-testi
Deney ve kontrol gruplarının ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t-testi

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan 02.11.2021 tarih ve 2021/2659 sayı numarasıyla onay alınmıştır (EK-6). Liselerde çalışmayı yapabilmek için Mardin İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden izin alınmıştır (EK-7). Ayrıca araştırmamızda kullandığımız Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (EK-8). Araştırmaya başlamadan önce öğrencilere Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır (EK-9). Velilerden onay almak için ise Veli Onam Formu (EK-10) kullanılmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular evrene genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezi doğrultusunda sunuldu.

Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	S	%	S	%
Yaş				
13-15	13	23.6	5	9.1
16-18	42	76.4	50	90.9
Cinsiyet				
Kadın	7	12.7	5	9.1
Erkek	48	87.3	50	90.9
Kaçıncı sınıfta okuduğu				
Lise 1	1	1.8	3	5.5
Lise 2	19	34.5	18	32.7
Lise 3	12	21.8	26	47.3
Lise 4	23	41.8	8	14.5
Anne eğitim düzeyi				
Okur-yazar değil	19	34.5	18	32.7
İlkokul	23	41.8	11	20.0
Ortaokul	7	12.7	12	21.8
Lise	6	10.9	13	23.6
Önlisans/Lisans			1	1.8
Baba eğitim düzeyi				
Okur-yazar değil	8	14.5	4	7.3
İlkokul	19	34.5	15	27.3
Ortaokul	12	21.8	20	36.4
Lise	14	25.5	12	21.8
Önlisans/Lisans	2	3.6	4	7.3
Annenin mesleği				
Ev hanımı	45	81.8	48	87.3
Memur	2	3.6	1	1.8
İşçi	5	9.1	2	3.6
Serbest meslek	3	5.5	4	7.3
Babanın mesleği				
Çalışmıyor	14	25.5	11	20.0
Memur	9	16.4	9	16.4
İşçi	15	27.3	11	20.0
Serbest meslek	17	30.9	24	43.6

Gelir durumu				
Çok iyi	8	14.5	5	9.1
İyi	27	49.1	32	58.2
Kötü	15	27.3	13	23.6
Çok kötü	5	9.1	5	9.1
Ailede sigara kullanım durumu				
Evet	40	72.7	44	80.0
Hayır	15	27.3	11	20.0
Sigara kullanım süresi				
0-2 yıl	16	29.1	15	27.3
1-2 yıl	7	12.7	9	16.4
2-3 yıl	6	10.9	7	12.7
3 yıldan fazla	26	47.3	24	43.6

Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; kontrol grubunun %23.6'sı 13-15 yaş aralığında, %76.4'ü 16-18 yaş aralığında, %12.7'si kadın, %87.3'ü erkek, %1.8'i lise 1. sınıfta, %34.5'i lise 2. sınıfta, %21.8'i lise 3. sınıfta ve %41.8'i lise 4. sınıfta okumaktadır. Annelerin %35.5'i okur-yazar değil, %41.8'i ilkokul mezunu, %12.7'si ortaokul, %10.9'u lise mezunu, babaların %14.5'i okur-yazar değil, %34.5'i ilkokul, %21.8'i ortaokul, %25.5'i lise, %3.6'sı önlisans/lisans mezunudur. Annelerin %81.8'i ev hanımı, %3.6'sı memur, %9.1'i işçi, %5.5'i serbest meslekle uğraşmakta, babaların %25.5'i çalışmıyor, %16.4'ü memur, %27.3'ü işçi ve %30.9'u serbest meslekle uğraşmaktadır. Gelir durumunu %14.5'i çok iyi, %49.1'i iyi, %27.3'ü kötü, %9.1'i çok kötü algılamaktadır. Ailesinde başka sigara kullanan var mı durumuna %72.7'si evet, %27.3'ü hayır cevabını vermiştir. %29.1'i 0-2 yıldır sigara kullanmakta, %12.7'si 1-2 yıldır, %10.9'u 2-3 yıldır ve %47.3'ü 3 yıldan fazla sigara kullanmaktadır.

Deney grubunun %9.1'i 13-15 yaş aralığında, %90.9'u 16-18 yaş aralığında, %9.1'i kadın, %90.9'u erkektir. %5.5'i lise 1. sınıfta, %32.7'si lise 2. sınıfta, %47.3'ü lise 3. sınıfta, %14.5'i lise 4. sınıfta okumaktadır. Annelerin %32.7'si okur-yazar değil, %20.0'si ilkokul, %21.8'si ortaokul, %23.6'sı lise, %1.8'i önlisans/lisans mezunu, babaların %7.3'ü okur-yazar değil, %27.3'ü ilkokul, %36.4'ü ortaokul, %21.8'i lise, %7.3'ü önlisans/lisans mezunudur. Annelerin %87.3'ü ev hanımı, %1.8'i memur, %3.6'sı işçi, %7.3'ü serbest meslek, babaların %20.0'si çalışmıyor, %16.4'ü memur, %20.0'ı işçi, %43.6'sı serbest meslektir. Gelir durumunu %9.1'i çok iyi, %58.2'si iyi, %23.6'sı kötü, %9.1'i çok kötü algılamaktadır. Ailesinde başka sigara kullanan var mı

durumuna %80'i evet, %20.0'si hayır demiştir. %27.3'ü 0-2 yıl, %16.4'ü 1-2 yıl, %12.7'si 2-3 yıl, % 43.6'sı 3 yıldan fazla sigara kullanmaktadır.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ön test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Ön Test		*Test ve Önemlilik
	Deney Grubu (S=55)	Kontrol Grubu (S=55)	
	Ort (±S.S)	Ort (±S.S)	
Madde Kullanma Eğilimi Toplam Puanı	19.72±3.79	18.79±3.63	t=-1.287 p=0.201

*Bağımsız gruplarda *t* testi

Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubunun ön test MKEÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalaması 19.72±3.79, kontrol grubunun madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalaması 18.79±3.63 olarak belirlendi. Her iki grubun MKEÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin son test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Son Test		*Test ve Önemlilik
	Deney Grubu (S=55)	Kontrol Grubu (S=55)	
	Ort (±S.S)	Ort (±S.S)	
Madde Kullanma Eğilimi Toplam Puanı	17.12±4.99	19.00±3.21	t=2.323 p=0.022

*Bağımsız gruplarda *t* testi

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubunun son test MKEÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun son test MKEÖ toplam puan ortalaması 17.12±4.99 olarak belirlendi. Kontrol grubunun son test MKEÖ toplam puan ortalaması 19.00±3.21 olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubu son test MKEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak belirlenen farkın önemli olduğu sonucuna ulaşıldı ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test madde kullanma eğilimi ölçek toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması

		Ön test	Son test	*Test ve Önemlilik
		Ort (±S.S)	Ort (±S.S)	
Deney Grubu (S=55)	Madde Kullanma Eğilimi Toplam Puan	19.72±3.79	17.12±4.99	$t=3.203$ $p= 0.002$
Kontrol Grubu (S=55)	Madde Kullanma Eğilimi Toplam Puan	18.79±3.63	19.00±3.21	$t=-0.286$ $p= 0.776$

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Tablo 4.4 incelendiğinde; deney grubunun ön test MKEÖ toplam puan ortalaması 19.72±3.79, son test MKEÖ toplam puan ortalaması ise 17.12±4.99 olarak belirlendi. Deney grubu ön test ve son test MKEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak belirlenen farkın önemli olduğu görüldü ($p<0.05$).

Kontrol grubunun ön test MKEÖ toplam puan ortalaması 18.79±3.63, son test MKEÖ toplam puan ortalaması ise 19.00±3.21 olarak belirlendi. Kontrol grubu ön test ve son test MKEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Literatür taramalarında sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmamız özgün olma özelliği taşımaktadır. Bu bölümde sonuçlar, araştırmaya en yakın literatür ile tartışılmaya çalışılmıştır.

Araştırmada, BDT temelli psikoeğitim uygulamasına başlamadan önce hem deney grubunda hem de kontrol grubundaki bireylerde madde kullanma eğiliminin olduğu görülmektedir. BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki bireylerin MKEÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2).

Kılıç ve Uzunçakmak'ın üniversite öğrencilerinin madde kullanımındaki risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları araştırmalarında sigara kullanımının, madde kullanımı risk faktörleri arasında etkili olduğunu saptamıştır (165). Öz ve Alkeveli tarafından yapılan öğrencilerin madde kullanımı ve bağımlılığında etkili olan faktörlerin demografik özellikler yönünden değerlendirildiği çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin %65.5'inin sigara kullandığını ifade etmektedir (166). Akkuş ve arkadaşlarının lisede okuyan öğrenci gruplarında sigara ve alkol kullanma sıklığı ve bunu etkileyen durumların incelendiği çalışmalarında sigara kullanan öğrencilerin alkol de kullanıyor olmasını, sigaranın madde kullanımında başlangıç madde olma özelliği taşıdığı sonucuna bağlanmaktadır (167). Acar ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara kullanan kişilerin sigara kullanmayan kişilere göre madde kullanma alt boyutu puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (168). Ergenlerde yapılan başka bir çalışmada sigara kullanan ergenlerin madde kullanımına geçiş yaptığı, sigara kullanımına başlama yaşından madde kullanımı başlama yaşına kadar geçen sürenin de yaklaşık 2 yıl olduğu belirtilmiştir. Ayrıca erken yaşta sigara kullanımının başlaması ve sonrasında madde kullanımına geçilmesinin köprü hipoteziyle açıklanabileceği belirtilmiştir (169,170). Strong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ergenlikte düzenli olarak sigara içenlerin yaklaşık %31'inin, yetişkinlikte herhangi bir yasa dışı ilaca bağımlı olduğu veya bu maddeyi kötüye kullandığı, bu oranın düzensiz olarak sigara içen ergenlerde ise %13 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca düzenli sigara içen ergenlerde esrar, kokain kullanımı, alkol kötüye kullanımı sorunlarının önemli ölçüde daha yüksek oranda görüldüğü ifade edilmiştir (171). Akcan Kara ve ark. 'nın çalışan

adölesanlarda sigara kullanım durumu ile ilgili yaptıkları çalışmada; öğrencilerin yarısından daha fazlasının sigara içtiği, % 67.5'inin sigarayı denediği ve çalışan adölesanların madde kullanım açısından riskli olduğu belirtilmiştir (172). Can ve ark. yaptığı çalışmada öğrencilerin %60.1'inin sigara içtiğini, %4.5'inin bağımlılık yapıcı özelliğe sahip diğer (eroin, uyku ilaçları, esrar, kokain, bonzai vb) maddeleri en az bir kere denediğini ve bu maddelerden herhangi birini denediğini söyleyen öğrencilerin de %55.3'ünün sigara kullanımına devam ettiğini belirtmiştir (173).

Araştırmada BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunun madde kullanma eğilimi ölçeği toplam puan ortalamasının kontrol grubundaki kişilerin toplam puan ortalamasına göre düştüğü görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubundaki bireylerin madde kullanma eğilimi ölçeği toplam puan ortalaması psikoeğitim öncesine göre azalma göstermiştir.

Literatürde sigara kullananlarda BDT temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamaktadır. BDT temelli yapılan çalışmaların çoğu genellikle sigara ve madde kullanan bireylerde bu maddelerin kullanımının azaltılması veya bırakılmasına yönelik yapılmıştır. Bunun dışında farklı psikososyal uygulamaları içeren müdahalelerin de madde kullanma eğilimini azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (174-177).

Zvolensky ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara içenler arasında sigara bağımlılığının sürdürülmesinde duygu düzenlemesinin potansiyel rolünün oldukça güçlü olduğunu vurgulamaktadır (178). Zakaria ve ark. yaptıkları çalışmada BDT temelli müdahalenin kullanılmasının ergenlerde madde kullanımını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (179). Fernandez ve ark.'nın yaptığı çalışmada BDT'nin sigarayı bırakma konusunda etkili olduğunu, buna ek tedavi yöntemlerinin eklenmesiyle etkinliğinin artabileceğini belirtmişlerdir (180). 20 adet çalışmanın değerlendirildiği sistematik bir çalışmada BDT temelli müdahalelerin sigara bırakma tedavisinde önemli bir uygulama olduğunu göstermektedir. Çünkü bağımlılıkla mücadele ve geri çekilme, duygu durum yönetimi, uyarıcıların kontrolü ve baş etme mekanizmaları çalışmaların ana bileşenleri olarak kullanılmıştır ve psikolojik bağımlılığı bırakmaya yardımcı olduğu düşünülebilmektedir. Böylece sigara kullanımını bırakma halinin devam ettirilebilme olasılığı da artabilmektedir. Bu durumda önemli olan sigarayı bırakmak değil, bırakma durumunun devamlılığının sürdürülmesi olmaktadır. BDT bu durumda etkin ve başarılı bir seçenek olmaktadır. Değerlendirilen bu 20 makaleden sigara içmenin altında yatan mekanizmalara dikkati yoğunlaştırıp etkili olması nedeniyle BDT temelli uygulamalar

(özellikle uygulanan diğer destekleyici tedavi yöntemleriyle bir araya getirildiğinde) başarılı bulunmuştur (181). Yapılan başka bir çalışmada BDT ve sigarayı bırakma protokolü uygulanan grupta sigara bırakma oranının, sağlık eğitimi ve sigarayı bırakma protokolü uygulanan diğer gruba göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. BDT uygulamasının olduğu grupta sigara bırakma oranı %25.9 iken, BDT uygulanmayan grupta %18.5 olduğu belirtilmiştir (182). Wolf ve ark.'nın farklı zihinsel bozukluklar için ev tabanlı hizmetler alan ergenler için entegre bir bilişsel davranışçı tedavi protokolünün randomize bir denemesi olan çalışmasında BDT'nin madde kullanımının azaltılmasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (183).

Kontrol ve deney grubundaki sigara içen adölesan bireylerde ön test ve son test madde kullanma eğilimi düzeyleri incelendiğinde kontrol grubunun ön teste göre toplam puan ortalamasının arttığı, deney grubunun ise ön teste göre toplam puan ortalamasının azaldığı görülmektedir ($p < 0.05$, Tablo 4.4). Deney grubundaki bireylerin ön teste göre son testte madde kullanma eğilim düzeyleri psikoeğitim öncesine göre azalmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin ise ön teste göre son test madde kullanma eğilimi düzeylerinde bir artışın olduğu belirlenmiştir. Lancaster ve Stead'ın yaptığı çalışmada sigara kullananlara verilen bireysel davranış değişikliği uygulamasının kişilerde sigarayı bıraktırma konusunda yüksek düzeyde etkili olduğunu belirtmiştir (184). Almanya'da yapılan bir çalışmada sigarayı azaltma programı uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda bilişsel davranışçı temelli sigara azaltma programının deney grubunda tek başına sigarayı azaltma oranında, kontrol grubuna göre %50'lik bir azalma ile üstün bir etki gösterdiği belirtilmiştir (185). Bal'ın yaptığı şema terapinin sigarayı bırakma davranışı üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmasında, şema terapi uygulanan deney grubunun sigara içme davranışının, şema terapi uygulanmayan kontrol grubuna göre daha az olduğu anlaşılmaktadır. Şema terapi BDT'nin gelişmiş bir modelidir. Şema terapi uygulamasının sigara içme davranışını azaltmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır (186). Çalışmamızın sonuçları literatür sonuçları ile benzer özellik göstermektedir.

Psikoeğitim sonucunda deney grubundaki sigara kullanan adölesanların madde kullanma eğilimi düzeyleri toplam puan ortalamasındaki azalma, araştırma hipotezimiz olan '**Sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi temelli verilen psikoeğitim madde kullanma eğilimini azaltır**' ı doğrulamaktadır. BDT temelli psikoeğitim uygulamasında sigaranın zarar mekanizması, BDT'nin ABC'si, ev ödevleriyle günlük hayatta otomatik düşünceleri yakalama, yapılan bilişsel hatalar, temel ve ara inançlar, stres, kaygı ve öfke gibi duygularla baş etme yöntemleri konusunda destek

sağlanmaya çalışılmıştır. Buna dayanarak BDT temelli psikoeğitimin sigara kullanan bireylerde olayları yorumlama şeklinin duygu, düşünce davranışları etkilediği, bilişsel hataları azaltarak indirgeyerek dışsal ve içsel duyguları, yaşantıları ve deneyimleri yargılamadan yorumlamaya katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. BDT'ye göre kişinin olayları yorumlama şeklinin duygu, düşünce ve davranışlarını etkilediği düşünüldüğünde, BDT veya BDT temelli uygulama alan bireylerin duygularını daha iyi kontrol edebileceği ve düzenleyebileceği söylenebilir. Duygu düzenleme potansiyeli artan kişinin, sigara kullanımı ve bağımlılığının azalma olasılığı da artabilir. Sigara kullanımının madde kullanımında bir geçiş rolü üstlendiği düşünüldüğünde sigarayı bırakan bireylerin madde eğilimi ve kullanımının da azalabileceği söylenebilir. Ayrıca BDT temelli psikoeğitimin sigara kullanan bireylerde madde kullanma isteğine karşı zorlayıcı durumların farkına vararak olumsuz durumları yargılamadan kabullenmeyi ve günlük yaşantılarındaki olayları yorumlama, otomatik düşünce ve bilişsel hatalarını fark ederek duyguların düzenlenmesinde etkili baş etme becerilerini öğrenmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Bundan dolayı deney grubunun madde kullanma eğilimi düzeyinin azalmış olabileceği söylenebilir. Araştırma sonuçları doğrultusunda sigara kullanan adölesanlara verilen BDT temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimini azaltmada etkili bir yöntem olduğu, bu sebeple de sigara kullanan adölesanlara verilen psikoeğitimlerin BDT'ye dayandırılarak yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sigara kullanan adölesanlarda bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki sigara kullanan adölesanlarda madde kullanma eğiliminin olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubundaki sigara kullanan adölesanlarda kontrol grubundaki sigara kullanan adölesanlara göre madde kullanma eğiliminin azaldığı,
- BDT temelli psikoeğitimin sigara kullanan adölesanlarda madde kullanma eğilimini azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Sigara kullanan adölesanlara madde kullanımına yönelik verilecek olan eğitim programlarına BDT temelli psikoeğitim programlarının eklenmesi,
- ✓ Psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada etkin rol alarak, BDT temelli psikoeğitimleri aktif olarak kullanması,
- ✓ Okullarda bağımlılık yapıcı maddelerin zararları ve içme dürtüsü ile etkin şekilde başetmeye yönelik dönem dönem eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Adölesanların sigara ve bağımlılık yapıcı diğer maddelerden uzak tutulması amacıyla, sağlıklı alışkanlık kazandırılması ve ruh sağlığını koruyucu/geliştirici uygulamalar için BDT temelli psikoeğitimde sonuçların karşılaştırılabilir olması için daha büyük örneklem gruplarında daha kapsayıcı çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Psikiyatri Derneği Nikotin (Sigara) Bağımlılığı. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik> Son Erişim Tarihi 7 Mayıs 2022.
2. *World Health Organization*. Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. Third edition 2019: 1-150.
3. Öntaş E, Aslan D. Küresel yetişkin tütün araştırması; Türkiye 2016 verileri. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı toplum için bilgilendirme dizisi, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr> Son Erişim Tarihi 22 Temmuz 2022.
4. Puskar KR, Tusoie Mumfor DK, Sereika S. Health concerns and risk behaviors of rural adolescents. *J Community Health Nurs* 1999,16: 109-19.
5. Aras Ş, Günay Özcan S, Orçın E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007,8: 186-96.
6. Centers for Disease Control and Prevention (US) Preventing Tobacco Use Among Youth And Young Adults: A Report Of The Surgeon General. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22876391/> Son Erişim Tarihi 14 Nisan 2022.
7. Reeder AI, Williams S, McGee R, Glasgow H. Tobacco smoking among fourth form school students in Wellington, New Zealand, 1991-97. *Aust N Z J Public Health* 1999, 23(5): 494-500.
8. T.C Sağlık Bakanlığı Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf Son Erişim Tarihi 18 Ağustos 2022.
9. Buller DB, Borland R, Woodall WG, Hall JR, Burris Woodall P, Voeks JH. Understanding factors that influence smoking uptake. *Tob Control* 2003,12(4): 16-25.
10. Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente T. Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001, 29(1): 22-30.
11. Vega WA, Gil AG. Revisiting drug progression: long-range effects of early tobacco use. *Addiction* 2005,100(9) :1358-69.

12. Ellickson PL, Hays RD, Bell RM. Stepping Through the Drug Use Sequence: Longitudinal Scalogram Analysis of Initiation and Regular Use. *J Abnorm Psychol* 1992, 101(3): 441–51.
13. Orlando M, Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Concurrent use of alcohol and cigarettes from adolescence to young adulthood: An examination of developmental trajectories and outcomes. *Subst Use Misuse* 2005, 40(8): 1051-69.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Effectiveness of school-based programs as a component of a statewide tobacco control initiative-Oregon, 1999-2000. *MMWR* 2001, 50(31): 663-6.
15. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Edu Res* 2001, 16(1): 49-57.
16. Aytemur ZF, Pişmişoğlu B, Kılınç O, Pişmişoğlu E, Hacıevliyagil SS, Karaman C. Intensive clinic intervention plus psychodrama in smoking cessation and effects on cessation outcome. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012, 32(3): 630-7.
17. Klemperer EM, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW, Fingar JM. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. *SSA* 2016, 112: 146-55.
18. Karadağ M, Karadağ S, Ediz S, Işık ES. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. *Yeni Tıp Dergisi* 2011, 29(1): 27-31.
19. Mason MJ, Campbell L, Way T, Marcus L, Marcus K, Benotsch E, Mennis J, Zhang J, King L, May J, Stemberge DR. Development and outcomes of a text messaging tobacco cessation intervention with urban adolescents. *Substance Abuse* 2015, (36): 500-6.
20. Strecher V, Shiffman S, West R. Randomized control-led trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *SSA* 2005, 100(5): 682-8.
21. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 17(3): 179-85.

22. Campbell R, Starkey F, Audrey S, Bloor M, Langdon Parry N, Hughes R. An informal schoolbased peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASIST): A cluster randomised trial. *Lancet* 2008, 371(9624): 1595-602.
23. Steward T, Formica MK, Adachi-Mejia AM, Wang D, Gerrad M. A tobacco cessation intervention with rural, medically underserved, blue-collar employees: A quasi experimental study. *Saf Health Work* 2016,7(4): 293-8.
24. Sağkal T. Alkol ve Madde Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlülüğün İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2005.
25. Vidrine IJ, Woerpel CL, Daza P, Wright LR, Wetter DW. Smoking cessation 2: Behavioral Treatments; *Behav Med* 2006, 32(3): 99-109.
26. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York, Guilford Press, 2011: 339
27. Reddy UK, Siyo RKN, Haque MAU, Basavaraja H, Acharya BLG, Divakar DD. Effectiveness of health education and behavioral intervention for tobacco de addiction among degrees tudents: A clinic altrial. *J Int Soc Prev Community Dent* 2015, 5(2): 93-100.
28. Kapson HS, Leddy MA, Haaga DA. Specificity of effects of cognitive behavior therapy on coping, acceptance, and distress tolerance in a randomized controlled trial for smoking cessation. *J Clin Psychol* 2012, 68(12):1231-40.
29. López Núñez C, Alonso Pérez F, Pedrosa I, Villa RS. Cost effectiveness of a voucher-based intervention for smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016, 42(3):296-305.
30. Mitchell SG, Gryczynski J, O'Grady KE, Schwartz RP. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions. *J Subst Abuse Treat*. 2013, 44(5):463-72.
31. Haggerty RJ. Problem behavior in adolescence. *Acta Paediatr Jpn* 1989, 31(2):107-14.
32. Uzun S, Kelleci M. Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı: Madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve ilişkili faktörler. *Duşunen Adam* 2018, 31(4):356-63.

33. Akbaş E, Yiğitoğlu G. Öfke ve Adölesan. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2022, 5(1): 139-47.
34. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) More Than 1.2 Million Adolescents Die Every Year, Nearly All Preventable. <https://www.who.int/en/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable> Son Erişim Tarihi 04 Şubat 2022.
35. Taghizadeh Moghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence health: The needs, problems and attention. *Int J Pediatr* 2016, 4 (2):1423-38.
36. Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçın E, Özcan S. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2005, 40(2): 72-82.
37. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Bağımlılık Derg* 2006, 7(3):111-6.
38. Crosby R, Salazar LF, Diclemente RJ, Yarber WL, Caliendo AM, Horne MS. Health risk factors among detained adolescent females. *Am J Prev Med* 2004, 27(5): 404-10.
39. Ulukoca N, Gökgez Ş, Karakoç A. Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi* 2013, 18(4): 230-4.
40. Çavdar S, Sümer EÇ, Eliaçık K, Arslan A, Koyun B, Korkmaz K, Kanık A, Erginöz E, Ercan O, Alıkaşifoğlu M. İzmir’de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Türk Pediatri Arşivi*, 2016, 51: 22-34.
41. *World Health Organization*. Health promotion programs through schools, Geneva, 1995.
42. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Br J Addic* 1992, 87(12):1711-24.
43. Yazıcı H, Ak İ. Çocukların sigara içen ve içmeyenleri algılama biçimleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006, 7: 84-90.
44. Armstrong BK, Klerk NH, Shean RE, Dunn DA, Dolin PJ. Influence of education and advertising on the uptake of smoking by children. *Med Austral* 1990,152(5):117-28.

45. Özlü T. *Sigara Hakkında Bilmek İstedikleriniz*. Beyaz Yayınları, İstanbul, 2002.
46. Boyacı H, Çorapçıoğlu A, Ilgazlı A, Başyigit İ, Yıldız F. Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2003, 14: 169-75.
47. Dios MAD, Vaughan EL, Stanton CA, Niaura R. Adolescent tobacco use and substance abuse treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2009, 37(1):17-24.
48. Ham OK, Lee YJ. Use of the transtheoretical model to predict stages of smoking cessation in Korean adolescents. *J. Sch. Health* 2007, 7(6):319-26.
49. Chang SO, Kim EJ, Kil SY, Seomun GA, Lee SJ. Influential variables on intention and action to quit smoking between adolescent smokers and adult smokers based on the transtheoretical model. *J. Korean Acad. Nurs.* 2005, 35(7):1410-9.
50. Park S. Smoking behavior and predictors of smoking initiation in childhood and early adolescence. *J. Korean Acad. Nurs.* 2009, 39(3):376-85.
51. Sarısoy AN. Üniversite öğrencilerinin sigara bağımlılıklarının nitel araştırma yöntemi ile incelenmesi: Karabük Üniversitesi örneği. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi* 2019, 2(3): 636-44.
52. Kulaksızoğlu A. *Ergenlik Psikolojisi*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2001: 152-9.
53. Kandel DB, Faust R. Sequences and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1975, 32(7): 923-32.
54. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen, K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 1992, 53(5):447-57.
55. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Preliminary estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse. (Office of Applied Studies Advance Report Number 18) 1996: 25-6.
56. Nelson DE, Giovino GA, Shopland DR, Mowery PD, Mills SL, Eriksen MP. Trends in cigarette smoking among U.S. adolescents, 1974 through 1991. *Am J Public Health* 1995, 85(1): 34-40.
57. Myers MG. Smoking intervention with adolescent substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1999, 16(4): 289-98.

58. Myers MG, Brown SA. Cigarette smoking and health among adolescent substance abusers. Paper presented at The Society of Behavioral Medicine Annual Meeting, 1990, Chicago, IL
59. Bejjani N, El Bcheraoui C, Adib SM. The social context of tobacco products use among adolescents in Lebanon (MedSPAD-Lebanon). *J Epidemiol Glob Health* 2012, 2(1):15-22.
60. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Group*. ESPAD report 2015: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs, 2016:36.
61. Reid JL, Hammond D, Tariq U, Burkhalter R, Rynard VL, Douglas O. *Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2019 edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. 2019:73.
62. Gentzke AS, Creamer M, Cullen KA, Ambrose BK, Willis G, Jamal A, King BA. Vital Signs: Tobacco product use among middle and high school students - United States, 2011-2018. *MMWR* 2019, 68(6): 157-64.
63. Wang TW, Gentzke AS, Creamer MR, Cullen KA, Hayes EH, Sawdey MD, Anic GM, Portnoy DB, Hu S, Homa DM, Jamal A, Neff LJ. Tobacco product use and associated factors among middle and high school students-United States, 2019. *MMWR Surveill Summ* 2019, 68(12):1-22.
64. Maso JP, Mayolas SF, Salamó A, Arboix M, Sullman MJM, Gras ME . Predictors of intentions to use cigarettes and electronic-cigarettes among high school students. *J Multidiscip Healthc* 2019, 30(12): 591-9.
65. Çoban FR, Kunst AE, Van Stralen MM, Richter M, Rathmann K, Perelman J, Alves J, Federico B, Rimpelä A, Lorant V, Kuipers MAG. Nicotine dependence among adolescents in the European Union: How many and who are affected?. *J Public Health (Oxf)* 2019, 41(3): 447-55.
66. Akdur R. Gençlerde sigara salgını, http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/recep_akdur_2009.pdf Son Erişim Tarihi 29 Nisan 2022.
67. Ergüder T. *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi*. Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008: 7-15.
68. Özcebe H. *Gençler ve Sigara*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını 2008: 10-12.

69. World Health Organization Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008:The Mpower Package. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818> Son Erişim Tarihi 05 Ağustos 2022.
70. Elbek O. Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat. İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (editörler).*Tütün ve Tütün Kontrolü*, 2.Baskı. İstanbul, Aves Yayıncılık, 2011:56-68.
71. Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE. A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment implications. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000, 39(6): 682-93.
72. Franzkowiak P. Risk taking and adolescent development: the functions of smoking and alcohol consumption in adolescent and its consequences for prevention. *Health Promot* 1987, 2(1): 51-61.
73. Landrine H, Richardson J, Klonoff E, Flay B. Cultural diversity in the predictors of adolescent smoking: the relative influence of peers. *J Behav Med* 1994, 17(3): 331-46.
74. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995, 25(2): 95-101.
75. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998, 17(1): 1735-46.
76. Jorm AF, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S, Korten AE. Smoking and mental health: results from a community survey. *Med J Aust* 1999,170(2): 74-7.
77. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: An empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982, 39(10):1205-12.
78. Brown RA, Linsmith PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35(12):1602-10.
79. Heishman SJ, Taylor RC, Henningfield JE. Nicotine and smoking: A review of effects on human performance. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994, 2(4):345-95.
80. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. Report of the Surgeon General (DHHS Publication CDC 88-8406). Washington, DC: US Government Printing Office 1988: 382-4.

81. Clayton S. Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. *J Sch Health* 1991, 61(3): 115-20.
82. French SA, Perry CL, Leon GR, Gulkersan JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *Am J Public Health* 1994, 84(11): 1818-20.
83. Perez-Stable EJ, Herrera B, Jacob P, Benowitz NL. Nicotine metabolism and intake in black and white smokers. *JAMA* 1998, 280(2):152-6.
84. Wang JC, Kapoor M, Goate AM. The Genetics of substance dependence. *Annu Rev Genom Hum Genet* 2012, 13: 241-61.
85. Noble EP, St Jeor ST, Ritchie T, Syndulko K, St Jeor SC, Fitch RJ, Brunner RL, Sparkes RS. D2 dopamine receptor gene and cigarette smoking: a reward gene?. *Med Hypotheses* 1994, 42(4):257-60.
86. Wium N, Wold B. Family and school influences on adolescent smoking behaviour. *Health Educ.* 2006, 106(6): 465-79.
87. Voorhees CC, Ye C, Carter Pokras O, MacPherson L, Kanamori M, Zhang G, Chen L, Fiedler R. Peers, tobacco advertising, and secondhand smoke exposure influences smoking initiation in diverse adolescents. *Am. J. Health Promot* 2011, 25(3):1-11.
88. Scragg R, Laugesen M. Influence of smoking by family and best friend on adolescent tobacco smoking: Results from the 2002 New Zealand national survey of Year 10 students. *Aust. N. Z. J. Public Health* 2007, 31(3):217-23.
89. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*, 1st ed.; Lippincott Williams & Wilkins: Boston, MA, USA, 2008:87-187.
90. Backes DS, Zanatta FB, Costenaro RS, Rangel RF, Janice V, Krueh CS, De Mattos, KM. Risk indicators associated with the consumption of illicit drugs by schoolchildren in a community in the south of Brazil. *Cien Saude Colet* 2014, 19(3):899-906.
91. Raphaelli CO, Azevedo MR, Hallal PC. Association between health risk behaviors in parents and adolescents in a rural area in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2011, 27 (12):2429-40

92. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 17(3):179-85
93. Keskinoglu P, Karakuş N, Pıçakcıfe M, Giray H, Bilgiç N, Kılıç B. İzmir’de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenmenin etkisi. *Toraks Dergisi* 2006, 7(3): 190-5.
94. Akpınar E, Yoldaşcan E, Saatçi E. The smoking prevalence and the determinants of smoking behavior among students in Cukurova University, Southern Turkey. *West Indian Med J* 2006, 55(6): 414-9.
95. Ennett ST, Bauman KE. The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *J Pers Soc Psychol* 1994, 67:653-63.
96. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health* 1994, 84(4):543-7.
97. Abreu MNS, Caiaffa WT. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Rev Panam Salud Pública* 2011, 30(1): 22-30.
98. Taylor JE, Conard MW, Koetting O'Byrne K, Keith Haddock C, Carlos Poston WS. Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *J Adolesc Health* 2004, 35:190-6.
99. *Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi*. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, Ankara 2017: 9-10.
100. Ünal E. Topluma Yönelik Sigara Karşıtı Müdahalelerin Etkililiği: Bir Meta Analiz Çalışması. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2017.
101. Ergüder T. Dünyada Ütün Kontrolü Ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER). İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (editörler). *Tütün ve Tütün Kontrolü*, 2.Baskı. İstanbul, Aves Yayıncılık, 2011:83-91.
102. Örsel O. Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER 2015). *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016, 4 (1): 13-21.

103. Çalışkan S, Metintaş S. Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2018, 3(1): 32-41.
104. Saraçoğlu S, Öztürk F. “Türkiye’de tütün kontrol politikaları ve tütün tüketimi üzerine bir değerlendirme”. *Politik Ekonomik Kuram* 2020, 4(1):20-44.
105. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ (eds). *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000: 215-36.
106. The World Bank Tobacco Control. http://web.worldbank.org/archive/website01213/WEB/0__CON-8.HTM Son Erişim Tarihi 30 Mart 2022.
107. The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. *Tobacco Control* 1999, 8: 196-201.
108. World Health Organization The Mpower Measures. <https://www.who.int/initiatives/mpower> Son Erişim Tarihi 08 Nisan 2022.
109. Karahan TF, Sardoğan ME. *Psikolojik Danışma ve Psikoterapide Kuramlar*, Samsun, Deniz Kültür Yayınları, 2004: 263.
110. Özcan Ö, Gül Çelik G. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2017,3(2):115-20.
111. Curwen B, Palmer S, Ruddell P. *Brief Cognitive Behaviour Therapy*. 2. Edition. London, SAGE, 2018:14.
112. Türkçapar MH, Sargın EA. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012,1(1): 7-14.
113. Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S, Çelik İskifoğlu T. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2019, 9(54): 745-93.
114. Bozanoğlu İ. Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grup rehberliğinin güdülenme, benlik saygısı, başarı ve sınav kaygısı düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2005, 38(1):17-42.
115. Türkçapar MH. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulamalar İçinde*. Ankara, Hyb Basım Yayın, 2007:61.

116. Süler M. Çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi uygulamaları: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi* 2017, 2(3): 29-38.
117. Varlık Özsoy E. Çocuklarda bilişsel davranışçı terapi ve uygulamaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 2017, 3(5):1630-42.
118. Şengezer T. Tütün bağımlılığında bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016, 4(1): 97-103.
119. Özdel K. Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2015, 8(2):10-20.
120. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav* 2017,31(8):847-61.
121. İkiz FE, Savi F, Asıcı E. Cultural influences, measurement strategies and health implications. In: Bawers R (Ed). *Psychological Well-Being At Adolescence And Improving Strategies Psychological Well-Being*. Newyork, Nova Science Publisher, 2016:145-156.
122. Beck AT. *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*. Türkcan A, Öztürk V (Çevirenler). 2.Baskı, İstanbul: Litera yayıncılık, 2006.
123. Ünal E. Bilişsel davranışçı psikoterapiler, <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/elif.unal/127542/Bili%C5%9Fsel-Davran%C4%B1%C5%9F%C3%A7%C4%B1%20Psikoterapiler.pptx> Son Erişim Tarihi 15 Nisan 2022.
124. Simmons J, Griffiths R. *CBT For Beginners*. 3rd ed. California, Sage, 2017:31.
125. Morris RE. High risk and out of control behavior. In: Neinstein LS (Ed). *Adolescent Health Care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2002: 1402-16.
126. Jessor R. New perspectives on adolescent risk behavior. In: Jessor R (ed). *New Perspectives On Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Pres, 1998:1-10.
127. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak KD. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr* 2007, 166:1253-60.

128. Alikashiřođlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak KD, İlder Ö. Violent behaviour among Turkish high school students and correlates of physical fighting. *Eur J Public Health* 2004, 14(2): 173-7.
129. Alikashiřođlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak DK, İlder Ö. Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. *Turk J Pediatr.* 2004, 46(1): 44-53.
130. Alikashiřođlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak DK, İlder Ö. Cigarette smoking among Turkish high school students. *J Adolesc Health* 2002, 30(1): 7-8.
131. Burt MR. Reasons to invest in adolescents. *J Adolesc Health* 2002, 31(6): 136-52.
132. İkiz FE, Sakarya Çinkı Ö. Ergenlerde bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının etkililiğinin ve yöntemlerinin sistematik gözden geçirilmesi. *Turkish Studies-Education* 2020,15(6):4280-2.
133. Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40- year retrospective. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62(9): 953-9.
134. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Turk Thorac J* 2006,7(1):51-64.
135. Tønnesen P. Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review. *Health Policy* 2009, 91(1):15-25.
136. Kotz D, Brown J, West R. “Real-world” effectiveness of smoking cessation treatments: A population study. *Addiction* 2014a, 109(3): 491-9.
137. Arpaciođlu S, Ünübol B, Erzincan E, Bilici R. Erenköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesi sigara bırakma polikliniği sonuçları: Bilişsel davranışçı müdahale ve farmakoterapi etkinliğinin incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions* 2019, 6(4): 295-314.
138. Yeşildal A, Ođuz G, Güven M, Sungur MZ, Üstünuçar İ. Sigara bağımlılığı tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi. *Bağımlılık Dergisi* 2014, 15(2): 76-84.
139. Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE, Goldstein MG, Burgess ES, Miller IV. Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69(3): 471-80.

140. Cavallo DA, Cooney JL, Duhig A, Smith AE, Liss TB, McFedridge AK, Babuscio T, Nich C, Carroll KM, Rounsaville BJ, Sarin SK. Combining cognitive behavioral therapy with contingency management for smoking cessation in adolescent smokers: a preliminary comparison of two different CBT formats. *Am J Addict* 2007, 16(6): 469-74.
141. Jafari M, Shahidi S, Abedin A. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and trans – theoretical model on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2009, 13(7): 1-12.
142. Molaie A, Shahidi S, Vazifeh S, Bagherian S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. *Procedia Soc Behav Sci* 2010, 5:1180-4.
143. Chad J, Shiffman S, Paty JA, Liu Ken S, Kassel Jon D. Using self efficacy judgments to predict characteristics of relapses to smoking. Current issue feed. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70(5): 1140-9.
144. Beck AT, Wright ED, Newman CE, Liese BS. *Cognitive Therapy Far Substance Abuse*. New York, Guilford, 1993.
145. Bulut T, Yeşilkayalı E. Çocuk ve gençlerde madde bağımlılığının önlenmesine yönelik programların incelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi* 2020, 4(1): 27-32.
146. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2008, 1: 89-104.
147. Friedman AS, Glassman K. Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse, A longitudinal study of an African American urban community sample. *J Subst Abuse Treat* 2000,18(3): 267-75.
148. Donovan JE, Jessor R, Jessor L. Problem drinking in adolescence and young adulthood: A follow-up study. *J Stud Alcohol* 1983, 44(1) :109-37.
149. Eckhardt L, Woodruff SI, Elder JP. A longitudinal analysis of adolescent smoking and its correlates. *J Sch Health* 1994, 64(2): 67-72.
150. Myers MG, Brown SA. Smoking and health in substance abusing adolescents: A two year follow-up. *Pediatrics* 1994, 93(4): 561-6.

151. Fleming R, Leventhal H, Glynn K, Ershler J. The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. *Addict Behav* 1989, 14(3): 261-72.
152. Yaslı G, Dinç Horasan G, Batı H. Gençlerde sigaradan korunma konusunda akran eğitimi programının etkinliği. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012, 10(2): 59-67.
153. Korkmaz G, Şimşek Ç. Sigara bağımlılığına yönelik müdahaleler. *JAREN* 2017, 3(Ek sayı): 14-23.
154. Akdeniz E. Sigara bağımlılığı sağlığa etkileri ve sigara bıraktırmada kullanılan transteoretik model. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 2(3): 11-25.
155. Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin North Am.* 2002, 49(2): 463-77.
156. Özpulat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı 2010: 293-8.
157. Pbert L, Druker S, DiFranza JR, Gorak D, Reed G, Magner R, Sheetz AH, Osganian S. Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. *Pediatrics* 2011, 128(5): 926-36.
158. Hubbard G, Gorely T, Özakinci G, Polson R, Forbat L. A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. *BMC Family Practice* 2016, 17(1): 73.
159. Bahar Z. Kadınların sigaraya ilişkin bilgi ve tutumları, sigarayı bırakmada verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1993, 9(3): 105-13.
160. Huang FF, Jiao NN, Zhang LY, Lei Y, Zhang JP. Effects of a family assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. *Patient Educ Couns* 2015, 98(8): 984-90.
161. Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Van Tulder MW, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: A randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013, 10(1): 47.

162. MacAndrew C. Toward the psychometric detection of substance misuse in young men: the sap scale. *J Stud Alcohol* 1986, 47 (2): 161-6.
163. Ceyhun B, Oğuztürk Ö, Ceyhun AG. Madde kullanma eğilimi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri* 2001, 4: 87-93.
164. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press, 1979:403.
165. Kılıç M, Uzunçakmak T. Üniversite öğrencilerinde madde kullanım eğilim düzeyi ve risk faktörleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2020, 10(3): 1-8.
166. Öz B, Alkeveli A. Öğrencilerin madde kullanımı ve bağımlılığında etkili olan faktörlere bakışının demografik özelliklere göre incelenmesi: çukurova üniversitesi örneği. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der.* 2018, (39): 29-43.
167. Akkuş D, Karaca A, Konuk Şener D, Ankaralı H. Lise öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanma sıklığı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Kliniği* 2017, 22(1): 36-45.
168. Acar S, Şaşman Kaylı D, Yararbaş G. Sigara kullanan, sigara bırakma tedavisi alan ve sigara kullanmayan bireylerin psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tutumları bakımından karşılaştırılması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2019, 6: 539-66.
169. Ünsel Bolat G, Yüncü Z. Uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle başvuran ergenlerde özkıyım girişimi ile ilişkili etkenler. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2021, 28(1): 20-4.
170. Kandel DB. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining The Gateway Hypothesis*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2002.
171. Strong C, Soon Juon H, Ensminger ME. Effect of adolescent cigarette smoking on adulthood substance use and abuse: The mediating role of educational attainment. *Substance Use & Misuse* 2016, 51(2): 141-54.
172. Akcan Kara F, Adana F, Türkol Z. Çalışan adolesanlarda sigara kullanım durumu. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2018, 1(1): 1-4.
173. Can V, Küçükoğlu S, Aytekin Özdemir A, Bulduk M. Üniversite öğrencilerinin madde kullanım durumları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Kocaeli Med J.* 2021, 10(Ek Sayı 2): 63-71

174. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, Hempel S. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Addict Med* 2017, 11(5): 386-96.
175. Korecki, JR, Schwebel FJ, Votaw VR, Witkiewitz K. Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2020, 15 (1): 51.
176. Carroll H, Lustyk MKB. Mindfulness-Based relapse prevention for substance use disorders: Effects on cardiac vagal control and craving under stress. *Mindfulness* 2017, 9 (2): 1-12.
177. Rozeghi N, Takallo M, Rafei Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing drug tendency and death anxiety among male adolescents with substance abuse, *Payesh* 2019, 18 (1): 77-85.
178. Zvolensky MJ, Shepherd JM, Bakhshaie J, Garey L, Viana AG, Peraza N. Emotion dysregulation and cigarette dependence, perceptions of quitting, and problems during quit attempts among Spanish-speaking Latinx adult smokers. *Addict Behav* 2019, 96: 127-32.
179. Zakaria S, Sasagawa S, Essau CA. Exploring the impact of a transdiagnostic cognitive behavioural therapy-based intervention on a group of Malaysian adolescents with problematic drug use and emotional problems. *Addict Behav Rep* 2021, 14:100381.
180. Fernández GG, Krotter A, Pérez AG, Diego GA, Villa RS. Pilot randomized trial of cognitive-behavioral treatment plus contingency management for quitting smoking and weight gain prevention among smokers with overweight or obesity. *Drug Alcohol Depend* 2022, 236: 109477.
181. Çelik ZH, Mortan Sevi O. Sigarayı bırakma tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020, 12(1): 54-71.
182. White MA, Ivezaj V, Grilo CM. Evaluation of a web-based cognitive behavioral smoking cessation treatment for overweight/obese smokers. *J Health Psychol* 2019, 24 (13): 1796-806.

183. Wolff J, Smythers CE, Frazier E, Stout R, Gomez J, Schaffer MM, Nestor B, Cheek S, Graves H, Yen S, Hunt J, Spirito A. A randomized trial of an integrated cognitive behavioral treatment protocol for adolescents receiving home-based services for co-occurring disorders. *J Subst Abuse Treat* 2020, 116: 108055.
184. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst. Rev* 2017, 3(3): CD001292.
185. R  ther T, Kiss A, Eberhardt K, Linhardt A, Kr  ger C, Pogarell O. Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program ‘‘Smoke_less’’: a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2017, 268(3): 269-77.
186. Bal F. Şema terapisinin sigarayı bırakma davranışı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2019, 6(1): 187-99.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Aşağıda belirtilen sorulara size uygun olan şıkkı işaretleyiniz. Belirtmiş olduğunuz bilgiler bilimsel çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Katkılarınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Behiye DİLMEN BAYAR
Mardin Artuklu Üniversitesi

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 13-15 b) 16-18

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

3. Kaçınıcı Sınıfta Okuyorsunuz?

- a) Lise 1 b) Lise 2 c) Lise 3 d) Lise 4

4. Annenizin Eğitim Durumu Nedir?

- a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Ön lisans veya Lisans
f) Lisansüstü

5. Babanızın Eğitim Durumu Nedir?

- a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Ön lisans veya Lisans
f) Lisansüstü

6. Annenizin Mesleği Nedir?

- a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek

7. Babanızın Mesleği Nedir?

- a) Çalışmıyor b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek

8. Gelir Durumunuzu Nasıl Algılıyorsunuz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Kötü d) Çok kötü

9. Ailenizde Başka Sigara Kullanan Var Mı?

- a) Evet b) Hayır

10. Ne Zamandan Beri Sigara Kullanıyorsunuz?

- a) 0-1 yıl b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3 yıldan fazla

EK-3. Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği

Aşağıdaki her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre Doğru (D) ya da Yanlış (Y) olup olmadığına karar veriniz. Vereceğiniz karara göre her sorunun cevabını yanındaki DOĞRU (D) ya da YANLIŞ (Y) seçeneklerinin birinin üzerine Çarpı (X) koyarak belirtiniz.

1. Cinsel yaşamımdan memnunum	D	Y
2. Çocukken okuldan kaçtığım için bir iki defa cezalandırıldım.	D	Y
3. İnsanlarla çabucak kaynaşırım.	D	Y
4. Gerektiği gibi bir hayat yaşamadım.	D	Y
5. Kıyamet gününe inanıyorum.	D	Y
6. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanırım.	D	Y
7. Dersten kaçtığım için ara sıra müdüre gönderildiğim oldu.	D	Y
8. Dertlerim çoğundan kimin sorumlu olduğumu bilmiyorum.	D	Y
9. Aile hayatımın tanıdığım kimselerin çoğununki kadar iyi olduğuna inanıyorum.	D	Y
10. Çocukken başlarına ne gelirse gelsin aralarındaki birliği koruyan bir gruptayım.	D	Y
11. Çoğu kez sebepsiz yere cezalandırıldım.	D	Y
12. Okulu severdim.	D	Y
13. Cinsel konularda sıkıntım vardır.	D	Y
14. Kendimi cezayı hak etmiş suçlu bir insan olarak görüyorum.	D	Y
15. Flört etmeyi severim.	D	Y
16. İnşaat müteahhitliğinden hoşlanacağımı sanıyorum.	D	Y
17. Annem babam hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar.	D	Y
18. Hayatta önüne her geleni kapmaya çalışan insanları suçlamam.	D	Y
19. Kanunla başım hiç derde girmedi.	D	Y
20. Eğer insanlar sırf düşmanlık olsun diye beni engellemeselerdi daha başarılı olurum.	D	Y
21. Hayatımın çoğu kimselerden daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğine eminim.	D	Y
22. Bana gerçekten kötülük yapmak isteyen hiçbir düşmanım yoktur.	D	Y
23. Kapalı yerlerde huzursuzluk duyarım.	D	Y
24. Polisler genellikle dürüştür.	D	Y
25. Toplantılarda kalabalığa karışmaktan çok yalnız başıma oturur ya da bir tek kişiyle ahbablık ederim.	D	Y
26. Kadınları sigara içerken görmekten hoşlanmam.	D	Y
27. Küçükken okuldan sık sık kaçardım.	D	Y
28. Balık tutmayı çok severdim.	D	Y
29. Hiç hayal görmedim.	D	Y
30. Onlardan önce düşündüğüm için başkaları benim fikirlerimi kıskanıyorlar.	D	Y
31. Okulda hal ve gidişten kırık not alırdım.	D	Y
32. Homoseksüelliği çok iğrenç buluyorum.	D	Y
33. Kapalı ve küçük yerlerde bulunmaktan çok rahatsız olurum.	D	Y
34. İşler iyi gidince aslan payını kendilerine alan fakat hata yapılırca bunu başkalarının üzerine atan insanlarla karşılaştım.	D	Y
35. Acıya başkaları kadar ben de dayanabilirim.	D	Y
36. Haftada birkaç kez korkunç şeyler olacakmış duygusuna kapılırım.	D	Y

EK-4. BDT Eğitimi Katılım Belgesi



EK-5. Olumsuz Duygu Kaydı

(Sizi rahatsız eden korku, üzüntü, kızgınlık gibi olumsuz bir duygu yaşadığınızda mümkün olduğunca kısa bir süre sonra bu durumu aşağıda gösterildiği şekilde kaydetmeye çalışın.

TARİH/YER (Sizi rahatsız eden olayı, durumu yaşadığınız tarih, yaklaşık, saat ve yer)	OLAY/DURUM (Sizi rahatsız eden olay ya da durumu yazın. Olayı veya durumu mümkün olduğunca yorum katmadan yazmaya çalışın; o an o ortamda bir kamera olsaydı neyi gösterirdi, bunu düşünerek yazın)	DUYGU (Bu olay ya da durumu yaşarken neler hissettiniz, duygunuz neydi? Korku-panik, üzüntü, endişe, karamsarlık, utanç, keder, suçluluk, kıskançlık gibi. Bu duygunun yoğunluğu neydi? 0-100 arasında duygunun şiddetini puanlayın 0:hiç olumsuz duygu yok 10-20: çok hafif önemsiz sıkıntı 50: orta şiddette sıkıntı 60-70: oldukça sıkıntılı 80-90:çok fazla şiddetli sıkıntı 100:hayatta o ana kadar yaşadığım yada yaşayabileceğim en şiddetli sıkıntı	OTOMATİK DÜŞÜNCE (Bu durumu ya da olayı yaşarken en yoğun biçimde sıkıntı duyduğunuz anda aklınızdan ne geçiyordu, kendi kendinize neler söylüyordunuz, o anda zihninizde canlanan her hangi bir hayal var mıydı? Bunları bulmakta zorlanırsanız o olayı veya durumu zihninizde canlandırıp tekrar yaşamaya ve o an aklınızdan geçenleri yakalamaya çalışın)
Ör: 15.02.2022 Evin salonunda saat 22:00	Kız kardeşim telefonda çok bencil olduğumu söyledi	Üzüntü(90) Öfke(80)	Kardeşimde beni sevmiyor Kimse bana destek olmuyor Bana bunu nasıl yapar

EK-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Milli Eğitim Müdürlüğü İzni



EK-8. Ölçek Kullanım İzni



EK-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Prof. Dr. Behice ERCİ tarafından yürütülen “ Sigara Kullanan Adölesanlarda Bilişsel Davranışsal Terapi Temelli Psikoeğitimin Madde Kullanma Eğilimine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma Sigara Kullanan Adölesanlarda Bilişsel Davranışsal Terapi Temelli Psikoeğitimin Madde Kullanma Eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı Sayısı: **Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 110 ’dur.**

Araştırmaya Katılım Süresi: **Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 4 haftadır.**

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir. Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Behiye DİLMEN BAYAR tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında size ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcilerinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. **Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.** Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve tehdit altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: **Behiye DİLMEN BAYAR**

İmzası:

EK-10. Veli Onam Formu

Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, “Sigara Kullanan Adölesanlarda Bilişsel Davranışsal Terapi Temelli Psikoeğitimin Madde Kullanma Eğilimine Etkisi ” adıyla, Şubat 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi: Sigara kullanan gençlere verilecek olan bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin madde kullanma eğilimine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Uygulaması: Anket / Görüşme / Gözlem şeklindedir.

Araştırma T.C. Milli Eğitim Bakanlığı’nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir. Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir. Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı :Öğr. Gör. Behiye DİLMEN BAYAR
İletişim bilgileri

*Velisi bulunduğum sınıfı numaralı öğrencisi
.....’in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin
veriyorum. (Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).*

.../.../.....

İsim-Soyisim İmza:

Veli Adı-Soyadı :
Telefon Numarası :