



T.C.

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TRANSTEORETİK MODELE DAYALI ONLINE
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN GEBELERİN SİGARA
BIRAKMA BAŞARI ÖNGÖRÜSÜ, ÖZ- ETKİLİLİK-YETERLİLİK
DÜZEYLERİ VE SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞI ÜZERİNE
ETKİSİ**

**BETÜL ESRA ÇEVİK
ORCID 0000-0003-2296-070X**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SİVAS

MART-2023

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TRANSTEORETİK MODELE DAYALI ONLINE
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN GEBELERİN SİGARA
BIRAKMA BAŞARI ÖNGÖRÜSÜ, ÖZ- ETKİLİLİK-YETERLİLİK
DÜZEYLERİ VE SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞI ÜZERİNE
ETKİSİ**

BETÜL ESRA ÇEVİK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMRA KOCATAŞ**

SİVAS-2023

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

TRANSTEORETİK MODELE DAYALI ONLINE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN GEBELERİN SİĞARA BIRAKMA BAŞARI ÖNGÖRÜSÜ, ÖZ- ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİ ve SİĞARA BIRAKMA DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Betül Esra ÇEVİK

Doktora Tezi

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Semra KOCATAŞ

2023, 107 sayfa

Randomize kontrollü, deneysel tipte olan bu araştırma, Transteoretik Model'e dayalı online bireysel motivasyonel görüşmelerin gebelerde sigara bırakma davranışı üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 23 ASM'den küme örneklemesiyle seçilen 5 ASM'ye kayıtlı 16. gebelik haftasını doldurmamış, sigara kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 62 gebe (müdahale grubunda 31, kontrol grubunda 31 gebe olmak üzere) oluşturmuştur. Müdahale grubuna Transteoretik modele dayalı online motivasyonel görüşmeler uygulanmıştır. Araştırma verileri IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra t testi, Mann Whitney U testi, Tekrarlı Varyans Analizi, Friedman testi, Dunn testi, Wilcoxon testi, Pearson Ki-Kare testi, Bonferroni Düzeltmeli Z testi kullanıldı. Müdahale grubundaki gebelerin %58,1'i sigarayı bırakmıştır. Son izlemde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamaları açısından anlamlı farklılığın olduğu ($p<0,01$) ve müdahale grubunda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamalarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Son izlemde motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubundaki gebelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Karar Verme Dengesi Ölçeği, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek bulunduğu ve bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Araştırma sonuçları gebelerde sigara bırakmada Transteoretik Model'e dayalı online motivasyonel görüşmelerin sigara bırakmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Son izlemde müdahale grubundaki gebelerin %9,6'sının düşünme aşamasında, %32,3'ünün hazırlık aşamasında, %58,1'inin harekete geçme aşamasında olduğu ve düşünmeme aşamasında hiçbir gebenin kalmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; çalışmamızın temel oluşturduğu Transteoretik Model'e dayalı online motivasyonel sigara bırakma programının bu konuda eğitim almış halk sağığı hemşireleri tarafından zaman, mekân ve mesafe kısıtlaması olmaksızın doğum sonrası ve emzirme dönemi de dahil olmak üzere daha büyük örnekleme uygulanması, antenatal izlemlerde ASM'ye başvuran tüm gebelerin sigara içme durumlarının detaylı sorgulanması ve kaydedilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda birinci basamak sağılık hizmeti ekibi üyeleri olan halk sağığı hemşirelerinin ve ebelerin antenatal bakımının geliştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Transteoretik Model, Motivasyonel Görüşme, Sigara Bıraktırma, Sigara Bırakma Başarısı, Öz-Etkililik-Yeterlilik, Gebe

ABSTRACT

THE EFFECT OF ONLINE MOTIVATIONAL INTERVIEWS BASED ON THE TRANSTHEORETHIC MODEL ON PREGNANCY SUCCESS FOR SMOKING CESSATION, SELF-EFFECTIVENESS-EFFICIENCY LEVELS, AND SMOKING CESSATION BEHAVIOR

Betül Esra ÇEVİK

Doctoral Dissertation

Department of Nursing

Advisor: Dr. Teach Member Semra KOCATAŞ

2023, 107 Pages

This randomized controlled and experimental study investigated the effect of online individual motivational interviews based on the Transtheoretical Model on smoking cessation behavior in pregnant women. The study's population consisted of pregnant women registered in 23 Family Health Centers (FHCs) in Sivas's city center. The study's sample included 62 pregnant women (31 in the intervention group and 31 in the control group) registered in 5 FHCs selected from 23 FHCs by cluster sampling. The participants in the study were smokers who had not completed their 16th week of pregnancy. Online motivational interviews based on the Transtheoretical model were made with the intervention group. IBM SPSS V23 was used to analyze the research data. In addition to descriptive statistical methods (number, percentage, average, standard deviation), the data were analyzed using the t-test, Mann Whitney U test, Repeated Variance Analysis, Friedman test, Dunn test, Wilcoxon test, Pearson Chi-Square test, and Bonferroni Corrected Z test. 58.1% of the pregnant women in the intervention group quit smoking. In the final follow-up, there was a significant difference in Fagerström Nicotine Addiction Test mean scores ($p<0.01$), and the decrease in Fagerström Nicotine Addiction Test mean scores in the intervention group

was statistically significant. The Self-Efficacy Scale, Decision-Making Balance Scale, and Smoking Cessation Success Prediction Scale scores of pregnant women in the intervention group who received motivational interviewing were higher than the control group at the final follow-up, and this difference was statistically significant. ($p < 0.001$). The results of the research show that online motivational interviews based on the Transtheoretical Model have a positive effect on smoking cessation in pregnant women. At the last follow-up, it was determined that 9.6% of the pregnant women in the intervention group were in the thinking stage, 32.3% were in the preparation stage, 58.1% were in the action stage, and there were no pregnant women in the not thinking stage. In line with these results, it was suggested that the online smoking cessation program, which includes the motivational interview based on the Transtheoretical Model, which is the basis of our study, is conducted by trained public health nurses in a larger sample, including the postpartum and breastfeeding periods, without time, space, or distance restrictions; the smoking status of all pregnant women who applied to FHC in antenatal follow-ups are questioned and recorded in detail; and the antenatal care of public health nurses and midwives who are members of the primary health care team is improved.

Keywords: Transtheoretic Model, Motivational Interview, Smoking Cessation, Smoking Cessation Success, Self-Efficacy-Efficacy, Pregnant

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kadınlarda Sigara Kullanımı.....	6
2.2. Gebelerde Sigara Kullanımı	6
2.3. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi.....	7
2. 4. Gebelikte Sigara İçmenin Anne Sağlığına Etkileri	8
2.5. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs ve Erken Çocukluk Dönemi Üzerine Etkileri	10
2.6. Gebelikte Sigara Bırakma Tedavileri	13
2.6.1. Gebelerde Sigara Bırakturma, Non-farmakolojik Yöntemler	15
2.6.2. Gebelerde Sigara Bırakturma, Farmakolojik Yöntemler	15
2.7. Transteoretik Model	16
2.7.1. Değişim Aşamaları	16
2.7.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)	18
2.7.3. Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu)	19
2.8. Motivasyonel Görüşme	20
2.8.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri.....	20
2.8.2. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri.....	21
2.8.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Temel Yöntemler	21
2.9. Sigara Bırakmada Hemşirenin Rolü.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25

3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Randomizasyon.....	25
3.5. Körleme.....	26
3.6. Araştırmada Örneklem Dahil Edilme Kriterleri	26
3.7. Araştırmada Dışlanma Kriterleri.....	26
3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	26
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	27
3.10. Veri Toplama Formları	27
3.11. Araştırmacının Niteliği.....	30
3.12. Araştırmanın Uygulanması.....	31
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.14. Araştırmanın Etik Yönü	38
3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	38
3.15.1.Araştırmanın Güçlü Yanları	38
3.15.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.16. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	38
4.BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	60
7. KAYNAKLAR	61

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik ve Sigara İçme Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Son İzleme Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Değişim Aşamalarının Dağılımlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puan Ortalamaları	46
Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puanları.....	47
Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Karar Verme Dengesi Ölçeği Puanları.....	49
Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği Puanları.....	51

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. 5A Yaklaşımı	14
Çizelge 2. ASM'lerden Araştırmaya Dahil Edilen Gebe Sayıları	27
Çizelge 3. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	37
Çizelge 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Katsayıları	37
Çizelge 5. Tez Çalışması Zaman Akış Çizelgesi	40



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Consort (2010) Akış Diyagramı	34
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması	36



KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KVDÖ	Karar Verme Dengesi Ölçeği
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MG	Motivasyonel Görüşme
ÖEYÖ	Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği
ITT	Intention to Treat Analizi
PP	Per-protokol Analizi
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
SBBÖÖ	Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TTM	Transteoretik Model
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara bağımlılığı tüm ülkeleri etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Tarhan ve Yılmaz, 2016). Sigara kullanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından biyososyopsikolojik bir zehirlenme hali olarak tanımlanmaktadır. Sigara kullanımında bireyler birbirlerini etkiledikleri için sosyal bir zehirlenme olarak kabul edilmektedir. Sigaranın ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapma, tolerans hali ile de psikolojik zehirlenme olarak kabul edilmektedir (Koçak ve ark., 2015). Uzun yıllar bir erkek davranışı olarak algılanan sigara tüketimi, küresel bir salgın haline gelmiş ve sigara kullanma sıklığı erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmüştür (Köse ve ark., 2011). DSÖ'nün 2000 yılı küresel tütün kullanımı raporunda kadınlarda sigara kullanım oranı %16,2 iken 2020 raporunda bu oran %7,8'e düşmüştür. 2025 yılında ise %6,6'a gerilemesi öngörülmektedir (DSÖ, 2019). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 yılı sonuçlarına göre 15 yaş ve daha yukarı yaştaki kadınlarda sigara kullanma sıklığı %15,2, 2012 yılındaki raporda %13,1 ve 2016 yılındaki raporda ise %19,2'dir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun gerçekleştirmiş olduğu Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2010 yılında kadınlarda sigara kullanma orası %12,3 iken 2019 yılında bu oran %14,9'a çıkmıştır. Kadınların çalışma hayatına katılımının artması, ekonomik özgürlüklerinin olması, sosyal baskıdan uzaklaşması, modern yaşam tarzına geçilmesi ve tütün endüstrisinin tüm bunları hedef olarak kullanması sonucunda, sigara tüketiminde artışlar görülmektedir (Bilir, 2022). Kadın popülasyonunda sigara kullanımının artması, sigaranın neden olduğu gebelikte ilgili risklerin de artması demektir (Çınar ve ark., 2015). Gebelikte sigara kullanımı hem anne hem de bebek sağlığı etkileyen ciddi bir risk faktörüdür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı verilerine emziren kadınların %17'sinin, gebelerin ise %11'inin sigara kullandığı saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre kadınların evde her gün sigara kullanım oranı %28, haftada bir kullanım oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerin sigara kullanım oranları %8 ile %51,2 arasında değişmektedir (Marakoğlu, 2011.; Köse, 2011; Koçak ve ark., 2015; Tarhan ve Yılmaz 2016, Erbaş ve ark., 2020; Kocataş ve ark., 2020).

Gebelikte sigara kullanımının hem annenin hem de bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Literatürde gebelik döneminde sigara kullanımının

ektopik gebelik (Aktaş ve Güler, 2010), spontan abortus (Öztoprak ve Günay, 2013), plasenta previa (Sönmez, 2015; Seçen ve ark, 2017; Schobeiri ve Jenabi, 2017), dekolman plasenta (Schobeiri ve Jenabi, 2017; Seçen ve ark, 2017), ablasyo plasenta (Tarhan ve Yılmaz, 2016), erken membran rüptürü (İzci ve Bilici, 2015; Tarhan ve Yılmaz, 2016), preeklampsi (Neuman ve ark, 2012; Abide ve ark, 2018), preterm doğum (Kılıç, 2016; Moore ve ark, 2016; Seçen ve ark., 2017), ölü doğum (Pineles ve ark, 2016), ve doğumsal anomaliler gibi pek çok probleme yol açtığı belirtilmiştir.

Gebelikte sigara kullanımının fetüse ve erken çocukluk dönemi üzerine de olumsuz etkileri oldukça fazladır. Bunlar; fetal büyüme geriliği, doğum ağırlığında yaklaşık 150-200 gr. azalma, baş çevresinin küçük olması (Abraham ve ark.,2017; Brand ve ark.,2019; Öztoprak, 2019), fetal iskelet büyümesinin olumsuz etkilenmesi (Öztoprak, 2019; Cutajar, 2022), fetal akciğer kapasitesinin ve alveol sayısının azalması (Çınar ve ark.,2015), fetüslerin bağışıklık sistemlerinin olumsuz yönde etkilenmesi ve infant dönemde sık solunum yolu enfeksiyonu geçirilmesi, çocukluk çağı astımı, kardiyak bozukluklar, orta kulak iltihabı(Keskinoğlu ve Aksak, 2017), yarık damak/yarık dudak, gastroşizis, atreziler (anal, koanal), polidaktili, sindaktili, adaktili, bilateral renal agenezi ve hipoplazi riskinin artması (Kılıç, 2016), doğum esnasında bebekte siyanoz, ağlamama ve nefes alamama gibi ciddi sorunlardır (Kısacık ve Gölbaşı, 2009).

Gebelik, kadınların yaşam boyu öğrenmeye en açık oldukları bir dönemdir. Çünkü bu süreçte anneler hem bebeklerine hem de kendi sağlıklarına oldukça odaklanmış durumdadırlar (Balmumcu, 2019; Eryılmaz, 2021). Yapılan çalışmalarda kadınların neredeyse yarısı gebelik planladıklarında ya da gebe olduklarını öğrenir öğrenmez sigara kullanımlarını azalttıkları veya bıraktıkları belirtilmiştir (Tong ve ark. 2017). Bu anlamda gebelik dönemi, kadınlarda sigarayı bırakmak için motive edici bir dönemdir. Gebelere uygulanacak sigara bıraktırma programları davranış değişikliği ve sağlığı geliştirme açısından oldukça önemlidir (Balmumcu, 2019).

Davranışsal değişimler için kullanılan modellerden biri olan Transteoretik Model (TTM) bireylere sağlıklı davranış değişimi kazandırmak için kullanılan kullanışlı ve uygulanabilir rehber modellerdendir. 1982 yılında Prochaska ve Diclemente tarafından geliştirilen bu modelin ilk çalışmaları 1970'li yıllara dayanmaktadır (Fidancı ve ark., 2017). İlk olarak sigara bırakma programlarında

kullanılan TTM, daha sonra stresle baş etme, fiziksel aktivite, madde bağımlılığı aşırı yeme ve ağırlık kontrolü gibi farklı çalışmalarda sağlık davranışlarına yönelik olarak kullanılmış ve kişilerin istenmedik davranışlarını nasıl değiştirdikleri ortaya konmaya çalışılmıştır (Fidancı ve ark., 2017; Armstrong ve ark., 2011; Özdemir ve Taşçı, 2013; Taş ve ark., 2016). Değişimin bir süreç olduğunu savunan model, bu özelliği ile diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden farklılaşmaktadır. TTM’de değişim aşamalı, sürekli ve dinamik bir yapıya sahiptir. TTM, bireylerin kendi istekleri doğrultusunda davranış değişikliğini gerçekleştirmesine yardım eder ve değişim sürecini anlamaya odaklanır. TTM’ye göre davranış değişikliği düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket ve devam ettirme olarak beş aşamadan geçilmelidir. TTM’de sigarayı bırakma davranış değişimini gerçekleştirememiş kişinin, içtiği sigara sayısını azaltmış olması da başarılı bir sonuç olarak değerlendirilir. Çünkü bu durum bireyin değişime karar vermesi durumunda başarı şansını artıracaktır (Taş ve ark., 2016; Özdemir ve Taşçı, 2013). Yapılan çalışmalar sigara bıraktırmada TTM’ye dayalı müdahalelerin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Koyun, 2013; Savcı Bakan, 2013; Taş, 2015; Çamözü, 2017; Çavuşoğlu, 2018; Karakan, 2022). TTM; bireyleri değişime hazır oluşluk düzeylerine göre ele alması, bireysel danışmanlığa izin vermesi ve bu sebeple de bireysel ihtiyaca yönelik eğitim planlaması yapılabildiği için kullanışlı ve başarılı bir modeldir.

Yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşmenin de sigara bırakmada etkili olduğu söylenmektedir. Motivasyonel görüşme (MG), davranış değişikliği oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır. MG, özellikle değişim için isteksiz veya kararsız olan danışanların sorunlarını ortaya çıkarıp, bu sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olur. (Pardavila ve ark., 2015; Huang ve ark., 2015; Borelli ve ark., 2016). Motivasyonel görüşme, bireylerin ambivalansını ortaya çıkartarak çözümlemelerine yardımcı olan birey merkezli bir yaklaşımdır. MG, davranış değişikliği oluşturmada danışanların değişime yönelik motivasyonlarının açığa çıkmasına yardımcı olmak, onlara bilgi ve destek sunmak, problemleri davranışlar konusunda alternatif bakış açıları kazanmalarını sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Özdemir ve Taşçı 2013; Ögel ve Şimşek, 2021). Ülkemizde sigara bıraktırmaya yönelik farklı gruplar üzerinde motivasyonel görüşme tekniğinin kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Savcı Bakan, 2013; Erol, 2013; Koyun, 2013; Balmumcu, 2019).

Sigara bırakmada önemli etkenlerden bir diğeri de bireylerin öz etkililik yeterlilik düzeyleridir. Öz etkililik yeterlilik bireyin; düşünce ve davranışlarını belirleyen önemli bir özelliğidir. Kişinin belli bir davranışı başarıyla yapabilme ya da olayları kontrol edebilme algısını ifade eder (Okçin, 2013). Yapılan bir çalışmada motivasyonel görüşmenin öz etkililiği artırarak sigara bırakmada hastaları desteklediği bildirilmiştir (Okasha ve ark.,2017).

Sigara bağımlılığının tedavisinde sık kullanılan yöntemlerin yanı sıra son yıllarda internet, telefon ve mobil uygulama tabanlı girişimlerin kullanımı da artmıştır (Korkmaz ve Şimşek, 2017). Online görüşmeler, kişilerin kendilerini açıkça ifade edebilmesi ve utanmayı, damgalanmayı azaltması sebebiyle etkin bir yöntem olarak görülmektedir (Osilla ve ark., 2012). Kişilerin alışık olduğu ortamlarında yapılan online görüşmeler, kişilerin daha rahat olmalarına fırsat sağlayıp ulaşılması zor kişilere ulaşmak konusunda da daha fazla imkân sağlamaktadır (Paşaoğlu, 2021). MG'nin uygulanabilirliğini ve etkinliğini artırma konusunda internet tabanlı iletişim teknolojilerinin kullanımının fayda sağladığı bildirilmektedir (Chan ve So, 2020). Sigara bıraktırmada bilgi iletişim teknolojileri kullanılarak yapılan MG ile yüz yüze gerçekleştirilen MG uygulaması kıyaslandığında, online yapılan MG'lerin düşük maliyetli ve ulaşılabilirlik açısından daha avantajlı olduğu söylenmektedir (Tran ve ark. 2020). Sigara bırakmada kullanılacak doğru yöntemin belirlenmesi, sigara içme alışkanlıkları ve nikotin bağımlılık düzeylerinin doğru saptanması sigara bırakma başarısını arttırmakta ve sigarayla ilgili mortalite ve morbiditeyi azaltması öngörülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında gebelerin sigara içme davranışı yönünden tanılanması, bırakmaları yönünde desteklenmesi ve gerekli danışmanlıkların verilmesi hemşirelerin rol ve sorumluluklarındandır. Sivas ilinde gebelerde bu yöntemle sigara bıraktırma girişimine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

TTM ve motivasyonel görüşmenin birlikte kullanıldığı bu çalışmadan elde edilecek sonuçların literatüre önemli katkı sağlayacağı ve online görüşme yöntemi kullanılarak daha düşük maliyetle daha çok gebeye ulaşılacağı ve gebelerin eğitimleri mekân, zaman ve mesafe kısıtlaması olmaksızın tamamlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu yöntemin halk sağlığı hemşireleri ile gebelerin iletişimini artırarak gebelik döneminde sigara kullananların erken tespitinin yapılmasına ve erken müdahalelere imkân sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşmelerin gebelerin sigara bırakma başarısı öngörüsü, öz etkililik yeterlilik düzeyleri ve sigara bırakma davranışı üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H_{1a}: Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşme sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sigara bırakma oranları arasında fark vardır.

H_{1b}: Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşme sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1c}: Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşme sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1d}: Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşme sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin Karar Verme Dengesi Ölçeği Puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1e}: Transteoretik Modele dayalı online motivasyonel görüşme sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği Puan ortalamaları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadınlarda Sigara Kullanımı

Uzun yıllar bir erkek davranışı olarak algılanan sigara tüketimi, küresel bir salgın haline gelmiş ve sigara kullanma sıklığı erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmüştür. DSÖ'nün 2000 yılı küresel tütün kullanımı raporunda kadınlarda sigara kullanım oranı %16,2 iken 2020 raporunda bu oran %7,8'e düşmüştür. 2025 yılında ise %6,6'a gerilemesi öngörülmektedir (DSÖ, 2019).

Ülkemizde sigara kullanma sıklığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda; son zamanlarda toplum genelinde sigara kullanma sıklıklarının azaldığı, kadınlarda ise sigara kullanma oranlarının farklılaştığı görülmektedir. 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri kadınlarda sigara kullanma sıklığı %15,2, 2012 yılındaki raporda %13,1 ve 2016 yılındaki raporda ise %19,2'dir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun gerçekleştirmiş olduğu Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2010 yılında kadınlarda sigara kullanma oranı %12,3 iken 2019 yılında bu oran %14,9'a çıkmıştır. Kadınların çalışma hayatına katılımının artması, ekonomik özgürlüklerinin olması, sosyal baskıdan uzaklaşması, modern yaşam tarzına geçilmesi ve tütün endüstrisinin tüm bunları hedef olarak kullanması sonucunda, sigara tüketiminde artışlar görülmektedir (Bilir, 2022).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda sigara kullandığı, kadınların ekonomik ve eğitim düzeyleri arttıkça sigara kullanma sıklıklarının arttığı bildirilmiştir (Deveci ve ark., 2010; Köse ve ark., 2011).

2.2. Gebelerde Sigara Kullanımı

Gebelikte sigara kullanımı, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara kullanımı hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkileyen ciddi bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre gebelikte sigara kullanım prevalansı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Gebelikte sigara kullanma prevalansı Almanya, Belçika, İspanya, İzlanda, İrlanda, İsrail, Uruguay ve Litvanya'da %20'nin üzerinde, Şili ve Bosna'da %30'un üzerinde, Amerika'da %19, Çin, Kongo, Tayland Ermenistan, Bahreyn, Uganda ve Çat'da %52'den az, Tunus ve Fas gibi ülkelerde ise %1'den az olarak saptanmıştır (DSÖ, 2009).

Yapılan çalışmalarda bazı ülkelerdeki gebelikte sigara kullanım oranları şu şekildedir: Tong ve arkadaşları (2013) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmada %25,4, Lange ve arkadaşları (2015) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada %14,3, Lowry ve Scammel (2013) tarafından İngiltere'de yapılan çalışmada %12,7, Melchior ve arkadaşları (2015) tarafından Fransa'da yapılan çalışmada %21,7, Lanting ve arkadaşları (2012) tarafından Hollanda'da yapılan çalışmada %6,3, Eiriksdóttir (2015) tarafından İzlanda'da yapılan çalışmada %21,1, Norveç'te %16,5, Finlandiya'da %15, Danimarka'da %12,5 ve İsviçre'de ise %6,9'dur (Ekblad ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda gebelikte sigara kullanımı ile sosyo-demografik özellikler arasında farklılıklar saptanmıştır. Özellikle genç, ekonomik durumu kötü olan, eğitim düzeyi düşük kadınların sigara kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur (Murin ve ark., 2011; Baron ve ark. 2013). TNSA 2008 verilerinde sigara içme oranı emziren kadınlarda %17, gebelerde %11 olarak belirtilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre evde her gün sigara kullanım oranı %28, haftada bir kullanım oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verilerine göre ise 15 yaş üzeri sigara kullanan kadın nüfusunun %13'ü her gün sigara içmektedir. TÜİK 2019 verilerine göre her gün sigara kullanan kadınların oranı %14,9 olarak bildirilmektedir. Kadın popülasyonunda sigara kullanımının artması, sigaranın neden olduğu gebelik ile ilgili risklerin de artması demektir (Çınar ve ark., 2015).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerin sigara kullanım oranları %6 ile %51,2 arasında değişmektedir (Marakoğlu, 2011; Köse, 2011; Koçak ve ark., 2015; Tarhan ve Yılmaz 2016; Cengizoğlu, 2019; Kırmızı ve ark., 2019; Erbaş ve ark., 2020; Kocataş ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda kadınların neredeyse yarısı gebelik planladıklarında ya da gebe olduklarını öğrenir öğrenmez sigara kullanımlarını azalttıkları veya bıraktıkları belirtilmiştir (Tong ve ark. 2017). Bu anlamda gebelik dönemi, kadınlarda sigarayı bırakmak için motive edici bir dönemdir.

2.3. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi

Genç içiciler ve kadınlar, sigara endüstrisinin kampanyalarında öncelikli hedef kitle grubunu oluşturmaktadır (Kılıç, 2016). Genellikle reklamlarda incelik, özgürlük, arzu edilme, çekicilik konuları işlenmektedir. Sigaranın riskleri konusunda kadınların endişelerini azaltmak amacıyla nikotin ve katran miktarları daha az olan sigaralar

üretilmiştir (Sönmez, 2015; Aslan, 2016). Tütün endüstrisinin kadınlar üzerindeki teşvik edici eylemleri toplumsal cinsiyet kavramının ortaya çıkışı ile birlikte artış göstermiştir (Öztoprak ve Günay, 2013). Yapılan çalışmalarda kadınlar kilo kontrolü, stres yönetimi, sosyal kabul ve popülerlik, daha çekici görünmek, mutlu olmak, yorgunluk atmak, iştahlarını baskılamak için sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir (Kaya ve Şahin, 2013; Koçak ve ark., 2015; Kılıç, 2016). Kadınların sigara kullanımının artmasıyla beraber akciğer hastalıkları, osteoporoz, erken menopoz, infertilite, kanserler, menstural problemler, daha geç gebe kalma sorunları yaygınlaşmıştır (Sönmez, 2015; Koçak ve ark., 2015). Sigara kullanan kadınlarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) görülme riski 12 kat fazladır (Salepçi ve Özge, 2016). Ayrıca kadınlarda KOA'ya bağlı ölümlerin %90,2'den fazlası sigaraya atfedilmektedir. (Tarhan, 2016). Sigara kullanan kadınlarda mesane, pankreas, böbrek, serviks uteri, larinks, ağız-yutak kanserleri de daha sık görülmektedir (Kaya ve Şahin, 2013; Tarhan, 2016; Salepçi ve Özge, 2016). Meme kanseri sıklığı da sigara içen premenopozal kadınlarda postmenopozal kadınlara göre daha yüksektir. Tüm kanser vakalarında sigara kullanımı birçok olumsuz olayla ilgilidir. Sigara kullanımı mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (Canbakan, 2016).

2. 4. Gebelikte Sigara İçmenin Anne Sağlığına Etkileri

Gebelik döneminde sigara kullanımını önemli ölçüde artıran faktörlerden biri gebelik öncesi sigara kullanma alışkanlığıdır. Gebelikten önce sigara kullanan kadınların gebelik döneminde sigaradan uzaklaşamamalarının en önemli sebebi ailede sigara kullanan bireylerin olmasıdır. TNSA 2008 verilerine göre gebe kadınların %11,4'ü gebelik sürecinde de sigara kullanımına devam etmektedir. Gebelik döneminde sigara içmeye devam edenlerin oranı %10-37 arasında, pasif içicilik oranı ise %11-49 arasında değişmektedir (Er, 2006). Gebelik komplikasyonlarının azaltılmasında değiştirilebilir risk faktörlerinden biri sigara kullanımıdır.

Gebelikte sigara kullanımının hem annenin hem de bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Literatürde gebelik döneminde sigara kullanımının ektopik gebelik, spontan abortus, plasenta previa, dekolman plasenta ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, preeklampsi, preterm doğum, ölü doğum, ve doğumsal anomaliler gibi pek çok probleme yol açtığı belirtilmiştir (Aktaş ve Güler,

2010; Neuman ve ark, 2012; Öztoprak ve Günay, 2013; İzci ve Bilici, 2015; Sönmez, 2015; Tarhan ve Yılmaz, 2016; Pineles ve ark, 2016; Moore ve ark, 2016; Schobeiri ve Jenabi, 2017; Seçen ve ark, 2017; Abide ve ark, 2018).

Sigaranın ektopik gebelik üzerine etkisi kesin olarak bilinmese de tubal transportun yavaşlaması nedeniyle ovumun uterusu ulaşamamasının sebep olabileceği belirtilmiştir (Tarhan ve Yılmaz, 2016). Gebelikte kullanılan sigaranın dozuna göre abortus riskinin iki katına çıktığı (Öztoprak ve Günay, 2013) ve erken doğum eylemi riskinin arttığı belirtilmiştir (Kılıç, 2016).

Gebelikte sigara kullanımı plasentanın gelişimini olumsuz etkilemektedir. Plasentanın gelişiminde meydana gelen hasarlar plasenta previa, dekolman plasenta ve ablasyo plasenta gibi sorunlara neden olabilmektedir. Plasentanın gelişimini tamamlayamaması plasenta kitlesinin az olmasına neden olmaktadır. Bu durum plasental hormon sentezini de etkilemektedir.

Sigara kullanımı fetal karboksihemoglobin konsantrasyonunu artırmakta ve bu durumu kompanse etmek için plasenta kitlesinin artması da gözlenebilmektedir. Büyüyen plasenta kitlesinin internal osu ulaşması plasenta previa ile sonuçlanmaktadır (Aktaş ve Güler, 2010; Shobeiri ve Jenabi, 2017). Plasenta previada kanama ihtimali arttığı için prematür doğum insidansı da artırmaktadır. Nikotinin vazokonstriktör etkisi sebebiyle nekroza yol açması ablasyo plasentaya neden olmaktadır (Tarhan ve Yılmaz, 2016). Sigaranın bırakılması dekolman plasenta görülme olasılığını %23, plasenta previa görülme oranını ise %33 oranında azaltmaktadır (Sönmez, 2015). Sigara kullanan gebelerin fetal doppler akımları uteroplasental kan akımının azlığı nedeniyle etkilenmektedir (Janbakhisov ve ark, 2013).

Sigaranın bağışıklığı baskılayan etkiye sahip olması enfeksiyon riskini artırmakta, özellikle ikinci trimesterde olmak üzere tüm gebelik dönemince preterm doğum için bir risk oluşturmaktadır. (Kısacık ve Gölbaşı, 2009; Moore ve ark, 2016).

Doğum eyleminden önce membran bütünlüğünün bozulması erken membran rüptürü olarak tanımlanmaktadır. Kollajen sentezi, membran bütünlüğünün korunması için önemlidir. Sigara kullanımında kolajen sentezinde rol oynayan C vitamini düşmektedir. Gebelerde sigara kullanımı kollajen çapraz bağ sentezini bozarak erken membran rüptürü gerçekleşme olasılığını artırmaktadır (Cunningham, 1997). Bu durum preterm doğuma yol açmakta ve buna bağlı olarak respiratuar distres sendromu ve

neonatal hemoraji görülme ihtimali de artmaktadır (Patel ve ark, 2018; Patil ve ark, 2018).

Gebelikte sigara kullanımının preeklampsi ile ilişkili olduğunu belirten (Neuman ve ark, 2012; Abide ve ark, 2018), sigara kullanımı ile preeklampsi arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirten (Spracklen ve ark, 2015)., sigara kullanımının tromboksan A2 düzeyini azaltması sebebiyle preeklampsi riskini azaltacağını (Janbakhisov ve ark, 2013) belirten farklı çalışmalar bulunmaktadır. Sigaranın preeklampsi ile ilişkili olduğunu belirten bir çalışmada sigaranın, karbonhidrat intoleransına, maternal kan basıncı dengesizliğine ve laktasyon azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (Soylu, 2011).

Bulantı, kusma ve iştah bozukluğu gibi semptomlara neden olan peptik ülser, sigara kullanan gebelerde gastrointestinal sistem hastalıkları arasında en yaygın olanıdır. Peptik ülserin neden olduğu bulantı ve kusma semptomları, gebelik döneminde fizyolojik olarak görülen bulantı kusma semptomları ile birlikte gebelik sürecini zorlaştırmaktadır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu, 2011).

2.5. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs ve Erken Çocukluk Dönemi Üzerine Etkileri

Fetüsün büyüme ve gelişmesini etkileyen olumsuz faktörden biri de sigara kullanımı ve sigara dumanına maruz kalmadır (Mund ve ark.,2013; Çınar ve ark.,2015). Sigara dumanının içinde bulunan 4000'den fazla kimyasal bileşenin hangisinin gelişmekte olan bebeğe zarar verdiği kesin olarak bilinmese de nikotin ve karbonmonoksitin gebeliği olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Gebelikte sigara içmenin zararlı etkileri ilk trimesterden itibaren görülmektedir. Bazal membran kalınlaşarak plasenta dokusu ve morfolojisindeki değişiklikleri artırır (Cutajar, 2022). Bu da vaskülarizasyonda azalmaya ve dolayısıyla fetüse daha az besin ve oksijen taşınmasına yol açar (Çınar ve ark.,2015). Annenin sigara içmesi erken doğumla (<32 haftalık gebelik yaşı) ve erken membran rüptürü gibi doğum komplikasyonları ile sonuçlanabilir (Robison ve ark., 2012; Cutajar, 2022).

Gebeliğin ikinci trimesterinde fetüsün akciğeri, üçüncü trimesterinde ise alveoller gelişir. Sigaraya maruz kalmak fetal akciğer kapasitesini ve alveol sayısını

azaltır ve akciğer parankim dokusu elastikiyetini kaybeder (Çınar ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda erken doğmuş bebeklerin yaşamları boyunca akciğer fonksiyonlarının azalmakta olduğu (Vollsæter ve ark., 2013; Thunqvist ve ark., 2015) ve ayrıca hava yollarının aşırı duyarlı olduğu saptanmıştır. Maternal sigara kullanımına ve pasif sigara içimine maruz kalmış fetüslerin bağışıklık sistemleri de etkilenmektedir. Bu nedenle infant dönemde solunum yolu enfeksiyonları da sık görülmektedir. Sigara kullanımının ileri çocukluk çağlarında çocukluk çağı astımı, orta kulak iltihabı ve solunum yolu hastalıkları artışına neden olduğu önemle vurgulanmaktadır (Çınar ve ark., 2015).

Gebelik sırasında sigara içmek, fetal büyüme geriliğine ve doğum ağırlığında yaklaşık 150-200 gr. azalmaya, baş çevresinin de küçük olmasına neden olmaktadır (Abraham ve ark.,2017; Brand ve ark.,2019; Öztoprak, 2019). Annenin sigara içmesi büyüyen fetüse oksijen temini sebebiyle ve bağırsaklardaki kalsiyum emilimini azaltması sebebiyle fetal kemik kütle oluşumunu azaltır ve fetal iskelet büyümesi de etkilenir (Öztoprak, 2019; Cutajar, 2022). Sigaraya henüz anne karnında maruz kalan bebeklerde doğumsal anomali görülme sıklığı artmaktadır. Bu anomaliler arasında en çok görülen orofasiyal yarıklardır (Sönmez, 2015). Sigara içen annelerin bebeklerinde yarık damak/yarık dudak, gastroşizis, atreziler (anal, koanal), kardiyak bozukluklar, polidaktili, sindaktili, adaktili, bilateral renal agenezi ve hipoplazi riski de artmaktadır (Kılıç, 2016).

Annenin sigara içmesinin bebeklerin iskelet gelişimi üzerinde uzun süreli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bunun nedeni büyüme hormonu/insülin benzeri büyüme faktörü-1 ekseninin intrauterin dönemde salgılanmaya başlaması olabilir (Dennison ve ark., 2010; Cutajar, 2022). Bu nedenle, gebelik sırasında sigara içmek, bebekleri osteoporoz gibi yaşam boyu kusurlu kemik sağlığı riskine maruz bırakabilir.

Annenin sigara içmesinin bebeğe etkilerinden biri de intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olasılığının artması (Ko ve ark., 2014) ve akciğer fonksiyonlarının zayıflamasıdır (Morsing ve ark., 2012). Annenin sigara içmesi viral solunum yolu hastalıklarını takiben morbidite riskini de artırır. Tütüne maruz kalmak, solunum yolu enfeksiyonları olasılığını artırır (Cutajar, 2022).

Annenin sigara içmesinin olumsuz yönlerinden bir diğeri ise anne-bebek bağlanması üzerine etkisidir. Maternal-fetal bağlanması zayıf olan annelerin, nikotin düzeylerinin

yüksek olduğu saptanmıştır. (Magee ve ark.,2014) Başka bir çalışmada ise gebelikte sigarayı bırakmış olan gebelerin, gebelik boyunca sigara içenlere kıyasla daha fedakâr bir fetal bağlanma gösterdikleri belirtilmiştir (Massey ve ark., 2015) Tüm bu olumsuz etkilerin sadece aktif sigara içmede değil, pasif içicilikte de benzer şekilde olduğu önemle vurgulanmaktadır (Gölbaşı, 2009).

Bebeğin herhangi bir hastalığı ya da hastalık belirtisi olmadan uyurken ölmesi olarak tanımlanan ani bebek ölümü riskini artıran önemli faktörlerden biri de annenin sigara kullanımı olarak görülmektedir. İntrauterin dönemde nikotine maruz kalan beyin sapının kardiyorespiratuar kontrol ve uykudan uyarılma görevleri bozulmaktadır (Zhang ve Wang, 2013; Hakeem ve ark., 2014; Çınar ve ark., 2015). Sigaranın ani bebek ölüm riskini iki kat arttığı söylenmektedir. Ani bebek ölümlerinin %25'ine sigaranın neden olduğu düşünülmektedir (Çınar ve ark., 2015).

Sigarada bulunan nikotin tıpkı plasental vazokonstriktör etkisi gibi meme damarlarında da vazokonstriksiyon oluşturmaktadır. Kan damarları memeyi beslediğinden, damarların olumsuz etkilenmesi süt üretimini azaltmaktadır (Kutlu ve Öksüz, 2018). Ayrıca anne kanında nikotin miktarının artması süt salgılanmasında etkili olan prolaktin hormon düzeyinin düşmesine neden olarak süt salınımının yetersiz olmasına ve bebeğin beslenmesinin olumsuz etkilenmesine neden olarak, bebeğin kilo alımını azaltmaktadır (Soylu, 2011; Baheiraei ve ark, 2014; Çınar ve ark., 2015; Tarhan ve Yılmaz, 2016).

Nikotin vazokonstriktif etkisi nedeniyle tromboz ve ateroskleroz oluşumuna neden olabilmektedir. Kohleayı besleyen arterler için de önemli olan bu durum, spiral gangliyon hücrelerini ve korti organındaki dış tüy hücrelerini de etkilemekte ve kohlear hasar meydana getirmektedir. Bu hasar, işitme kaybına neden olabilmektedir (Durante ve ark, 2011; Seçen ve ark, 2017). Bu nedenle gebelikte sigara kullanımı fetal sensörinöral tipte işitme kaybı için ciddi bir risk faktörüdür (Seçen ve ark, 2017). Gebelikte sigara içilmesi doğum sırasında bebekte siyanoz, ağlamama ve nefes alamama gibi sorunların görülmesine de neden olabilmektedir (Kısacık ve Gölbaşı, 2009).

Günümüzde, yasalar ile güvence altına alınan insan hakları, kadın hakları, çocuk hakları, hayvan hakları, işçi hakları ve başka kesimlerin hakları olmasına rağmen fetüs haklarını doğrudan koruma altına alan bir yasa bulunmamaktadır. Fetüse zarar

verebileceği dahi bilinmeden yapılan bu eylemler gebe, aile veya toplumdan kaynaklanan, bilgisizlik, bilinçsizlik ve yanlış inanışlardan kaynaklanmaktadır. Bu sorunlar uzun vadede çözülebilecek sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunların çözümü eğitim ve bilinçlendirme çabalarıyla mümkündür (Atar ve Yalım, 2018). Kadınların sigara içmemesi, içiyorsa bile gebelik döneminden itibaren bırakması yönünde eğitim çalışmaları artırılarak gereken çabalar gösterilmeli, pasif etkilenimlerinin önüne geçmek için de sigaraya maruz kalma oranları azaltılmalı ve topluma sağlıklı bireyler kazandırılmaya çalışılmalıdır.

2.6. Gebelikte Sigara Bırakma Tedavileri

Gebelikte sigara kullanan kadınların sigarayı bırakması, sigaradan pasif etkilenimin önüne geçilmesi ve sigaraya yeniden başlanmasının engellenmesi oldukça önemlidir. Gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerinde kadınların aile hekimine veya doğum ve hastalıkları uzmanına başvurdıklarında sigara içme durumlarının sorgulanması, kaydedilmesi, sigarayı bırakma ve bırakanların tekrar başlamaması için desteklenmeleri gerekir. Bu konuda aşağıda yer alan kılavuzdan faydalanılabilmektedir (Çizelge 1) (Kahyaoğlu, 2018)

Gebelik, kadınların yaşam boyu en öğrenmeye açık oldukları önemli bir dönemdir. Çünkü bu süreçte anneler hem bebeklerine hem de kendi sağlıklarına oldukça odaklanmış durumdadır (Kahyaoğlu, 2018). Aynı zamanda gebeler ailenin merkezinde olmaları sebebiyle aile üyelerinin etkileşimini de artırmaktadır. Dolayısıyla bir gebenin sigarayı bırakması, öncelikle eşinin ve evdeki diğer bireylerin de sigara bırakması açısından en uygun dönemdir (Kahyaoğlu, 2018). Gebelere uygulanacak sigara bıraktırma programları davranış değişikliği ve sağlığı geliştirme açısından önemlidir (Kahyaoğlu, 2018).

Çizelge 1. 5A Yaklaşımı

KLİNİK YAKLAŞIM	İÇERİK
I. ÖĞREN (ASK)	Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi gerekir. Gebe kadına aşağıdaki soruları sorarak sigara içme durumunu belirleyin. A. Hiç sigara içmedim veya yaşamım boyunca 100'den az sigara içtim. B. Gebe olmadan önce sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum. C. Gebe kaldıktan sonra sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum. D. Şu anda bazen içiyorum, ancak gebe kaldıktan sonra sayısını azalttım. E. Şu anda gebe olmama rağmen, düzenli olarak içiyorum. Eğer yanıt A, B ve C ise gebeyi tebrik edin ve bu konuda destek verin.
II. ÖNER (ADVİSE)	Eğer gebe D veya E durumunda ise gebeye açıkça sigara bırakma önerisinde bulunun. Bu öneriyi kendisi ve bebeği ile ilgili risklerden söz ederek ilişkilendirin. Bu bilgileri verirken basılı ve görsel malzeme kullanmaya çalışın. Sigarayı en kısa zamanda bırakmasını önerin, eğer yüz yüze değil iseniz telefonla bu görüşmeleri yapın.
III. ÖLÇ (ASSESS)	Gebenin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının sorun. Nikotin bağımlılığını ölçün ve engel olarak düşündüğü sebepleri araştırın. Eğer gebe 1 ay içerisinde bırakmaya hazırsa önderlik yapın. Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın ve bu görüşmelerde kendisi ve bebeği için olası risklerden söz edin.
IV. ÖNDERLİK ET (ASİST)	Gebe bırakma konusunda istekli ise birlikte bırakma planı yapın. Bu süreçte gebenin yanında olacağınızı söyleyin ve bırakma günü belirleyin. Davranış değişiklikleri önerin. Gebenin yakın çevresinden destek alın ve endişelerini gidermeye çalışın. Farmakoterapi konusunda birlikte karar verin, gerekirse eğitici materyal sağlayın.
V. ÖRGÜTLE (ARRANGE)	Gebe ile yüz yüze ya da telefon görüşmeleri şeklinde kontrollerini gerçekleştirin.

Kaynak: Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı Tedavi ve Uzlaşım Raporu. 2014.

2.6.1. Gebelerde Sigara Bırakturma, Non-farmakolojik Yöntemler

Davranışsal yöntemler, gebelik döneminde sigarayı bırakmak için kullanılabilecek hem maliyet etkin hem de güvenli yöntemlerdir (Mullen 1999, Marks ve ark. 1990). Davranış müdahalelerinde broşür, kitapçık gibi yazılı materyallerden faydalanarak görüşmenin yapılması, görüşme sayısının dört ve daha üzeri olması, 10 dakikadan az görüşme olmaması, görüşme aralarında ya da danışanlar görüşmeye gelmediğinde görüşmelerin telefonla yapılmasının etkili olduğu bildirilmektedir (Dokuzcan, 2020).

Teorilere dayandırılmış sigara bıraktırma programları, müdahalelerin başarısını artırmaktadır. Bu nedenle günümüzde teorilere dayalı bıraktırma programlarının sıklığı artmaktadır. Planlanmış Davranış Teorisi, Bilişsel Davranışçı Teoriler, Sosyal Bilişsel Teoriler en çok kullanılan teoriler arasındadır. Davranış değişikliği dinamik bir süreçtir. Bu nedenle teorilerde bireylerin hazır oluşlukları dikkate alınmadığında sonuçların istendik düzeye ulaşmadığı saptanmıştır. Transteoretik Model davranış değişikliğini bir süreç olarak ele alması sebebiyle diğer modellerden ayrılmaktadır. Transteroterik Model “değişim sürecinin aşamalarına odaklı, bireyin isteyerek davranış değişikliğini gerçekleştirmesine yardım edebilmek amacıyla davranışsal, deneysel, bilişsel strateji ve yöntemlerin kullanıldığı” bir modeldir. Ayrıca bireyin motivasyonu ve değişim için istekli oluşu da önemlidir. Tüm bu özelliklerinden dolayı modelin gebelikte sigarayı bıraktırmak için kullanılmasının başarı oranını artıracığı düşünülmektedir (Karatay 2007, Erol, 2013).

2.6.2. Gebelerde Sigara Bıraktırma, Farmakolojik Yöntemler

Gebelerde sigara bıraktırırken kullanılan farmakoterapide amaç ilaçlarla yoksunluk belirtilerini azaltıp, bırakma sürecine kolaylık sağlamaktır. Gebeler özellikli bir grup olması sebebiyle, gebelikte farmakoterapi çok tercih edilmemektedir. Fakat ilk trimesterden sonra gebe hala sigara kullanıyorsa, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği yarar ve zarar ilişkisinin değerlendirilerek karar verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Gebelikte C grubu ilaçlar içinde yer alan ve sigara bırakmada kullanılan Bupropion ve Vareniklin gebelikte kullanılmamaktadır. (Türk Toraks Derneği, 2014) Gebelik kategorisi D olan nikotin replasman tedavisi, günümüzde uygulanabilecek tek farmakoterapi ilacı olarak tanımlanmaktadır (Kılıç, 2016). Berard ve arkadaşları (2016) nikotin bandı replasman tedavisinin gebelerde gebelik haftasına

göre küçük bebek ve prematür bebek doğma riskini azalttığını bildirmektedir (Berard ve ark. 2016).

2.7. Transteoretik Model

Değişim aşamaları olarak da bilinen Transteoretik Model (TTM), 1982 yılında psikolog James O. Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından geliştirilmiştir (Greene et al., 1999; Özvarış, 2011; Pro-change behavior system, 2012). Bu model farklı psikoterapi teorilerinden oluşmaktadır. TTM' de davranış değişikliği aşamaları; 1-Düşünmeme (hazır olmama veya değişimi düşünme), 2-Düşünme (hazırlanma), 3-Hazırlık (hazır), 4-Eylem (harekete geçme), 5-Sürdürme aşamalarından oluşmaktadır. Başarı için birey, aşamalara ve bireysel ihtiyaçlarına göre desteklenmelidir (Prochaska and DiClemente, 1982). TTM'nin diğer modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişiminin bir süreç olduğunu vurgulamasıdır. Model davranış değişimini; aşamalı, dinamik ve sürekli bir yapı olarak tanımlar. Geleneksel davranışçı yaklaşımlar değişimi kesin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirirken, TTM'nin amacı bireylerin ihtiyaçlarına göre davranış değişimlerine yardım etme ve değişim sürecini anlamaktır. TTM girişimlerin etkinliğini, ilerlemelerin ölçülmesini ve sonuçların doğru değerlendirilmesini belirler. Örnek olarak; birey sigara bıraktırma programının sonunda davranış değişimini gerçekleştiremeyip sigara içiyorsa ancak içtiği sigara sayısını azaltmışsa, bu da başarılı bir sonuç olarak değerlendirilir. Çünkü bu durumdaki bir birey değişime karar verdiğinde başarı şansı yüksek olacaktır (Velicer ve ark. 1998, Özdemir ve Taşçı 2013). Yapılan çalışmalar sigara bıraktırmada TTM'ye dayalı müdahalelerin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Koyun, 2013; Savcı Bakan, 2013; Taş, 2015; Çamöz, 2017; Çavuşoğlu, 2018; Karakan, 2022). TTM; bireyleri değişime hazır oluşluk düzeylerine göre ele alması, bireysel danışmanlığa izin vermesi ve bu sebeple de bireysel ihtiyaca yönelik eğitim planlaması yapılabildiği için kullanışlı ve başarılı bir modeldir. TTM'nin üç temel boyutu vardır: Bunlar; değişim aşamaları, değişim süreçleri ve değişim seviyeleridir (öz-etkililik ve karar verme).

2.7.1. Değişim Aşamaları

TTM'ye göre bireyler, davranış değişiminden önce çeşitli aşamalardan geçer. Bu aşamalar davranış değişimini düşünmeme, düşünme, hazırlık, harekete geçme ve devam ettirme aşamalarıdır. Önümüzdeki altı ay içerisinde davranışını değiştirmek

niyetinde olmayan bireyler düşünmeme aşamasındadır. Problemin değerlendirmesinin yapıldığı ve değişimin olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesinin yapıldığı aşama düşünme aşamasıdır ve bu bireyler önümüzdeki altı ay içerisinde davranış değişikliğini düşünürler. Önümüzdeki bir ay içerisinde harekete geçme düşüncesinde olan bireyler hazırlık aşamasındadırlar. Değişim gerçekleştiği aşama ise hareket aşamasıdır. Bu aşamada kişilerin son altı ay içerisinde davranışlarında önemli değişiklikler olmuştur. Değişimin başladığı ilk altı aydan itibaren devam eden aşama ise devam ettirme aşamasıdır (Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark 1998, Prochaska 2008, Prochaska ve ark. 2008). Aşamadan aşamaya düzenli olarak geçiş olmasa da çoğunlukla ilerleme olur. Bazen ileri aşamaya geçilmeyip, daha önceki aşamaya dönebilir. Her aşamada bireylerin ihtiyaçları farklılaşmaktadır. Dolayısıyla uygulanacak girişimde bireylerin içinde bulunduğu aşamaya uygun olması gerekmektedir (Taş ve ark., 2016).

Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşamaları

1. Düşünmeme (Pre-contemplation): Bu aşamada birey, sigaranın değiştirilmesi gereken bir davranış olduğunu kabul etmez ve sigarayı bırakmayı düşünmez. Genellikle davranışını değiştirmeye yardımcı olacak bilgiler almaktan hoşlanmaz ve kaçır. Bu aşamada arkadaş ve aile baskısı, davranışı önlemek yerine pekiştirebilir (Velicer ve ark., 1998).
2. Düşünme (Contemplation): Bu aşamada birey sorunun farkındadır fakat değişime henüz karar vermemiştir. Altı ay içinde davranış değişikliklerini başlatmak ister ve sigarayı bırakmayı düşünür. Sigaranın zararları hakkında ve sigara bırakma yolları hakkında bilgi edinmeye çalışır. Kişi bu aşamada uzun süre kalabilir (Prochaska ve Velicer, 1997).
3. Hazırlık (Preparation/ready for action): Bu aşamada birey yakın zamanda (bir ay içerisinde) harekete geçmeye hazırdır. Genellikle başarısız olan küçük girişimler vardır. Kafalarında bir plan hazırlarlar. Bu dönemde başarısızlıktan korkarlar ve desteğe ihtiyaç duyarlar. (Prochaska ve Velicer, 1997).
4. Hareket (Action): İstenmeyen sorunlu davranışlar değişmiş, fakat altı ayı doldurmamıştır. Bu aşamada istenmeyen davranışın geri gelmemesi ve yeni davranışa alışması için özen gösterilmelidir. (Prochaska ve Velicer, 1997).

5. Devam ettirme (Maintenance): Bu aşamadaki birey, altı aydan fazla istenmeyen davranışlardan uzaktır. Amaç, geçmişteki değişimi kalıcı kılmaktır. İstenmeyen davranışlara karşı artık daha dirençlidir. Ancak her zaman dikkatli olunması gerekir (Prochaska and Velicer, 1997).

2.7.2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

İstenen davranış değişimi toplamda on süreçten geçerek tamamlanır. Bu süreçlerin beşi bilişsel, beşi davranışsal süreçlerdir. Bilişsel süreçler, bireyin duygu, değer ve bilinci ile ilgili faktörlerden oluşmaktadır. Davranışsal süreçler ise davranış değişikliğinde bireyin hangi aşamalardan geçtiği hakkında bilgi vermektedir. Düşünme aşamasında motivasyon ve istek artırma müdahalelerinin kullanımı daha az düzeyde iken, düşünme ve hazırlık aşamalarında müdahalelerin arttığı ve hareket aşamasında ise daha sık kullanılmaktadır (Prochaska ve ark. 1988, Güngörmüş ve Erci,2012).

Transtoeoretik Model'e Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler

1. Bilişsel Süreçler (Zamanla İlgili Geçici Boyut)

a. Bilinçlenme (farkındalığın artması): Birey mevcut davranışının zararları, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalık kazanmıştır. Eğitim ve konferanslar, medya kampanyaları, kitaplar, geri bildirimler farkındalığı arttıran girişimler olabilir.

“Sigaranın nasıl bırakılacağını öğrendim.”

b. Duygusal uyarılma: Birey davranışının problemli olduğunu ifade etmeye başlamıştır. Birey sigara ve akciğer kanseri gibi çok güçlü üzüntü ile karşı karşıya kaldığında oluşan süreçtir. Bireyleri duygusal olarak harekete geçirmek için psikodrama, rol yapma, geri bildirimler ve iletişim araçları kullanılabilir.

“Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır.”

c. Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin sağlıklı ya da sağlıksız davranışlarının olumlu veya olumsuz etkilerinin fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini değerlendirmesidir. Bu aşamada kullanılabilecek teknikler; empati eğitimi, kanıtlar ve aile girişimleri olabilir.

“Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm.”

d. Sosyal özgülleşme- çevresel fırsatlar: Toplumun bireylere davranış değişikliği destekleyici yönde kolaylık sağladığının farkına varma sürecidir.

“Toplunun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım.”

e. Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin kendisini ve sağlıksız davranışını yeniden değerlendirmesidir. Kendine sağlıklı rol modelleri seçerek, hayal ederek, değerlerini yeniden gözden geçirerek kendini tekrar değerlendirir.

“Sigara bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur.”

2. Davranışsal Süreçler (Bağımsız Değişken Boyutu)

a. Uyarıların kontrolü: Problemleri davranışların değiştirilip, eski davranışa geri dönme olasılığının kontrol edilmesidir.

“Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım.”

b. Destekleyici ilişkiler: Sağlıklı davranış güven verici, destekleyici ve kabul edici ilişkileri içermektedir. Sosyal destekler; arkadaş, danışman veya destek grupları olabilir.

“İhtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır.”

c. Karşıt koşullama (yerine koyma): Bireyin sağlıksız davranışının yerine koyabileceği daha sağlıklı davranışları öğrenmesini ve kullanmasını içerir.

“Sigara içmek yerine, ellerimle yapabileceğim daha iyi, başka şeyler bulurum.”

d. Güçlendirme (ödüllendirme): Kendine değişmeye çalışan bireyler sağlıksız davranıştan uzak durduğu sürece kendisini ödüllendirir. Bu birey için güven kaynağıdır.

“Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm.”

e. Kendisi ile anlaşma: Bireyin değişim için kendine vaatte bulunup, inancını harekete geçirmesidir.

“Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm” (Velicer ve ark. 2000).

2.7.3. Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu)

Geleneksel değişim programlarında başarı yalnızca sonuç olarak ölçülür. Fakat TTM; bir sonucun değil birden çok sonucun hassas ölçümlerini uygulamanın her aşamasında yapabilen: öz-etkililik, teşvik edici faktörler, karar verme kuramlarından oluşmaktadır (Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark. 2000, Plummer ve ark. 2001, Prochaska ve ark. 2008, Güngörmüş 2010). TTM; bireyin değişim konusunda özgüvenini, karar verme algısını, değişimi engelleyen faktörleri, bilişsel ve davranışsal süreçlerini değerlendiren ölçüm araçlarını içermektedir.

Model bu özellikleri ile değişim aşamasında olan bireyleri tanımak, girişimler planlamak ve bu girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için bir kılavuz olarak kullanılabilir (Prochaska ve ark. 1992, Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark. 2000, Prochaska ve ark. 2008, Güngörmüş 2010).

2.8. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme (MG), danışan merkezli, ikilemi (ambivalans) ortaya çıkaran ve bu ikilemi çözümlemelerine yardım eden bir yaklaşımdır. 1983 yılında ilk kez klinik bir yöntem olarak kullanılmaya başlayan motivasyonel görüşme, değişim için isteksiz olan veya ambivalansı olan kişilerde oldukça etkili bir yöntemdir. 1990'lı yılların başlarından itibaren sağlık sorunları ile birlikte davranış değişimi için kullanılmaya başlanılmıştır (Prochaska ve Velicer 1999). Motivasyonel görüşme, istenmeyen davranışları sağlıklı davranışlarla değiştirme ve bu davranışların sürdürülmesini sağlayan etkili bir iletişim tekniğidir.

2.8.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

- Motivasyonel görüşme kişinin değişmek isteyip istememe nedenlerini daha iyi anlamasına yardım eder. Kişi değişim yönünde karar verene kadar motivasyonel görüşme esnasında çözüm önerileri sunulmaz.
- Motivasyonel görüşmenin merkezi danışandır. Görüşmeci yapılmasının gerekli olduğunu düşündüğü şeyleri değil, danışanın sorunlarını önemser.
- Motivasyonel görüşme bir danstır, eşlik etmedir, yargısız kabul etmedir. Danışman, kişinin değişim isteğini ortaya çıkarmalıdır.
- Terapötik ilişki bir ortalık/ arkadaşlık ilişkisidir. Danışanın davranışları ile ilgili seçim yapma özgürlüğüne saygı duyulmalıdır.
- Değişime hazır olmak kişilerarası ilişkinin bir ürünü olarak görülmektedir. Bir danışan özelliği değildir. Aynı şekilde direnç ve inkâr da danışan özellikleri olarak değil danışman davranışına ilişkin geribildirimler olarak yorumlanır.
- İkna etmeye çalışma, yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşıtlarıdır. Motivasyonel görüşmede danışman, sessiz ve veriyi çıkartan bir tarza sahip olmalıdır (Ögel, 2009).

2.8.2. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin temel bileşenleri şunlardır:

- a. Empati gösterme
- b. Çelişkileri ortaya çıkarma
- c. Dirençle çalışma
- d. Öz-yeterliği destekleme

a. Empatinin Gösterilmesi: Yansıtımlı dinleme yoluyla bireyle şeffaf, sevecen, yargısız ve anlayış içeren bir iletişim kurmaktır. Empati gösterme, bireyi kabul etmeyle başlar. Problemlili olan birey değil, bireyin davranışlıdır. Empati gösterilmesinde temel nokta yansıtımlı dinleme yönteminin etkin bir biçimde kullanılmasıdır (Cangöl ve Şahin, 2017).

b. Çelişkileri Ortaya Çıkarma: Bireyin gelecekteki hedefleri ile şu anki davranışları arasındaki çelişkileri ortaya çıkarmayı içerir. Bireyler çelişkilerin farkına vardığında değişim için motivasyonları artacaktır. Bu aşamada danışmandan beklenen bireyin şimdiki davranışlı ile ideal davranışlı arasındaki farka odaklanmasını sağlamaktır (Stinson ve Clark, 2017).

c. Dirençle Çalışma: Motivasyonel görüşmenin bir kazananı ya da kaybedeni yoktur. Danışan ve danışman arasında bir mücadele olmamalıdır (Köroğlu, 2018; Ögel, 2009). Danışanlarda baskı ve zorlama duygusu oluşturmada değişim başlatılmalıdır (Dicle, 2017). Direnç ile karşılaşıldığında birey ile tartışmadan, empatik bir ortam oluşturularak iletişim sürdürülmelidir (Arkowitz ve ark., 2015).

d. Öz yeterliliği desteklemek: Öz yeterlilik kişinin herhangi bir şeyi başarma konusunda kendisine duyduğu inancı ifade eder. Bu aşamada görüşmenin amacı bireyin güçlü yönlerini tanımlaması ve bu yönlerini ön plana çıkarabilmesi için öz güvenini artırmaktır (Özgür, 2016). Değişim bireyin sorumluluğunda olduğu için danışman danışana “Eğer istersen, sana değişmek için yardımcı olabilirim” mesajını vermelidir. Davranış değişiminde birey başkalarının ya da kendinin geçmiş başarılı davranışlarıyla cesaretlendirilebilir (Thigpen ve ark., 2007; Miller ve Rollnick, 2009; Erol, 2013).

2.8.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Temel Yöntemler

Motivasyonel görüşme sürecinde kullanılan temel yöntemler; açık uçlu soru sorma, yansıtımlı dinleme, destekleme ve özetlemedir. (Ögel ve Şahin, 2021)

a. Açık uçlu sorular; “evet” ya da “hayır” olarak cevaplanamayan, danışanın yanlış veya doğru cevap verme kaygısı taşımadan, özgür bir şekilde kendini ifade etmesini sağlayan sorulardır. Açık uçlu sorular sormak, danışanla derinlemesine görüşme yapmaya ve empati kurmaya olanak sağlar. “Sigara kullanmaya başladığınız dönemi biraz daha anlatır mısınız?”, “Son görüşmemizden bugüne kadar hayatınızda neler değişti?” gibi açık uçlu sorular danışanın hikayesini daha açık anlatmasına, kendini daha iyi ifade etmesine yardım edecektir. Danışanın kendini sorgudaymış gibi hissetmemesi için kapalı uçlu soru sormaktan kaçınılmalıdır. (Ögel, 2009)

b. Yansıtma dinleme; danışanın söylediklerine tepki vermenin ve ilişkide empati kurmanın temel şeklidir (Ögel, 2009). Danışanın bir ifadesinin ne anlama geldiğini tahmin etmek ve bunu ona iletmektir. Daha da özünde yansıtma dinleme anladığımızın doğruluğunu kontrol etmektir. Örneğin; “Sigarayı bırakma konusunda ısrarcısınız, bırakmanın sizin için önemli olduğunu anlıyorum.”, “Sigarayı bırakmanın kolay olmadığını biliyorum.” gibi. Danışan neyi yansıtacağına, neyi doğrulamayacağına, neyin üzerinde durmayacağına iyi karar vermelidir. Motivasyonel görüşmelerde, bireyler kendi durumlarını ilk kez böyle duyabilecekleri için, değişim konuşmasının yansıtılması önemlidir. Yansıtma dinleme danışanın öz yeterliliğini destekleyen ve değişim hareketini sürdürmesine yardım eden bir yöntemdir (Ögel ve Şahin, 2021).

c. Destekleme; danışanın güçlü yanlarının farkına varmak ve değişim yönündeki davranışlarını küçük büyük ayırt etmeden öne çıkartmaktır. Destekleme, gerçekçi ve uyumlu olmalıdır. Kişinin kendine olan yeterliliği arttıkça belirli bir davranışında istediği değişikliği yapma ihtimali de artar. “Buraya gelmek büyük bir adım.” gibi. (Ögel ve Şimşek, 2021)

d. Özetleme; değişim konusunda ambivalans yaşayan kişiler genelde çok farklı düşünce ve duygulara sahiptir. Birbiri ardına farklı görüş ve düşünceler ifade ederler. Dolayısıyla bunların görüşme sırasında sık sık toparlanması faydalı olmaktadır. Özetlemeye “doğru anladıysam” ifadesiyle başlamak yerinde olur, ama sözcüğü kullanılmaz ve son bölümünde değişimi teşvik etmeye yönelik ifadeler yer almalıdır. Özetlemeden sonra “ne düşünüyorsun” şeklinde bir soru sorularak değişim yönünde konuşmaya devam edilebilir. (Ögel ve Şimşek, 2021)

Motivasyonel görüşmeler telefon, e-posta, internet vb. ortamlarda gerçekleştirilebilir. Online görüşmeler, kişilerin kendilerini açıkça ifade edebilmesi ve utanmayı, damgalanmayı azaltması sebebiyle etkin bir yöntemdir (Osilla ve ark., 2012). Görüşmeler sırasında kişilerin alışık olduğu ortamlarında daha rahat olmalarına fırsat sağlayan online görüşmeler ulaşılması zor kişilere ulaşmak konusunda da daha fazla imkân sağlamaktadır (Paşaoğlu, 2021). MG'nin uygulanabilirliğini ve etkinliğini artırma konusunda internet tabanlı iletişim teknolojilerinin kullanımı fayda sağlayabilir (Chan ve So, 2020). Sigara bırakmada bilgi iletişim teknolojileri kullanılarak yapılan MG ile yüz yüze gerçekleştirilen MG uygulaması kıyaslandığında, online yapılan MG'lerin düşük maliyetli ve ulaşılabilirlik açısından daha avantajlı olduğu söylenmektedir (Tran ve ark. 2020).

2.9. Sigara Bırakmada Hemşirenin Rolü

Sigarasız nesillerin yetişmesinde, toplum sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, sigara içen bireylere sigarayı bırakmaları için destek sağlamada hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Sigara bırakmada hemşirelerin kişilerarası iletişim becerilerini ve sigara bırakma bilgilerini kullanabilmeleri oldukça önemlidir. (Efraimsson ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2005 yılında Dünya Sigarasız Günü teması “Sağlık Profesyonelleri Sigaraya Karşı” olarak belirlenmiştir. DSÖ bu tema ile sigara epidemisiyle savaşmada sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düştüğünü tanımlamıştır.

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) “Tütünsüz bir Yaşam İçin Hemşireler” konulu yayınında hemşirelerin bireylerle olan yakın iletişimleri sebebiyle sigaradan korunma ve sigara bırakmada önemli bir konuma sahip oldukları belirtilmiştir. Gebelikte annenin ve fetüsün sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri olan sigara kullanımı, doğum öncesi bakım kapsamında mutlaka sorgulanması gereken bir durumdur. Bu sorunun çözümü için gebenin ve ailesinin eğitimi anahtar roldedir. Bu nedenle hemşireler; prenatal ve postnatal dönemlerde gebelerle kuracağı etkili iletişim ile gebelerin sigara kullanımlarını ve sigara dumanına maruziyetlerini belirleyip, gebelerin sigara bırakma girişimlerine destek olmalıdır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda sigara kullanan gebelere, gebeliği boyunca destek ve danışmanlık verilip, gebelik döneminde sigara kullanmamalarının sağlanması önem arz etmektedir (Kısacık ve Gölbaşı 2009). Birinci basamak sağlık çalışanları özellikle de ana-çocuk

sağlığı izlemlerinin primer sorumlusu olan halk sağlığı hemşireleri tarafından gebelik öncesinde ya da gebelikte sigara içtiği belirlenen kadınların mümkün olan en erken süreçte sigarayı bırakmalarının sağlanması, gebelikten sonra da sigaraya tekrar başlamalarının nlenmesine yönelik müdahaleler sağlıklı toplum hedefine ulaşmanın temelini oluşturacaktır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma randomize kontrollü, deneysel bir araştırmadır. (Clinical Trials Number: NCT05173428)

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sivas il merkezinde toplam 23 ASM bulunmaktadır. ASM’lerde riskli olmayan sağlıklı gebelere yönelik en az 4 gebelik izlemi yapılmakta ve izlemlerde anamnez alınırken sigara sorgulaması da yapılmaktadır. Sigara kullanan gebelere azaltma ve bırakma önerilerinde bulunulmakta, sigaranın anne ve bebek sağlığına zararları anlatılmaktadır. ASM’de çalışan ebelerden/ hemşirelerden önerilerin spontan olarak yapılmakta olduğu planlı bir eğitim yapılmadığı bilgisine ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan 23 ASM’ye kayıtlı gebeler oluşturmuştur. 23 ASM’den küme örneklemeyle 5 ASM (evreni en az %20 temsil oranı ile temsil eden) belirlenmiştir. ASM’ler seçilirken heterojenik sosyokültürel özelliğe sahip olması dikkate alınmıştır. Araştırmanın örneklemini Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında bu 5 ASM’ye kayıtlı olan, 16. gebelik haftasını doldurmamış, sigara kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için Balmumcu (2021)’in çalışması temel alınarak güç analizi yapılmış (G power 3.1.9.7 ile effect size:0.76, alfa:0.05 power:0.90 ve df:1) ve analiz sonucunda örneklem sayısının 60 gebe olması gerektiği belirlenmiştir. Güç analizi bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Araştırmada kayıp yaşama olasılığına karşı, hesaplanan örneklemin %10 fazlası alınarak müdahale grubuna 33, kontrol grubuna 33 gebe olmak üzere 66 gebenin örnekleme dahil edilmesine karar verilmiştir.

3.4. Randomizasyon

Randomizasyon aşamasında yanlılığın önlenmesi, randomizasyonun gizlenmesi ve sonuç değişkenleri üzerinde etkisi olabilecek değişkenlerin kontrolü amacıyla randomizasyon araştırmacı dışında bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Randomizasyon gebelerin onamları alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

Güç analizi ile belirlenen örneklem büyüklüğü doğrultusunda randomize kontrollü çalışmanın grubu (n=66), evrenden (N=70) basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak rastgele seçilmiştir. Randomizasyon çıktılarına göre müdahale ve kontrol gruplarına alınacak gebeler istatistik uzmanı tarafından listelenmiştir. Gebelerin onamları alındıktan ve randomizasyon yapıldıktan sonra hangi grupta olacakları bilgisi araştırmacıya ve gebelere bildirilmiştir.

3.5. Körleme

Çalışmada girişimi araştırmacı uyguladığı için körleme sağlanamayacağından araştırmacı körlemeden dışlanmıştır. Körleme istatistiksel analiz ve raporlama yönünden yapılmış olup, veri analizini gerçekleştiren istatistik uzmanı körlenmiştir. Araştırma verileri müdahale ve kontrol grubu belirtilmeden (X grubu ve Y grubu) kodlanarak veri tabanına aktarılmıştır. İstatistiksel analizler istatistik uzmanı tarafından yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra araştırmacı müdahale ve kontrol grubu için yapılan kodlamaları açıklamıştır. Bu şekilde istatistiksel yanlılık, saptama yanlılığı ve raporlama yanlılığı kontrol edilmiştir.

3.6. Araştırmada Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 16. gebelik haftasını tamamlamamış olmak [En faydalı gebelik sonuçları gebe ve fetüs açısından bu dönemdir (Kahyaoğlu, 2017).]
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Günde en az 1 adet sigara içiyor olmak
- Akıllı telefon ya da bilgisayar kullanabiliyor olmak ve interneti olmak
- Okur-yazar olmak

3.7. Araştırmada Dışlanma Kriterleri

- Bilgisayar veya akıllı telefon kullanamayan
- 17 ve üzeri gebelik haftasında olmak
- Herhangi bir ruhsal hastalığı olan
- Okuma- yazma bilmeyen gebeler

3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkmak isteyenler
- Herhangi bir nedenle gebeliği sonlananlar araştırma dışında bırakılmıştır.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Sigara bırakma müdahalesinin sonuçları (Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsü Ölçek Puanı, Öz-Etkililik Yeterlik Ölçek puanı, Karar Verme Dengesi Ölçek puanı, Değişim Aşamaları Ölçek puanı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçek Puanı)

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, aile tipi, ekonomik durumu vb.), Transteoretik modele yapılandırılmış online uygulanan hemşirelik girişimidir (eğitim, motivasyonel görüşmeyi içeren sigara bırakma müdahalesi, periyodik izlem)

Çizelge 2. ASM'lerden Araştırmaya Dahil Edilen Gebe Sayıları

ASM	Gebelik haftası 16 haftadan küçük olan gebe sayısı	Araştırmaya dahil edilen (sigara kullanan) gebe sayısı
Dört Eylül ASM	82	16
Yunus Emre ASM	78	14
Mimar Sinan ASM	70	12
Emek ASM	78	13
Alibaba ASM	80	15
Toplam	388	70

3.10. Veri Toplama Formları

Gebe Tanılama Formu (EK-1):

Bu form, gebelerin tanıtıcı verilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak (Balmumcu, 2019; Erbaş ve ark., 2020; Karatay, 2007) oluşturulmuştur. Bu formda sosyodemografik özelliklere (1-7.sorular), obstetrik öyküye (8-11.sorular) ve sigara içme öyküsüne (12-16.sorular) ilişkin 16 soru bulunmaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) (EK-2):

Dr. Karl Fagerström (1978) bireylerin nikotine bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için test geliştirmiştir. FNBT Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından (1992) yeniden ele alınmış ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır. Uysal ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Altı sorudan oluşan FNBT’de her sorunun puanlaması farklıdır. Testten alınan toplam puana göre 0-3 puan düşük düzey bağımlılık, 4-6 puan orta düzey bağımlılık, 7 puan ve üzeri yüksek düzey bağımlılık olarak

değerlendirilmektedir. FNBT'nin Cronbach's alfa katsayısı 0,61'dir. Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanan FNBT'nin Cronbach's alfa katsayısı 0,56 bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,69 bulunmuştur.

Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3):

“1983 yılında Prochaska ve Diclemente tarafından olumsuz davranışını değiştirmek isteyen kişilerin geçtiği değişim aşamalarının saptanması için geliştirilmiştir. Bu form sigarayı bırakmayı düşünme aşamalarını belirleyen sorulardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan kişilere değişim aşama düzeylerinden kendilerine uygun olan seçeneği belirlemeleri istenmektedir (Diclemente ve ark., 1991; Velicer ve ark., 1995; Greene ve ark., 1999). **Bu aşamalar:**

- “Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünmüyorum” yanıtı verenlerde- **Düşünme öncesi/ düşünmeme**
- “Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum” yanıtı verenlerde- **Düşünme,**
- “Önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı düşünüyorum” yanıtı verenlerde- **Hazırlık,**
- “6 aydan daha kısa bir süre önce bıraktım” yanıtı verenlerde- **Harekete geçme**
- “6 aydan daha uzun bir süre önce bıraktım” yanıtı verenlerde- **Sürdürme** olarak belirlenmiştir (Diclemente ve ark., 1991; Velicer ve ark., 1995; Greene ve ark., 1999).”

Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyi Ölçeği (EK-4):

“1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. İlk çalışmada (Sherer ve ark., 1982) 14 dereceli bir ölçekle derecelendirilen ölçek, daha sonra 5 dereceli değerlendirmeye dönüştürülmüştür (Sherer ve Adams, 1983). 1999 yılında Gözümlü ve Aksayan tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Ölçek “davranışa başlama”, “davranış sürdürme”, “davranış tamamlama” ve “engellerle mücadele” alt boyutu olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. 23 maddelik ölçekte her bir madde için; 1- "Beni hiç tanımlamıyor", 2- "Beni biraz tanımlıyor", 3- "Kararsızım", 4- " Beni iyi tanımlıyor", 5- "Beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12,

14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 23, maksimum puan 115’dir. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe öz-etkililik-yeterlik algısı yükselmekte, toplam puan düştükçe öz-etkililik-yeterlik algısı düşmektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999).” Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek kullanımı için izin alınmıştır. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 bulunmuştur (Tablo 1).

Karar Verme Dengesi Ölçeği (EK-5):

“Velicer ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ölçek Yalçinkaya ve Karancı (2007) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek sigara konusunda davranış değiştirmenin yarar ve zararlarını ortaya koymak üzere geliştirilmiştir. Ölçek madde sayısı 24’dür. Ölçek “Sigara içmenin olumlu yönleri (1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 19, 20, 21, 24)” ve “Sigara içmenin olumsuz yönleri (3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23)” olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Her iki alt boyut için, ölçekten alınabilecek minimum puan 12, maksimum puan ise 60’tır. Ölçekteki her madde 1- “Hiç katılmıyorum”, 2-“Katılmıyorum”, 3-“Ne katılıyorum ne katılmıyorum”, 4-“Katılıyorum”, 5- “Tamamen katılıyorum” şeklinde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama davranış değişiminin engellerini, sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama ise davranış değişiminin pozitif yönde olacağını göstermektedir. Sigara içmenin algılanan yarar toplam puanından, sigara içmenin algılanan zarar toplam puanının çıkarılması sonucu ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Çıkan sonuç negatif (-) ise karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan zararlarının baskın olduğunu belirtmektedir. Çıkan sonuç pozitif (+) ise karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan yararlarının baskın olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin sigara içmenin olumlu yönleri alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0.74, sigara içmenin olumsuz yönleri alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0.81 bulunmuştur.” Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek kullanımı için izin alınmıştır. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,82 bulunmuştur (Tablo 1).

Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) (EK-6):

“Ölçek Aydemir ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. SBBÖÖ Ölçek 5’ li Likert tipi olup 10 maddedir. Ölçeğin her

bir maddesi “1- Çok Az”, “2- Az”, “3- Orta”, “4- Biraz Çok” ve “5- Çok” şeklinde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçeğin 9. maddesi ters olarak puanlanmıştır. Ölçeğin “Kararlılık ve Hazır Oluş (1,2,6,8,9,10)” ve “Sağlık Algısı ve Uygun Çevre (3,4,5,7)” olarak iki alt boyutu vardır. Ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 50, minimum puan 10’dur. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek puanının artması sigara bırakma başarısı öngörüsünün yüksek olacağını gösterir.” Ölçek kullanımı için izin alınmıştır. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulunmuştur (Tablo 1).

Gebelerde Transteoretik Modele Dayalı Motivasyonel Görüşme Sigara Bıraktırma Programı Eğitici Rehberi (EK-7):

Rehber literatür doğrultusunda (Balmumcu, 2019; Bhandari ve ark., 2018; Cengizozğlu, 2019; Chaney ve Sheriff, 2012; Claire ve ark., 2020; Crume, 2019; Çınar ve ark., 2015; García-Gómez ve ark., 2019; Ioakeimidis ve ark., 2019; Karatay, 2007; Kocataş ve ark., 2020; Koyun, 2013; Kutlu, 2008; Lindson ve ark., 2019; Ögel ve Şimşek, 2021; Özel ve ark., 2018; Pineles ve ark., 2016; Scherman ve ark., 2016; Tarhan ve Yılmaz, 2016; Taş ve ark., 2016; Toprak ve Güleç, 2016) araştırmacı tarafından hazırlanmış ve gebeler ile yapılan görüşmelerde araştırmacı tarafından kullanılmıştır. Rehber, halk sağlığı hemşireliği ve doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği ana bilim dalı öğretim üyelerinden sekiz uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlara Eğitici Rehberi Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu (EK-9) yönlendirilmiş ve tavsiyeleri doğrultusunda rehber son şekli verilmiştir. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun müdahaleler ve motivasyonel görüşme tekniğinin uygulanmasına yönelik örnekler yer almaktadır. Rehber davranış değişim aşamalarına uygun hedef ve yaklaşımları belirlemede ve uygulamada araştırmacıya yardımcı olmuştur. Rehber 5 davranış değişim aşamasına uygun şekilde amaç ve yaklaşımları içermektedir.

3.11. Araştırmacının Niteliği

Araştırmacı çalışmaya başlamadan önce 31 Mayıs-2 Haziran 2021 tarihinde çevrimiçi “Motivasyonel Görüşme Tekniği” kursuna katılmış, bununla ilgili eğitimi tamamlamıştır. (EK-10)

3.12. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı araştırmanın yürütüleceği aile sağlığı merkezlerine giderek ebe ve hemşirelerle görüşüp araştırma hakkında bilgi vermiştir. Ebe ve hemşirelerle beraber gebelik haftası 16.gebelik haftasından küçük olan gebeler belirlenmiştir. Aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ya da hemşireler gebeler ile telefonla görüşerek iletişim bilgilerinin araştırmacı ile paylaşılması için izin almıştır. İzin alınan ve 16. gebelik haftasını tamamlamamış olan gebeler ile telefon aracılığıyla ön görüşme yapılmış, sigara kullanan gebeler belirlenmiş, sigara kullanan gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmanın nasıl yürütüleceği, ne kadar süreceği, araştırmanın gizliliği hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra WhatsApp aracılığı ile gebelere bilgilendirilmiş onam formu gönderilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere istatistik uzmanı tarafından randomizasyon işlemi uygulanmıştır. Randomizasyon çıktılarına göre müdahale ve kontrol gruplarına alınacak gebeler istatistik uzmanı tarafından listelenmiş ve araştırmacı ile paylaşılmıştır. Randomizasyon sonucu belli olan gruplardaki gebeler tek tek aranarak ilk görüşme için randevu oluşturulmuş, hangi grupta oldukları gebelerle paylaşılmış ve belirlenen gün ve saat için her gebeyle çevrimiçi toplantı linki paylaşılmıştır.

a. Müdahale Grubu

İlk izlem (0. Ay): 16. gebelik haftasından önce yapılmıştır. Gebeyle tanışma ve araştırma hakkında sorularını cevaplandırdıktan sonra Gebe Tanılama Formu (EK-1), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-2), Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-4), Karar Verme Denge Ölçeği (EK-5), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (EK-6) uygulanmıştır. Bu formlar çevrimiçi form (Google-form) aracılığı ile gebelere ulaştırılmış olup, Google-form linki WhatsApp üzerinden paylaşılmıştır. Daha sonra Davranış Değişimi Aşaması'na göre gebenin değişimin hangi aşamasında olduğu belirlenmiş ve değişim aşamasına göre sigara bırakma konusunda bilgi verilmiştir. Görüşme sonlandırılmadan gelecek görüşme tarihi kararlaştırılmıştır.

İkinci Görüşme: İkinci görüşme ilk izlemiden 1 ay sonra yapılmıştır. İlk izlemiden sonra gebenin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı

değerlendirilmiş ve Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3) kullanılarak gebenin değişimin hangi aşamasında olduğu belirlenmiştir. Değişim aşamasına uygun olarak bireysel görüşmeye devam edilmiştir. Görüşme sonunda görüşmenin özeti yapılmış ve bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılmıştır.

Üçüncü Görüşme: Üçüncü görüşme ikinci görüşmeden 1 ay sonra yapılmıştır. İkinci görüşmeden sonra gebenin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3) doldurularak gebenin değişimin hangi aşamasında olduğu belirlenmiştir. Değişim aşamasına uygun olarak bireysel görüşmeye devam edilmiştir. Görüşme sonunda görüşmenin özeti yapılmış ve bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılmıştır.

Ara İzlem (3. Ay): Ara izlem üçüncü görüşmeden 1 ay sonra (ilk izleminden 3 ay sonra) yapılmıştır. Üçüncü görüşmeden sonra gebenin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3) doldurularak gebenin değişimin hangi aşamasında olduğu belirlenmiştir. Değişim aşamasına uygun olarak bireysel görüşmeye devam edilmiştir. Görüşme sonunda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-2), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-4), Karar Verme Denge Ölçeği (EK-5), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (EK-6) uygulanmıştır. İzlem süreçlerinin hepsi gebe ile birlikte değerlendirilerek izlemler sonlandırılmıştır. Bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılmıştır.

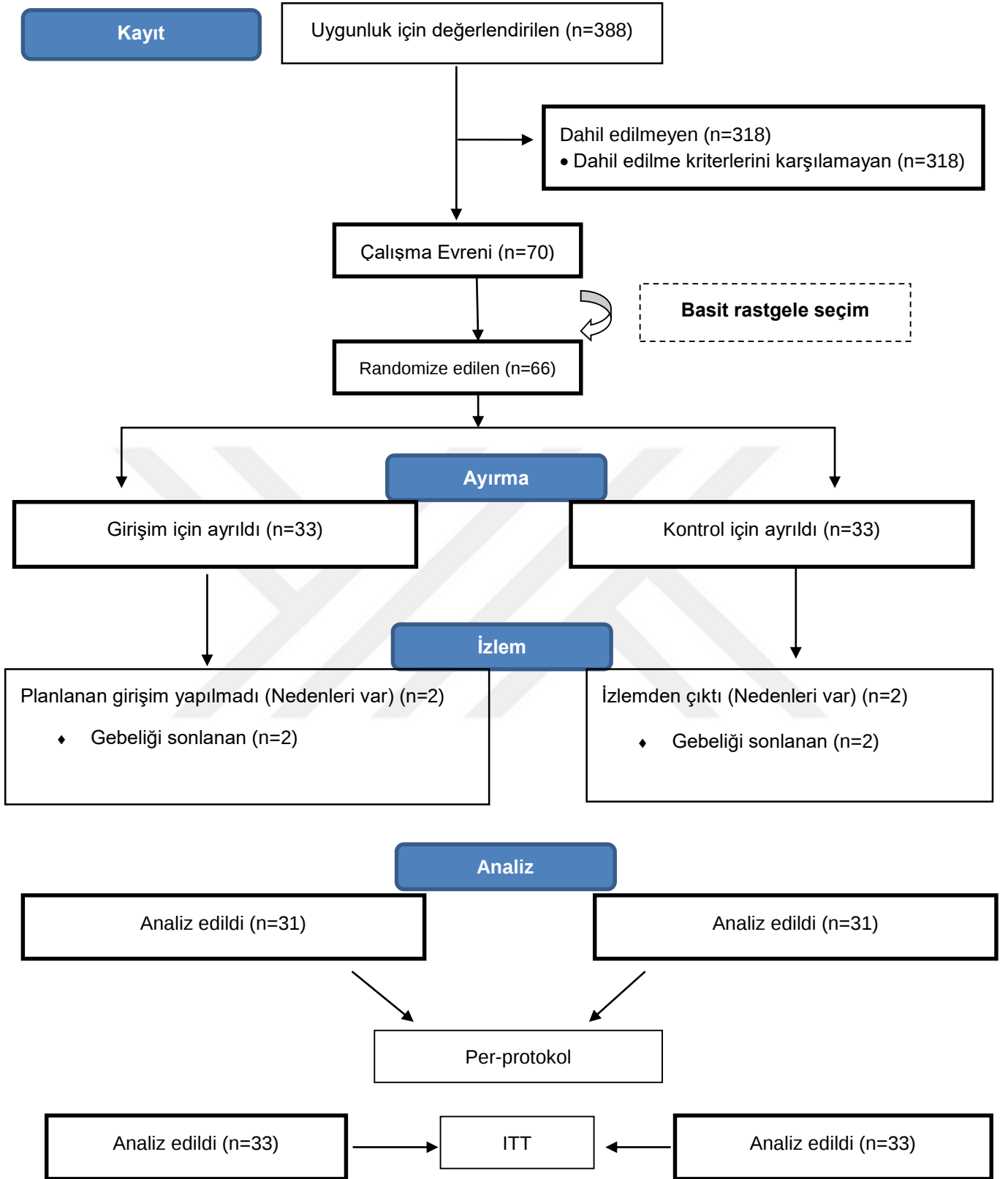
Beşinci Görüşme: Bireysel görüşmelerin sonlanmasından 6 hafta sonra gebelerle telefon görüşmesi ile Davranış Değişim Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3) uygulanmıştır.

Son İzlem (6. Ay): Bireysel görüşmelerin sonlanmasından 12 hafta sonra (beşinci görüşmeden 6 hafta sonra) gebelere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-2), Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-4), Karar Verme Denge Ölçeği (EK-5), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (EK-6) uygulanmıştır.

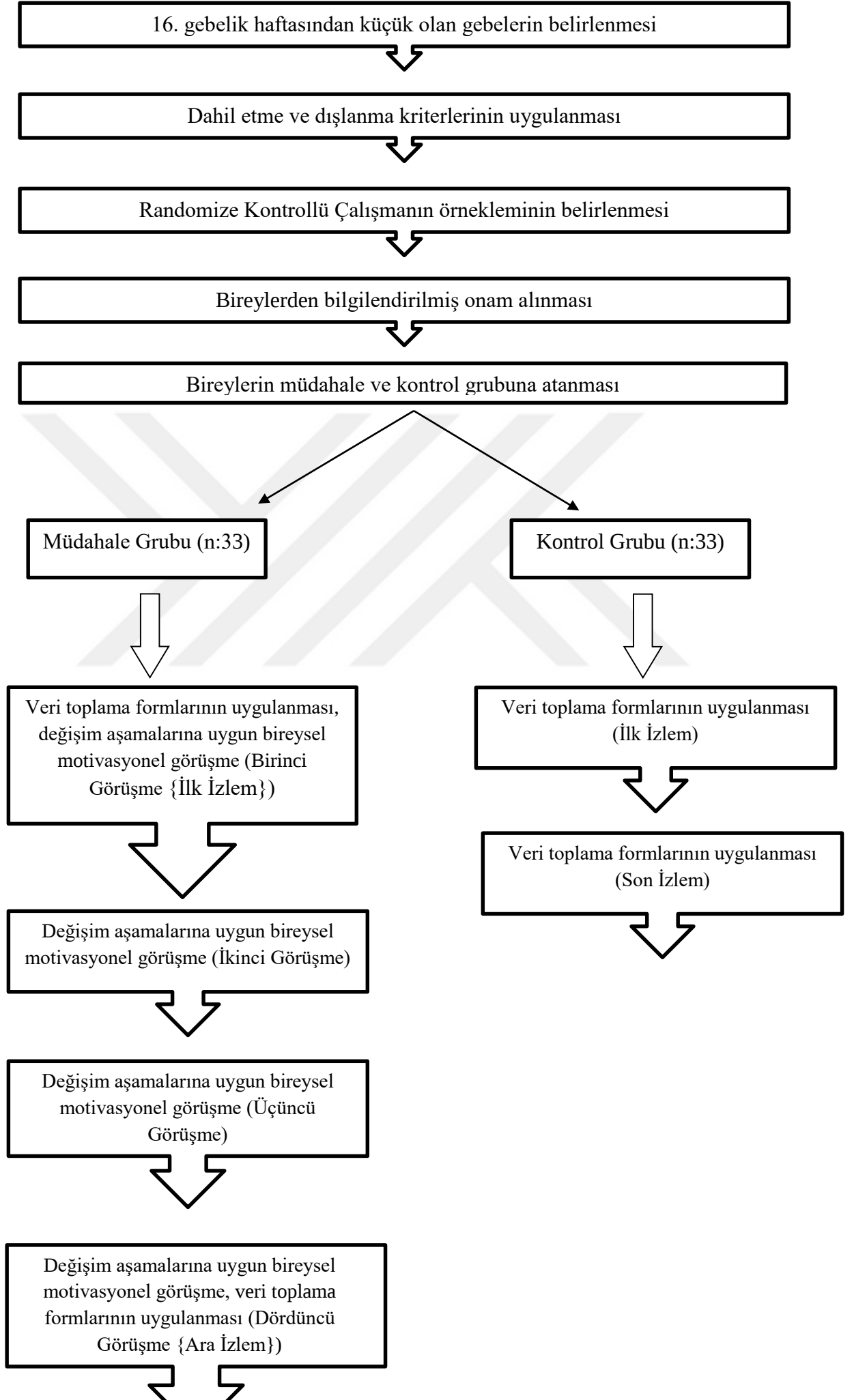
b. Kontrol Grubu

İlk İzlem (0. Ay): İlk izlem 16. gebelik haftasından önce yapılmıştır. Gebe ile tanışma ve araştırma hakkında sorularını cevaplandırma aşamasından sonra Gebe Tanılama Formu (EK-1), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-2), Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-4), Karar Verme Denge Ölçeği (EK-5), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (EK-6) uygulanmıştır. Bu formlar çevrimiçi form (Google-form) aracılığı ile gebelere ulaştırılmış olup, Google-form linki WhatsApp üzerinden paylaşılmıştır. Gelecekteki görüşme tarihi belirlenmiştir.

Son İzlem (6. Ay): İlk izlemiden 6 ay sonra Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-2), Davranış Değişimi Aşaması Tanılama Soru Formu (EK-3), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK-4), Karar Verme Denge Ölçeği (EK-5), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (EK-6) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerle son izlemiden sonra ortak bir gün ve saat belirlenip gebelere sigara bırakma eğitimi verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Consort (2010) Akış Diyagramı





şekil 2. Araştırmanın Uygulama şeması

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelendi. Gruplara göre normal dağılan puanların karşılaştırılmasında Bağımsız rnekler t Testi, normal dağılmayan puanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Normal dağılan  izlemin puanının karşılaştırılmasında Tekrarlı Varyans Analizi, normal dağılmayan  izlemin puanlarının karşılaştırılmasında Friedman Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapıldı. Normal dağılan iki izlemin puanlarının karşılaştırılmasında Eşli İki rnek t Testi, normal dağılmayan izlem puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Z Testi ile yapıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunuldu. nem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

Intention To Treat (ITT) analizi uyumsuzluk, protokol sapmaları, araştırmadan ayrılma vb. randomizasyondan sonra meydana gelen her şeyi göz ardı ederek katılımcıların rastgele atandıkları gruplarda analizlere dahil edilmesi olarak

tanımlanmaktadır. ITT analizi çalışmadan ayrılmalar olduğunda yanlılığı önlemek ve randomizasyonu sürdürmek amacıyla kullanılmaktadır. Per-protokol ise yalnızca girişimi alanların analize dahil edildiği analizdir. PP analizi ve ITT'nin birlikte kullanılması sonuçların güvenilirliğini kontrol etmede önerilen bir yöntemdir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Araştırmamızda yaşanan kayıpların tamamen rastgele olup olmadığı Little's Ki-Kare Testi ile incelendi ve kayıpların tamamen rastgele olduğu anlaşıldı (Little's Ki-Kare= 468,387; p=0,978). Kayıp veri analizi EM Yöntemi ile yapıldı. Yanlılığı önlemek için verilerin analizi araştırmacılardan bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirildi. Araştırmanın bulgular bölümünde PP ile (62 gebe) analiz sonuçlarına yer verilmiştir. ITT analizi ile (66 gebe) elde edilen bulgulara EK-17'de yer verilmiştir. ITT analizi ve Per-protokol analizi ile elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Çizelge 3. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Ölçek güvenilirliği ve iç tutarlığın değerlendirilmesi	Cronbach alpha katsayısı
Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi	Ki-Kare, Yates Düzeltmesi, Fisher's Exact, yüzdelik, ortalama, standart sapma
Müdahale grubunun ilk izlem, ara izlem, son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Tekrarlı Varyans Analizi, Friedman Testi, Dunn Testi
Kontrol grubunun ilk izlem, son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Eşli İki Örnek t Testi, Wilcoxon Testi
Müdahale ve kontrol gruplarının ilk izlem ve son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Mann Whitney U Testi, Bağımsız Örnekler t Testi

Çizelge 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyut ve Toplam	Ön izlem(0. Ay)	Ara izlem(3. Ay)	Son izlem(6. Ay)
FAGERSTROM NBT.	0,672	0,684	0,691
Davranışa başlama	0,798	0,858	0,789
Davranışı sürdürme	0,800	0,867	0,809
Davranışı tamamlama	0,650	0,663	0,630
Engellerle mücadele	0,465	0,404	0,467
ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK Ö.	0,843	0,870	0,836
Sigara içmenin olumlu yönleri	0,860	0,873	0,890
Sigara içmenin olumsuz yönleri	0,548	0,535	0,571
KARAR VERME DENGESİ Ö.	0,790	0,811	0,824
Kararlılık ve hazır oluş	0,695	0,535	0,704
Sağlık algısı ve uyum çevre	0,714	0,617	0,771

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında bilimsel ile evrensel etik ilkelere uyulmuş, otonomi ve gizliliğin korunması, adalet, zarar vermeme/yararlılık ilkelerine sadık kalınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Karar No: 2021-06/16 Tarih:23.06.2021) ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğü’nden (Tarih: 30.11.2021 Sayı: E-73192166-044) yazılı izin alınmıştır. Gebelere araştırmacı tarafından araştırma hakkında sözel bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş olur formu WhatsApp yolu ile okumaları için gönderilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma Helsinki Deklarasyonunun prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “özerklik” ilkesine, paylaşılan bireysel bilgilerin korunacağı ve kimliğin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Çalışmanın bitiminde kontrol grubundaki gebeler için de grup şeklinde sigara bırakma eğitimi yapılarak “eşitlik ilkesine” dikkat edilmiştir.

3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları**3.15.1.Araştırmanın Güçlü Yanları**

Araştırmanın kanıt düzeyi yüksek Randomize Kontrollü Çalışma olması araştırmanın güçlü yanını oluşturmaktadır. Ayrıca istatistikçi ve raporlama açısından körleme yapılmıştır. Veri toplama araçları geçerlik ve güvenirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşmaktadır. Verilerin analizlerinde uygun istatistiksel yöntemler ve ITT kullanılması araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.15.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan gebelerin sigara içme durumlarının belirlenmesinin gebelerin kendi bildirimlerine dayalı olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

3.16. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmada karşılaşılan en önemli güçlük, ilgili kurumlardan çalışma izni alınmasına rağmen bazı hemşirelerin iş yoğunluğu, izlemler, aşılar vb. nedenlerden dolayı

örnekleme alınacak gebelere ulaşılması için yardımcı olmak istememesiydi. Bu güçlük, yazılı iznin paylaşılması ve araştırmacının iletişim becerilerini kullanması ile aşılmıştır.

Bir diğer güçlük ise internet bağlantısında sorun yaşanması, evdeki diğer çocukların ilgi ve bakımı, ev ziliinin çalması vb. nedenlerden görüşmelerin zaman zaman kesintiye uğraması, bu nedenle de bazı görüşmelerin uzayarak daha fazla zaman alması olmuştur.



Çizelge 5. Tez Çalışması Zaman Akış Çizelgesi

SÜRE	Nisan 2021	Mayıs- Temmuz 2021	Ağustos- Kasım 2021	Aralık 2021	Ocak-Mayıs 2022	Haziran 2022	Temmuz 2022	Ağustos 2022	Eylül 2022	Ekim 2022	Kasım 2022	Aralık 2022	Ocak 2023	Şubat 2023	Mart 2023
Tez önerisi	■														
İzinlerin alınması		■	■												
Eğitim içeriği hazırlığı		■													
Uzman görüşü alınması			■												
Girişimlerin uygulanması veri toplama süreci				■	■	■	■	■	■	■	■				
Verilerin değerlendirilmesi											■	■			
Tez raporunun yazımı												■	■	■	
Tez savunması															■

4.BULGULAR

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik ve Sigara İçme Özelliklerinin Karşılaştırılması

<u>Sosyodemografik Özellikler</u>	Grup		Toplam	Test İst.	p
	Müdahale grubu	Kontrol grubu			
Yaş					
22-30	24(77,4)	26(83,9)	40(61,3)	0,413	0,520*
31-38	7(22,6)	5(16,1)	12(38,7)		
Yaş ortalaması					
Min-Max(Medyan)	22-28(26)	22-38(28)	22-38(30)	418,5	0,380 ^a
Ort±Ss	27,55 ± 4,09	27,9 ± 3,36	27,75±3,72		
Eğitim durumu					
Ortaokul ve altı	9 (29,1)	11 (35,5)	20 (32,3)	2,095	0,718*
Lise ve üstü	22(70,9)	20 (64,5)	42 (67,7)		
Eş eğitim					
Ortaokul ve altı	3 (9,7)	8 (25,8)	11 (17,7)	3,037	0,386*
Lise	28(90,3)	23 (74,2)	51 (82,3)		
Çalışma durumu					
Evet	21 (67,7)	22 (71)	43 (69,4)	0	1,000**
Hayır	10 (32,3)	9 (29)	19 (30,6)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	4 (12,9)	4 (12,9)	8 (12,9)	0	1,000*
Gelir gidere denk	23 (74,2)	23 (74,2)	46 (74,2)		
Gelir giderden fazla	4 (12,9)	4 (12,9)	8 (12,9)		
Aile tipi					
Çekirdek aile	28 (90,3)	26 (83,9)	54 (87,1)	---	0,707***
Geniş aile	3 (9,7)	5 (16,1)	8 (12,9)		
Hastalık durumu					
Hayır	27 (87,1)	27 (87,1)	54 (87,1)	---	1,000***
Evet	4 (12,9)	4 (12,9)	8 (12,9)		
Hastalığınız					
Gestasyonel diyabet	3 (75)	2 (50)	5 (62,5)	---	1,000***
Hipertansiyon	1 (25)	2 (50)	3 (37,5)		
<u>Sigara İçme Özellikleri</u>					
Sigara içme durumu					
Evet	31 (100)	31 (100)	62 (100)	---	---
Sigara içtiğinizi bilen kişiler					
Eşim	6 (19,4)	8 (25,8)	14 (22,6)	6,186	0,289*
Ailem	5 (16,1)	7 (22,6)	12 (19,4)		
Arkadaşlarım	3 (9,7)	5 (16,1)	8 (12,9)		
Kadın doğum doktoru	6 (19,4)	3 (9,7)	9 (14,5)		
Ebe/hemşire	4 (12,9)	0 (0)	4 (6,5)		
Kimse bilmiyor, gizli içiyorum	7 (22,6)	8 (25,8)	15 (24,2)		
Eşin sigara içme durumu					
Evet	26 (83,9)	23 (74,2)	49 (79)	0,389	0,533**
Hayır	5 (16,1)	8 (25,8)	13 (21)		
Gebenin bırakma denemesi					
Evet	25 (80,6)	26 (83,9)	51 (82,3)	0	1,000**
Hayır	6 (19,4)	5 (16,1)	11 (17,7)		
Kullanılan yöntem					
Kendi kendime bıraktım	24 (92,3)	26 (100)	50 (96,2)	---	0,490***
İlaç kullanarak bıraktım	2 (7,7)	0 (0)	2 (3,8)		
İçilen sigara sayısı					
Min-Max(Medyan)	3-25(11)	3-25(12)	3-25(12)	409,5	0,313 ^a
Ort±Ss	11,06 ± 5,14	11,9 ± 4,19	11,48± 4,66		

Tablo 1. (Devamı) Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik ve Sigara İçme Özelliklerinin Karşılaştırılması

<i>Obstetrik Özellikler</i>	Grup		Toplam	Test İst.	p
	Müdahale grubu	Kontrol grubu			
Gebeliğin istenme durumu					
Evet	24 (77,4)	26 (83,9)	50 (80,6)	0,103	0,748**
Hayır	7 (22,6)	5 (16,1)	12 (19,4)		
Gebelik sayısı					
Min-Max(Medyan)	1-4(2)	1-3(2)	1-4(2)	389,5	0,156 ^a
Ort±Ss	1,84 ± 0,86	1,52 ± 0,57	1,68±0,71		
Gebelik haftası					
Min-Max(Medyan)	8-15(12)	8-15(12)	8-15(12)	0,138	0,891
Ort±Ss	12,32 ± 1,94	12,26 ± 1,75	12,29± (1,84)		
Kaçıncı gebelik					
Min-Max(Medyan)	1-3(1)	1-3(1)	1-3(1)	477,5	0,960 ^a
Ort±Ss	1,48 ± 0,72	1,42 ± 0,56	1,45± (0,64)		

*Pearson Ki-Kare Testi; **Yates Düzeltmesi; ***Fisher's Exact Testi; frekans (yüzde)

^a Mann Whitney U Testi, ^b Bağımsız Örnekler t Testi Ortalama ± standart sapma; minimum – maksimum (ortanca)

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri müdahale ve kontrol grubu olarak Tablo 1’de sunulmuştur. Gebelerin %67,7’sinin eğitim durumu lise ve üstü, %82,3’ünün eşlerinin eğitim durumları lise ve üstü, %69,4’ü çalışmakta, %74,2’sinin geliri giderine denktir. Gebelerin %87,1’i çekirdek aileye sahiptir. Kronik hastalığı olanların oranı %12,9 iken %62,5’i gestasyonel diyabet, %37,5’i hipertansiyona sahiptir. Gebeliği isteyerek olanların oranı %80,6’dır ve gebelerin hepsi sigara kullanmaktadır. Sigara içtiklerini kimin bildiği sorulduğunda en yüksek oran %24,2 ile kimsenin bilmediğini, gizli içtikleri yanıtı olmuştur. Eşi sigara içenlerin oranı %79, sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı %82,3 ve bırakma denemesi yapanlardan %96,2’si kendi kendine, %3,8’i ilaç kullanarak bırakmayı denemiştir. Gebelerin yaş ortalaması 27,72 olarak elde edilmiştir. Gebelik haftası ortalaması 12,29, gebelik sayısı ortalaması 1,68 olarak elde edilmiştir. Gebelerin gebelik ortalaması 1,45’dir. Gebelerin günde ortalama 11,48 adet sigara içtiği görülmüştür. Gruplara göre sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). **Müdahale ve kontrol grubundaki gebeler sosyodemografik özellikler bakımından benzer özelliklere sahiptir.**

Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Son İzleme Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Karşılaştırılması

Sigarayı Bırakma Durumu	Grup		Test İst.	p*
	Müdahale grubu	Kontrol grubu		
Bıraktı	18 (58,1)	7 (22,6)	5,507	0,019
Bırakmadı	13 (41,9)	24 (77,4)		

*Yates Düzeltmesi

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin son izlemde sigarayı bırakma durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki gebelerin %54,8’inin, kontrol grubundaki gebelerin %22,6’sının sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Gruplara göre sigarayı bırakma durumlarının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,019)

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Değişim Aşamalarının Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Grup		Total	Test İst	p
	Müdahale grubu	Kontrol grubu			
Değişim Aşaması İlk İzlem (0. Ay)					
Düşünmeme aşaması	6 (19,4)a	9 (29,1)a	15 (24,2)	6,125	0,047
Düşünme aşaması	19 (61,2)a	10 (32,2)b	29 (46,7)		
Hazırlık aşaması	6 (19,4)a	12 (38,7)a	18 (29,1)		
Değişim Aşaması 2. Görüşme					
Düşünmeme aşaması	4 (12,9)	---	4 (12,9)	---	---
Düşünme aşaması	10 (32,3)	---	10 (32,3)		
Hazırlık aşaması	10 (32,3)	---	10 (32,3)		
Harekete geçme aşaması	7 (22,5)	---	7 (22,5)		
Değişim Aşaması 3. Görüşme					
Düşünmeme aşaması	2 (6,5)	---	2 (6,5)	---	---
Düşünme aşaması	8 (25,7)	---	8 (25,7)		
Hazırlık aşaması	7 (22,6)	---	7 (22,6)		
Harekete geçme aşaması	14 (45,2)	---	14 (45,2)		
Değişim Aşaması Ara İzlem (3. Ay)					
Düşünmeme aşaması	1 (3,2)	---	1 (3,2)	---	---
Düşünme aşaması	5 (16,1)	---	5 (16,1)		
Hazırlık aşaması	9 (29,1)	---	9 (29,1)		
Harekete geçme aşaması	16 (51,6)	---	16 (51,6)		
Değişim Aşaması 5. Görüşme					
Düşünme aşaması	3 (9,7)	---	3 (9,7)	---	---
Hazırlık aşaması	10 (32,2)	---	10 (32,2)		
Harekete geçme aşaması	18 (58,1)	---	18 (58,1)		
Değişim Aşaması Son İzlem (6. Ay)					
Düşünmeme aşaması	0 (0)a	7 (22,6)b	7 (11,2)	9,548	0,023
Düşünme aşaması	3 (9,6)a	6 (19,4)a	9 (14,6)		
Hazırlık aşaması	10 (32,3)a	11 (35,4)a	21 (33,8)		
Harekete geçme aşaması	18 (58,1)a	7 (22,6)b	25 (40,4)		

Pearson Ki-Kare Testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Gebeler	İlk İzlem	2. Görüşme	3. Görüşme	Ara İzlem	5. Görüşme	Son İzlem
Müdahale Grubu						
M1	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M2	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M3	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M4	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M5	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M6	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M7	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M8	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M9	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M10	Düşünme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M11	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M12	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme
M13	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M14	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M15	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M16	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M17	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık
M18	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M19	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme
M20	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M21	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M22	Düşünmeme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Düşünme
M23	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık
M24	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünme	Düşünme
M25	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık	Hazırlık
M26	Düşünmeme	Düşünme	Düşünme	Düşünme	Hazırlık	Hazırlık
M27	Düşünmeme	Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme
M28	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M29	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M30	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
M31	Hazırlık	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme	Harekete geçme
Kontrol Grubu						
K1	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K2	Düşünme	-	-	-	-	Düşünme
K3	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K4	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme

K5	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K6	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K7	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K8	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K9	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünme
K10	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K11	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K12	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünme
K13	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K14	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K15	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünme
K16	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K17	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K18	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K19	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K20	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K21	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K22	Düşünmeme	-	-	-	-	Düşünmeme
K23	Hazırlık	-	-	-	-	Hazırlık
K24	Hazırlık	-	-	-	-	Hazırlık
K25	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K26	Düşünme	-	-	-	-	Düşünme
K27	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık
K28	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K29	Hazırlık	-	-	-	-	Hazırlık
K30	Hazırlık	-	-	-	-	Harekete geçme
K31	Düşünme	-	-	-	-	Hazırlık

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde; ilk izlemde müdahale grubundaki gebelerin %18,4'ü düşünmeme aşamasında, %61,2'si düşünme aşamasında, %19,4'ü hazırlık aşamasında olduğu saptanmıştır. Ara izlemde müdahale grubundaki gebelerin %3,2'si düşünmeme, %16,1'i düşünme, %29'u hazırlık aşamasında, %51,6'sı harekete geçme aşamasında olduğu saptanmıştır. Son izlemde müdahale grubundaki gebelerin %9,6'sı düşünme aşamasında, %32,3'ü hazırlık aşamasında, %58,1'i harekete geçme aşamasında olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki gebelerin değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde; ilk izlemde kontrol grubundaki gebelerin %29,1'i düşünmeme aşamasında, %32,2'si düşünme aşamasında, %38,7'si hazırlık aşamasında olduğu saptanmıştır. Son izlemde kontrol grubundaki gebelerin %22,6'sı düşünmeme

aşamasında, %19,4'ü düşünme aşamasında, %35,4'ü hazırlık aşamasında, %22,6'sı harekete geçme aşamasındadır.

Gruplara göre ilk izlemdeki değişim aşamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,047$). Burada farklılık düşünme aşamasında olanların oranlarından kaynaklanmıştır. Müdahale grubunda düşünme aşamasında olanların oranı %61,2 iken kontrol grubunda bu değer %32,2 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre son izlemdeki değişim aşamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,023$). Burada farklılık düşünmeme aşamasında olanların oranlarından kaynaklanmaktadır. Son izlemde müdahale grubunda düşünmeme aşamasında olan kimse yok iken kontrol grubunda bu oran %19,4 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puan Ortalamaları

	n	Müdahale grubu		n	Kontrol grubu		Test İst.	p
İlk izlem	31	4,06 ± 0,81	4 (3 - 6)	31	3,94 ± 0,81	4 (3 - 6)	U= 436,5	0,507
Ara izlem	15*	1,71 ± 0,47	2 (1 - 2)	---	---	---	---	---
Son izlem	13*	1,43 ± 0,65	1,5 (0 - 2)	24*	3,08 ± 0,88	3 (0 - 4)	U= 20,5	<0,001

U: Mann Whitney U Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum)

*Sigara içmeye devam eden gebelere FNBT yapılmıştır. Sigara içmeyi bırakan gebelere FNBT yapılmamıştır.

Tablo 4'de müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin izlemlerde almış oldukları Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puan ortalamaları verilmiştir. İlk izlemde gruplar arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortanca puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,507$). Son izlemde ise kontrol grubunda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puanları

Grup					Test İst	p
Müdahale grubu		Kontrol grubu				
Davranışa Başlama İlk İzlem (0. Ay)	29,74 ± 4,13	30 (20 - 39)	28,84 ± 3,47	29 (20 - 35)	t= 0,932	0,355
Davranışa Başlama Ara İzlem (3. Ay)	29,74 ± 4,17	30 (20 - 39)	-	-		
Davranışa Başlama Son İzlem (6. Ay)	29,84 ± 4,03	30 (22 - 39)	28,97 ± 3,36	29 (20 - 35)	t=0,925	0,359
Test İst. p	F=1,298 0,276		t*=-0,387 0,702			
Davranışı Sürdürme İlk İzlem (0. Ay)	25,61 ± 3,72	27 (18 - 34)	24,32 ± 3,52	24 (18 - 34)	U=373,000	0,126
Davranışı Sürdürme Ara İzlem (3. Ay)	25,58 ± 3,76	27 (18 - 34)	-	-		
Davranışı Sürdürme Son İzlem (6. Ay)	25,61 ± 3,69	27 (19 - 34)	24,58 ± 3,5	25 (18 - 34)	U=393,500	0,215
Test İst. p	$\chi^2=1$ 0,607		Z=-0,736 0,462			
Davranışı Tamamlama İlk İzlem (0. Ay)	17,55 ± 2,46	18 (14 - 22)a	17 ± 2,19	16 (14 - 21)	U=418,000	0,371
Davranışı Tamamlama Ara İzlem (3. Ay)	18,19 ± 2,12	18 (14 - 22)ab	-	-		
Davranışı Tamamlama Son İzlem (6. Ay)	18,39 ± 2,06	20 (16 - 22)b	17,16 ± 2,16	17 (14 - 21)	U=317,000	0,018
Test İst. p	$\chi^2=21,347$ <0,001		Z=-0,682 0,495			
Engellerle Mücadele İlk İzlem (0. Ay)	11,29 ± 1,4	11 (9 - 14)	10,45 ± 1,36	10 (9 - 13)	U=326,500	0,026
Engellerle Mücadele Ara İzlem (3. Ay)	11,42 ± 1,15	12 (9 - 14)	-	-		
Engellerle Mücadele Son İzlem (6. Ay)	11,42 ± 1,15	12 (9 - 14)	10,68 ± 1,33	11 (9 - 13)	U=336,000	0,031
Test İst. p	$\chi^2=0,087$ 0,957		Z=-1,133 0,257			
Toplam Puan İlk İzlem (0. Ay)	84,19 ± 8,34	84 (72 - 106)	80,61 ± 7,46	79 (69 - 99)	U=353,500	0,073
Toplam Puan Ara İzlem (3. Ay)	84,94 ± 8,1	85 (72 - 105)	-	-		
Toplam Puan Son İzlem (6. Ay)	85,26 ± 7,93	85 (72 - 105)	81,39 ± 6,97	80 (73 - 99)	U=340,000	0,048
Test İst. p	$\chi^2=9,5$ 0,051		Z=-1,4 0,161			

t: Bağımsız Örnekler t Testi; U: Mann Whitney U Testi; F: Tekrarlı Varyans Analizi; χ^2 : Friedman Testi; t*:Eşli İki Örnek t Testi; Z: Wilcoxon Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum); a-b: Her bir grupta aynı harfe sahip izlemlerin puanları arasında bir fark yoktur.

Tablo 5’de müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin izlemlere göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; izlemlerde müdahale grubunun davranışa başlama, davranışı sürdürme, engellerle mücadele alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmaz iken, davranışı tamamlama ilk izlem

puanı ortanca değeri 18, ara izlem puanı ortanca değeri 18, son izlem puanı ortanca değeri 20 olarak elde edilmiş ve izlemler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buradaki farklılık ilk izlem ve son izlemden elde edilen puanlardan kaynaklanmaktadır.

İzlemlerde kontrol grubunun; davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Gruplar karşılaştırıldığında; davranışa başlama ve davranışı sürdürme alt boyutları puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların ilk izlem davranışı tamamlama alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken, son izlemde motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunun ortanca puanı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,018$). Engellerle mücadele ilk izlem alt boyut puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0,026$), müdahale grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Engellerle mücadele son izlem alt boyut puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı bir fark olduğu ve müdahale grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İzlemlerde müdahale grubunun ve kontrol grubunun Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ilk izlemde anlamlı bir fark yokken, son izlemde motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunun ölçek toplam puanı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,048$).

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Karar Verme Dengesi Ölçeği Puanları

	Grup		Test İst	p
	Müdahale grubu	Kontrol grubu		
Sigara İçmenin Olumlu Yönleri İlk İzlem (0. Ay)	30,74 ± 3,91 31 (22 - 38)b	30,68 ± 3,9 31 (22 - 38)	U=471,50 0	0,899
Sigara İçmenin Olumlu Yönleri Ara İzlem (3. Ay)	26,03 ± 1,14 26 (24 - 28)a	- -		
Sigara İçmenin Olumlu Yönleri Son İzlem (6. Ay)	25,16 ± 0,9 25 (24 - 27)a	27,1 ± 1,94 28 (22 - 30)	U=178,50 0	<0,001
Test İst.	$\chi^2=42,467$	Z=-4,12		
p	<0,001	<0,001		
Sigara İçmenin Olumsuz Yönleri İlk İzlem (0. Ay)	46,74 ± 2,68 47 (40 - 51)	43,84 ± 3,51 45 (32 - 49)	U=224,00 0	<0,001
Sigara İçmenin Olumsuz Yönleri Ara İzlem (3. Ay)	47,42 ± 1,89 48 (42 - 51)	- -		
Sigara İçmenin Olumsuz Yönleri Son İzlem (6. Ay)	48,06 ± 1,06 48 (46 - 50)	45,74 ± 1,46 46 (43 - 49)	U=111,50 0	<0,001
Test İst.	$\chi^2=15,05$	Z=-3,245		
p	0,051	0,001		
Toplam Puan İlk İzlem (0. Ay)	-16 ± 5,27 -15 (-27 - -7)b	-13,16 ± 5,1 -13 (-21 - 3)	U=353,00 0	0,072
Toplam Puan Ara İzlem (3. Ay)	-21,39 ± 2,51 -21 (-27 - -16)a			
Toplam Puan Son İzlem (6. Ay)	-22,9 ± 1,33 -23 (-25 - -20)a	-18,65 ± 2,32 -19 (-23 - -15)	U=53,000	<0,001
Test İst.	$\chi^2=39,113$	Z=-4,379		
p	<0,001	<0,001		

t: Bağımsız Örnekler t Testi; U: Mann Whitney U Testi; F: Tekrarlı Varyans Analizi; χ^2 : Friedman Testi; t*:Eşli İki Örnek t Testi; Z: Wilcoxon Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum); a-b: Her bir grupta aynı harfe sahip izlemlerin puanları arasında bir fark yoktur.

-Sigara içmenin olumlu yönleri alt boyutu sigaranın yararlarını algılamayı, sigara içmenin olumsuz yönleri alt boyutu ise sigaranın zararlarını algılamayı ifade etmektedir.

Tablo 6’da müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin izlemlere göre Karar Verme Dengesi Ölçeğinin toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında müdahale grubunun sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunun sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş ve sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Gruplar karşılaştırıldığında; grupların ilk izlem sigara içmenin olumlu yönlerini algılama alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken, son izlemde motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunun ortanca puanı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Motivasyonel görüşme yapılan gebelerde sigaranın olumlu yönlerini algılama düzeyi kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Grupların ilk izlem sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama alt boyutunda müdahale grubunun ortanca puanı daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Son izlemde motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunun ortanca puanı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Motivasyonel görüşme yapılan gebelerde sigaranın olumsuz yönlerini algılama düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Müdahale grubunun Karar Verme Dengesi Ölçeği toplam puanı ilk izlem- son izlem ortanca değerleri sırası ile -15, -23 olarak bulunmuş olup, puan ortalamalarının olumlu yönde değiştiği ve bu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol grubunun KVDÖ toplam puanı ortanca değerleri sırası ile -13, -19 olarak bulunmuş olup puan ortalamalarının olumlu yönde değiştiği ve bu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar karşılaştırıldığında ise, ilk izlemler arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, son izlemde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Motivasyonel görüşme uygulanan gebelerde sigaranın zararlarını algılama düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Gebelerin İzlemlere Göre Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği Puanları

	Grup		Test İst	p
	Müdahale grubu	Kontrol grubu		
Kararlılık ve Hazır Oluş İlk İzlem (0. Ay)	21,9 ± 2,62 22 (17 - 27)b	20,65 ± 2,71 21 (15 - 26)	U=361,50	0,091
Kararlılık ve Hazır Oluş Ara İzlem (3. Ay)	24,71 ± 1,55 24 (21 - 28)a			
Kararlılık ve Hazır Oluş Son İzlem (6. Ay)	25,39 ± 1,2 25 (24 - 28)a	22,29 ± 2,45 23 (17 - 27)	U=129,00	<0,001
Test İst.	$\chi^2=52,17$	Z=-3,429		
p	<0,001	0,001		
Sağlık Algısı ve Uygun Çevre İlk İzlem (0. Ay)	14,65 ± 2,12 14 (10 - 20)b	13,74 ± 2,02 14 (10 - 18)	U=350,00	0,058
Sağlık Algısı ve Uygun Çevre Ara İzlem (3. Ay)	15,97 ± 1,58 16 (14 - 20)a			
Sağlık Algısı ve Uygun Çevre Son İzlem (6. Ay)	16,81 ± 1,17 16 (15 - 20)a	14,74 ± 2,02 14 (11 - 20)	U=167,50	<0,001
Test İst.	$\chi^2=39,077$	Z=-2,68		
p	<0,001	0,007		
Toplam Puan İlk İzlem (0. Ay)	36,55 ± 4,54 36 (28 - 47)b	34,39 ± 4,43 34 (26 - 44)	U=338,00	0,044
Toplam Puan Ara İzlem (3. Ay)	40,68 ± 2,95 40 (35 - 47)a			
Toplam Puan Son İzlem (6. Ay)	42,19 ± 2,02 42 (40 - 47)a	37,03 ± 4,13 36 (29 - 47)	U=138,00	<0,001
Test İst.	$\chi^2=52,061$	Z=-3,414		
p	<0,001	0,001		

t: Bağımsız Örnekler t Testi; U: Mann Whitney U Testi; F: Tekrarlı Varyans Analizi; χ^2 : Friedman Testi; t*:Eşli İki Örnek t Testi; Z: Wilcoxon Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum) ; a-b: Her bir grupta aynı harfe sahip izlemlerin puanları arasında bir fark yoktur.

Tablo 7’de müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeğinin toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve ortancalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, izlemlerde müdahale grubunun kararlılık ve hazır oluş alt boyut puanı ortanca değerleri sırasıyla 22, 24, 25 olarak belirlenmiş olup, ortanca puanların olumlu yönde değiştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,001). Kontrol grubunun kararlılık ve hazır oluş alt boyut puanı ortanca değerleri sırasıyla 21,23 olarak belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,001). Gruplar karşılaştırıldığında ise; ilk izlem ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, son izlem ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve müdahale grubunun ortanca puanının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(p<0,001).

Müdahale grubunun sağlık algısı ve uygun çevre alt boyut puanı ortanca değerleri sırasıyla 14, 16, 16 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,001). Kontrol grubunun sağlık algısı ve uygun çevre alt boyut puanı

ortanca değerleri sırasıyla 14, 14 olarak belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,001$). Gruplar karşılaştırıldığında ise; ilk izlem ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, son izlem ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve mşdahale grubunun ortanca puanının kontrol grubuna gşre daha yşksek olduğu bulunmuştur($p<0,001$).

Mşdahale grubunun SBBşş toplam puanı ortanca değerleri sırasıyla 36, 40, 42 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,001$). Kontrol grubunun SBBşş toplam puanı ortanca değerleri sırasıyla 34, 36 olarak belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,001$). Gruplar karşılaştırıldığında ise; ilk izlem ve son izlem ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve mşdahale grubunun toplam puan ortanca değerlerinin kontrol grubuna gşre daha yşksek olduğu bulunmuştur($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda her iki grupta yer alan gebelerin sosyodemografik özellikleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 1). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyodemografik özellikler bakımından benzer olması grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin sigara kullanma oranı %18,04 olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda gebelerin sigara kullanım oranları %6,8 ile %20,5 arasında değişmektedir. (Köse, 2011; Marakoğlu, 2011; Lanting ve ark., 2012; Lowry ve Scammel, 2013; Tong ve ark. 2013; Eiríksdóttir, 2015; Koçak ve ark., 2015; Lange ve ark., 2015; Melchior ve ark., 2015; Tarhan ve Yılmaz 2016; Cengizoglu, 2019; Kırmızı ve ark., 2019; Erbaş ve ark., 2020; Kocataş ve ark., 2020; Ezegbe ve ark., 2020). Araştırmamıza katılan gebelerin günde ortalama $11,48 \pm 4,67$ adet sigara içtikleri, %24,2'sinin sigara içme durumlarının kimse tarafından bilinmediği saptanmıştır. Karatay (2007)'in çalışmasında gebelerin %44,7'sinin günde 6-10 adet sigara içtiği, Tarhan ve Yılmaz (2016)'ın yapmış oldukları çalışmada gebelerin %36,6'sının günde 10 taneden fazla sigara içtiği, Keten ve Gölbaşı (2013)'nın yapmış oldukları çalışmada gebelerin %27,9'unun günde 6 adet ve üzeri sigara içtiği, Öztoprak (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %10,6'sının günde 10 adet ve üzeri sigara içtiği bildirilmiştir.

Balmumcu (2019)'nun çalışmasında sigara içtikleri bilgisini kimseyle paylaşmayan gebelerin oranı %24 olarak bildirilmiştir. Araştırmamıza katılan gebelerin %24,2'sinin sigara içtiğini kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Gebelikte sigara kullanma durumunun sağlık personelleri tarafından ayrıntılı olarak sorgulanması ve sadece bırakma önerilerinde bulunulmaması, nasıl bırakacağı yönünde de bireysel danışmanlıklar ve bilgilendirmeler yapılması oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin %82,3'ünün sigarayı bırakmayı denediği, %96,2'sinin kendi kendine bırakmaya çalıştığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gebelerin sigara bırakma denemeleri %34,2 ile %78,3 arasında değişmektedir (Karatay, 2007; Doğu ve Ergin, 2008; Keten ve Gölbaşı, 2013; Balmumcu, 2019; Dias-Damé ve ark., 2019). Araştırmamızda sigara bırakma denemesi oranının daha yüksek bulunmasının sebebinin eğitim seviyesi ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin %79'unun eşinin sigara kullandığı, gebelerin %22,6'sının sigara kullandığını eşinin bildiği saptanmıştır (Tablo 1). Tarhan ve Yılmaz'ın (2016) çalışmasında gebelerin %47,9'unun eşinin sigara içtiği belirtilmektedir. Dias-Damé (2019)'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %51,5'inin eşinin sigara içtiği belirtilmektedir. Gebelikte sigara içilmesini etkileyen önemli faktörlerden biri de eşin sigara kullanıyor olmasıdır. Gebelerin eşlerine eğitim ve destek sağlanmasının gebelikte pasif içiciliği azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin izlemlere göre davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ilk izlemde müdahale grubundaki gebelerin %18,4'ü düşünmeme, %61,2'si düşünme, %19,4'ü hazırlık aşamasında olduğu belirlenmiştir. Son izlemde müdahale grubundaki gebelerin %9,6'sı düşünme, %32,3'ü hazırlık, %58,1'i harekete geçme aşamasında olup sigarayı bırakmıştır. İlk izlemde kontrol grubundaki gebelerin %29,1'i düşünmeme, %32,2'si düşünme, %38,7'si hazırlık aşamasında olduğu belirlenmiştir. Son izlemde kontrol grubundaki gebelerin %22,6'ı düşünmeme aşamasında, %19,4'ü düşünme aşamasında, %35,4'ü hazırlık aşamasında, %22,6'sı harekete geçme aşamasında olup sigarayı bırakmıştır. Gruplara göre son izlemdeki değişim aşamaları karşılaştırmasında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmuştur ($p=0,023$) (Tablo 3). Burada farklılık düşünmeme aşamasında olanların oranlarından kaynaklanmaktadır. Son izlemde müdahale grubunda düşünmeme aşamasında olan kimse yok iken kontrol grubunda bu oran %19,4 olarak elde edilmiştir. Karatay (2007)'ın gebelerde sigara bırakmada değişim aşamalarını kullandığı çalışmasında son izlemde gebelerin içinde bulunduğu değişim aşamalarının oranları şu şekilde bildirilmiştir: %57,9'u düşünme, %2,6'sı hazırlık, %39,5'i harekete geçme aşamasındadır. Aynı çalışmada gebelerde sigara bırakma oranı %39,5 olarak bildirilmektedir. Balmumcu (2019)'nın gebelerde sigara bırakmada değişim aşamalarını kullandığı çalışmasında girişim grubundaki gebelerin ilk izlemde içinde bulunduğu değişim aşamalarının oranı şu şekilde bildirilmiştir: %8'i düşünme öncesi, %76'sı düşünme, %16'sı hazırlık aşamasında, son izlemde ise %28'i düşünme, %12'si hazırlık aşamasındadır. Son izlemde girişim grubundaki gebelerin %60'ının, kontrol grubundaki gebelerin ise %22,2'sinin harekete geçme aşamasında olduğu ve sigarayı bıraktığı bildirilmektedir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmamasına rağmen kontrol grubundaki gebelerin %22,2'sinin sigarayı bırakmasının nedeninin; gebelik döneminin sigara bırakmak için en uygun dönemlerden biri olması, gebelerin sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmiş olabileceği ve bu durumun da gebeyi

harekete geçirebileceği, gebelerin medya aracılığı ile sigaranın zararları hakkında bilgi edinmiş olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamızla benzer şekilde yapılan Karatay (2007) ve Balmumcu (2019)'nun çalışmalarında Transteoretik Modele dayalı motivasyonel görüşme girişiminin, gebelerin değişim aşamalarında ilerlemelerinde etkisi olduğu bildirilmektedir. Çalışmamız bulgularını destekler nitelikteki Karatay(2007) ve Balmumcu (2019) 'nun çalışmaları da göz önünde bulundurulduğunda TTM'ye dayalı motivasyonel görüşmelerin gebelerin sigara bırakma davranışına katkı sağladığı söylenebilir. Cochrane tütün bağımlılığı grubu tarafından motivasyonel görüşmenin etkinliğinin araştırıldığı sistematik bir derlemede 1997 ve 2014 yılları arasında yayınlanan 16.000'den fazla katılımcı ve 28 çalışma yer almıştır. Çalışmalarda motivasyonel görüşmeler 1-6 seans arası ortalama 10-60 dk. yapılmış, motivasyonel görüşme kısa tavsiye görüşmeleri ve rutin bakım ile karşılaştırılmıştır. Kısa tavsiye veya rutin bakıma göre motivasyonel görüşmelerin daha yüksek sigara bırakma oranları ile sonuçlandığı saptanmıştır (Lindson Hawley ve ark., 2015). 2017 yılında Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG)'nin gebelikte sigara bırakma ile ilgili yayınladığı komite görüşünde, sigarayı bırakmaya hazır olmayan kadınların sağlık çalışanları tarafından uygulanan motivasyonel danışmanlıklardan faydalanabileceği vurgulamaktadır (ACOG, 2017). Sağlık davranışlarındaki değişim bireylerin iç motivasyonlarından kaynaklanmaktadır. Motivasyonel görüşmenin amacı, ikna etmek yerine iç motivasyonu kullanmak ve davranışı değiştirmek için nedene odaklanmaktır. Bu nedenle motivasyonel görüşme kanıta dayalı bir yaklaşım haline gelmiştir (Pocs ve ark. 2017).

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin sigara bırakma durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki gebelerin %58,1'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %22,6'sının sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu gebelerin sigarayı bırakma durumlarının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo 2). Bu bulgulara dayanarak **H1_a** hipotezi kabul edilmiştir. Yapılan çalışmalarda gebelerde sigara bırakma oranları %4 ile %76,2 arasında değişmektedir (Karatay, 2010; Koyuncu, 2019; Ketten ve Gölbaşı, 2013; Dias-Damé ve ark.,2019; Riaz ve ark., 2017; Dokuzcan, 2020). Araştırma bulgularımız literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gebelerde sigara bırakma oranlarının farklılaşmasının farklı girişimlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sigara bıraktıran tek bir girişim uygulanması yerine farklı girişimlerin uygulanmasının ve motivasyonel görüşmeler yapılmasının davranış değişiminde daha

etkili olduğu düşünölmektedir. Gebelik döneminin sigarayı bırakmak için oldukça uygun bir dönem olması nedeniyle, kadınlar bu dönemde sigara bırakmak için değışime daha isteklidir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması için başta hekim ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık ekibinin gebelerde sigarayı bırakma konusunda daha yoğun çalışması ve profesyonel danışmanlık vermesi gerektiğı düşünölmektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları incelendiğinde; ilk izlemde gruplar arası FNBT ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz iken son izlemde gruplar arası FNBT ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğı ($p<0,001$) ve motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun FNBT ortanca puanlarının daha düşük olduğı saptanmıştır (Tablo 4). Testten alınan puan azaldıkça nikotine olan bağımlılık da azalmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda; **H1_b** hipotezi kabul edilmiştir.

Son izlemde, ilk izleme göre her iki grupta da FNBT puanlarının düşmesinin gebelerin başka gruplara göre sigara bırakma konusunda daha motive olmalarından, gebelik haftası ilerledikçe anne ve bebek arasında daha çok bağ kurulmasından kaynaklanabileceğı düşünölmektedir. Balmumcu (2019)'nın motivasyonel görüşme yöntemi ile gebelerde sigara bıraktırma üzerine yapmış olduğı çalışmasında müdahale ve kontrol grubunun FNBT puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık içerdiği ve motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun FNBT puanlarının daha düşük olduğı bildirilmiştir. Literatürde gebelerde motivasyonel görüşme ile sigara bıraktırma üzerine yapılmış bir çalışma hariç (Karatay, 2007) başka çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat farklı gruplarda motivasyonel görüşme kullanılarak sigara bıraktırma üzerine yapılmış çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar da araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte ve motivasyonel görüşme uygulanan grupların FNBT puanlarının kontrol gruplarına oranla anlamlı olarak daha düşük olduğı belirtilmiştir (Dilek, 2019; Taş, 2015) Bu bulgular doğrultusunda motivasyonel görüşmelerin TTM ile birlikte kullanılmasının davranış değışiminde etkili olduğı, sigara içme davranışını azalttığı ve nikotin bağımlılık düzeyini düşürdüğü söylenebilir.

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin izlemlere göre Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğı puanları incelendiğinde; grupların ilk izlem davranış tamamlama alt boyut ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken, son izlemde motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunun ortanca puanı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,018$) (Tablo 5). Grupların engellerle mücadele alt boyut ortanca

puanları arasında ilk izlem ve son izlemlerde anlamlı farklılık saptanmış olup, ön ve son izlemde müdahale grubunun ortanca puanı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). İlk izlemde gruplar arası ÖEYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz iken son izlemde gruplar arası ÖEYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,048$) ve motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun ÖEYÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda **H1_c** hipotezi kabul edilmiştir. Farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşmenin bireylerin Öz-Etkililik-Yeterlilik puanlarını yükselttiği bildirilmektedir (Dilek, 2019; Taş, 2015; Kamışlı ve ark., 2017 ; Gwaltney ve ark., 2009; Evcimen, 2018; İncirkuş, 2016; Ridger ve ark., 2014; Güngörmüş, 2008; Ridger, 2014) Gebelerde sigara içme davranışsal bir risk faktörü olarak değerlendirildiğinde, motivasyonel görüşmelerin gebelerin zor durumlarla karşılaştığında riskli alışkanlıklarına yeniden başlamaması için engellerle mücadele etmesi ve davranışı tamamlaması üzerinde etkili olduğu ve gebelerin öz-etkililik yeterliklerini yükselterek sigarayı bırakma davranışını gerçekleştirmelerini desteklediği düşünülmektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin Karar Verme Dengesi Ölçeği puanları incelendiğinde; ilk izlemde gruplar arası KVDÖ sigara içmenin algılanan yararları alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark yokken, son izlemde müdahale grubunda sigara içmenin algılanan yararları puanlarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 6). KVDÖ sigara içmenin algılanan zararları alt boyutu puanları incelendiğinde ilk izlem ve son izlemde müdahale grubunun puanları daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). KVDÖ'nden alınan toplam puan incelendiğinde; gruplar arası ilk izlemde fark saptanmamışken, son izlemde müdahale grubunun ortanca puanının kontrol grubundan yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ölçek toplam puanı sigara içmenin algılanan yarar toplam puanından, sigara içmenin algılanan zarar toplam puanının çıkarılması ile elde edilmektedir. Çıkan sonucun negatif (-) olması karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan zararlarının daha baskın olduğunu belirtmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1_a** hipotezi kabul edilmiştir. Sigarayı bırakmada sigara içmenin zararlarını algılama önemli bir etkidir. Literatürde gebelerde ve farklı gruplarda motivasyonel görüşme kullanılarak sigara bıraktırma üzerine yapılmış çalışmalara rastlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşme uygulanan müdahale gruplarında çalışmamızla

benzer şekilde algılanan yarar puanlarının düştüğü, algılanan zarar puanlarının arttığı saptanmıştır (Balmumcu, 2019; Dilek, 2019; Erol, 2013) Literatürde çalışma bulgularımızla benzerlik göstermeyen bir çalışmaya da rastlanılmıştır (Koyun, 2013). Bu farklılığın farklı araştırma gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; çalışmamızda TTM ve motivasyonel görüşmeye dayalı online görüşmelerin gebelerin karar verme dengesi üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmamız kapsamına alınan gebelerin izlemlere göre Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği puanları incelendiğinde; ilk izlemde kararlılık ve hazır oluş alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark yokken, son izlemde müdahale grubunda kararlılık ve hazır oluş alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 7). İlk izlemde sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark yokken, son izlemde müdahale grubunda sağlık algısı ve uygun çevre alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). SBBÖÖ toplam puanı incelendiğinde; ilk izlem ve son izlemde müdahale grubunun puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bilgiler doğrultusunda **H1e** hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde farklı bir grupta motivasyonel görüşme kullanılarak yapılan çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte ve motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun SBBÖÖ toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Paşaoğlu, 2021). SBBÖÖ puanı arttıkça sigara bırakma başarısı da artmaktadır. Araştırma ve literatür bulgusu, motivasyonel görüşmelerin sigara içen kişilerin sigarayı bırakma başarısı öngörülerini artırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Gebelerin sigara bırakma başarısını öngörebilmek gebelere yaklaşım konusunda önemli bir yol göstericidir. Bu nedenle, gebelerde sigara bırakma başarısını öngörmeye ve sigara bırakma motivasyonlarını değerlendirmeye yönelik daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Transteoretik Model'e dayalı online motivasyonel görüşmelerin gebelerin sigara bırakma başarısı öngörüsü, öz etkililik yeterlilik düzeyleri ve sigara bırakma davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik, obstetrik ve sigara içme özellikleri benzerlik göstermiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında homojenlik sağlanmıştır.
- Müdahale grubundaki gebelerin ilk izlemde çoğunluğu düşünme aşamasındayken ara izlem ve son izlemde çoğunluğunun harekete geçme aşamasında olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ilk izlemde düşünme aşamasında olan gebelerin sayısı son izlemde azalmıştır. Aynı zamanda kontrol grubundaki gebelerin de son izlemde harekete geçme aşamasında olduğu bulunmuştur. Fakat gebe sayısı müdahale grubuna göre oldukça düşük bulunmuştur.
- Müdahale grubundaki gebelerin %58,1'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %22,6'sının sigarayı bıraktığı belirlenmiştir ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. **H1_a** hipotezi kabul edilmiştir.
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. **H1_b** hipotezi kabul edildi.
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyutu ve ölçek toplam puanı daha yüksek bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. **H1_c** hipotezi kabul edildi.
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla Karar Verme Dengesi Ölçeği sigaranın olumlu yönlerini algılama alanında azalmanın, sigaranın olumsuz yönlerini algılama alanında artmanın, KVDÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. **H1_d** hipotezi kabul edildi.
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği kararlılık ve hazır oluş, sağlık algısı ve

uygun çevre alanının ve SBBÖÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. **H1_e** hipotezi kabul edildi.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin sigara içme davranışını bırakmaları için; öz-etkilik-yeterliliklerini ve karar vermelerini destekleyici müdahalelerde bulunulması,
- Çalışmamızın temel oluşturduğu Transteoretik Model'e dayalı motivasyonel görüşmeyi içeren online sigara bırakma programının bu konuda eğitim almış halk sağlığı hemşireleri tarafından zaman, mekân ve mesafe kısıtlaması olmaksızın uygulanması,
- Bu araştırma modelinin daha büyük örnekleimde uygulanarak, doğum sonrası ve emzirme döneminde de gebelerin sigara kullanma durumlarının takip edilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmeti ekibi üyesi olan halk sağlığı hemşirelerinin ve ebelerin antenatal bakımının geliştirilmesi,
- Ülkemizde modele dayalı gebelikte sigara bıraktırmaya yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmalar olan RKÇ, meta analiz ve sistematik derleme çalışmalarının sayısının artırılması,
- Araştırmalarda karşılaştırma yapabilmek için ITT analizlerin yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abide, Ç.Y, Coğendez, E., Kumru, P., Ergen, E.B., Kılıççı, Ç. (2018). Gebelikte kullanılan sigara dozunun maternal ve fetal sonuçlar ile ilişkisi. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 49(1): 31-35.
- Abraham, M., Alramadhan, S., Iniguez, C., Duijts, L., Jaddoe, V.W.V., Dekker, H.T.D., et al. (2017). A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. PloS One, 12(2):1-13.
- Acar, D., Berk, Ö.S. (2022). Sağlık Davranış Kuramları Çerçevesinden Hamilelikte Sigara Bırakma: Güncel Bir Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14(2): 1-1.
- Akın, B., Koçoğlu D. (2017). Randomize Kontrollü Deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(1):73-92.
- Aktaş S, Güler H. (2010). Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 19(3):100-107.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Smoking Cessation During Pregnancy: ACOG Committee Opinion No. 721. Obstet Gynecol, 130(4): 200-206.
- Arkowitz, H., Miller, W.R., and Rollnick, S. (2015). Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems (2nd Ed). New York: The Guilford Press
- Armstrong, M.J., Mottershead, T.A., Ronksley, P.E., Sigal, R.J., Compbell, T.S., Hemmelgarn, B.R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev, 12:709-723.
- Aslan, D. (2016). Kadınlar Arasında Tütün Kullanımının Dinamikleri. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 25:23-26.
- Atar, S., Yalın, Y. (2018). Fetüs ve Gebe Hakları Bağlamında Anne Adayı ve/veya Aileden Kaynaklanan Nedenlerle Fetüsün Zarara Uğrama Durumu. Türkiye Biyoetik Dergisi, 5(2):73-85.
- Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Charandabi, S.M.A., Mohammadi, E., Nedjat, S.(2014). Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. International Journal of Public Health, 59(3), 465-473.
- Balmumcu, A. (2019). Teorilerüstü Modele Dayalı Motivasyonel Bireysel Danışmanlık Girişiminin ve Kısa Mesaj Gönderiminin Gebelerde Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. T. C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.

- Baron, R., Mannien, J., De Jonge, A., Heymans, M.W., Klomp, T., Hutton, E.K., Brug, J. (2013). Socio-demographic and lifestyle-related characteristics associated with self-reported any, daily and occasional smoking during pregnancy. *PLoS ONE*, 8(9): e74197.
- Bérard, A., Zhao, J.P., Sheehy, O. (2016). Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 215(5): 611 -618.
- Bhandari, N. R., Day, K. D., Payakachat, N., Franks, A. M., McCain, K. R., & Ragland, D. (2018). Use and risk perception of electronic nicotine delivery systems and tobacco in pregnancy. *Women's Health Issues*, 28(3), 251-257.
- Bilir N.(2022) Sigara kullanımının kadın sağlığına etkileri ve kontrolü, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi,
- Borelli, B., McQuaid, E.L., Tooley, E.M., Busch, A.M., Hammond, S.K., Becker, B., Dunsiger, S. (2016). Motivating parents of kids with asthma to quit smoking: the effect of the teachable moment and increasing intervention intensity using a longitudinal randomized trial design. *Society for the Study of Addiction*, 111: 1646-1655
- Brand, J., Gaillard, R., West, J., McEachan, R., Wright, J., Voerman, E., et al. (2019). Associations of maternal quitting, reducing, and continuing smoking during pregnancy with longitudinal fetal growth: Findings from Mendelian randomization and parental negative control studies. *PLoS Medicine*. 16(11): 1-24
- Canbakan, S. (2016). Tütün mü? Sağlık mı? Tütünün İnsan Vücuduna Zararlı Etkileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1):44-55.
- Cangöl, E., Şahin, N. (2014) Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni* 2014, 45(3): 100-105.
- Cengizoglu, H. (2019). Gebe Kadınların Sigara Kullanımı ve Pasif Sigara Dumanına Maruziyetinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Chan, D.N. S., So, W.K.W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing in enhancing cancer screening uptake amongst average-risk individuals: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103786.
- Chaney, S. E., & Sheriff, S. (2012). Evidence-based treatments for smoking cessation. *The Nurse Practitioner*, 37(4), 24-31.
- Claire, R., Chamberlain, C., Davey, M. A., Cooper, S. E., Berlin, I., Leonardi-Bee, J., & Coleman, T. (2020). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Crume, T. (2019). Tobacco use during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(1), 128-141.

Cutajar, K. (2022). The effects of smoking on pregnancy and breastfeeding. MATERNA : a Magazine by the Malta Medical Students' Association, 1: 48-57.

Çamözü, E. (2017). 3-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlere Ev Ziyaretinde Transteoretik Model Kullanılarak Verilen Sigara Bıraktırma Eğitiminin Etkinliği. (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Çavuşoğlu, F. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Transteoretik Modele Göre Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Sigara Bırakmaya Etkisi. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Çınar, N., Topal, S., & Altınkaynak, S. (2015). Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. Journal of Human Rhythm, 1(2), 52-57.

Deveci, S.E., Açık, Y. ve Rahman, S. (2010). Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri (The living conditions and health risks of women in suburbs of Elazığ), TAF Prev Med Bull, 9(1): 45-50.

Dilek, F. (2019). Sigara İçen Akut Koroner Sendromlu Hastalara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Yönteminin Sigarayı Bırakma, Öz-Etkililik- Yeterlilik ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. (Doktora Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Doğu, S., Ergin A. (2008). Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1): 26-38.

Dokuzcan, D. A., Aydoğdu, N. G., Kılınç, O. (2020). Yoksulluk kapsamında gebelikte sigara kullanımı ve sigara bırakma yöntemleri. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17: 77-81.

Dokuzcan, D.A. (2020). Yoksul Gebelerde Sigara Bırakma Programının Etkinliği. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Durante, A.S., Ibidi, A.M., Lotufo, J.P.B., Carvallo, R.M.M. (2011). Maternal smoking during pregnancy: impact on otoacoustic emissions in neonates. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 75:1093-1098.

Efrimsson, E.Ö., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. Journal of Advanced Nursing, 68(4): 767–782.

Eiríksdóttir, V.H., Valdimarsdóttir, U.A., Ásgeirsdóttir, T.L. Eiríksdóttir, V.H., Valdimarsdóttir, U.A., Ásgeirsdóttir, T.L., Gísladóttir, A., Lund, S.H., Hauksdóttir, A.K., Zoëga, H. (2015). Smoking and obesity among pregnant women in Iceland 2001-2010. European journal of public health, 25 (4): 638-643.

Ekblad, M., Gissler, M., Korkeila, J., Lehtonen L. (2014). Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. *Eur J Public Health*, 24: 544–551.

Er, S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Erbaş, G., Şengezer, T., Yıldırım, U., Özkara, A. (2020). Ankara’da bir kadın doğum hastanesine başvuran gebelerde sigara kullanımı ve sigara dumanından pasif etkilenme durumlarının araştırılması. *Konuralp Medical Journal*, 12(2): 261-269.

Erol, H. (2013). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sigara Bırakmada Motivasyonel Görüşmenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

Eryılmaz, M. (2021). Gebelikte Sigara Kullanımının Emzirme Motivasyonuna Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Evcimen H. (2018). Tip 1 Diabetes Mellituslu Ergenlerde Motivasyonel Görüşmenin Öz Etkililik Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

Ezegbe, C., Neil, A. L., Magnussen, C. G., Chappell, K., Judd, F., Wagg, F., Gall, S. (2021). Maternal smoking during pregnancy: Trends and determinants in the conception to community study. *Birth*, 48(1): 76-85.

Fidanci, İ., Ozturk, O., Unal, M. (2017). Transtheoretic model in smoking cessation. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 34:1

García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz, V., Riesco-Miranda, J. A., & Jiménez-Ruiz, C. (2019). Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. *Revista de investigación clínica*, 71(1), 7-16.

Greene, G.W., Rossi, S.R., Rossi, J.S., Velicer, W.F., Fava, J.L., Prochaska, J.O., 1999. Dietary applications of the stages of change model. *J. Am. Diet. Assoc.* 99: 673-678.

Güngörmüş, Z., Erci, B. (2012). Transtheoretical model-based education given for smoking cessation in higher school students. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicineand Public Health*, 43(6):1548.

Güngörmüş, Z. (2008). Sigara Bıraktırmaya Yönelik Lise Öğrencilerine Verilen Transteoretik Model Temelli Eğitimin Etkisi. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Güngörmüş, Z. (2010). Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının Transteoretik model çerçevesinde değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19:12-18.

Gwaltney, C.J., Metrik, J., Kahler, C.W., Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1):56-66.

Hakeem, G.F., Oddy, L., Holcroft, C.A., Abenhaim, H.A.(2015). Incidence and determinants of sudden infant death syndrome: a population-based study on 37 million births. *World J Pediatr*, 11(1):41-47.

Huang, F.F., Jiao, N.N., Zhang, L.Y., Kei, Y., Zhang, P.J. (2015). Effects of family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. *Patient Education and Counseling*, 98: 984-990

Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., & Tousoulis, D. (2019). Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies. *Hellenic Journal of Cardiology*, 60(1), 11-15.

İncirkuş K. (2016). Esansiyel hipertansiyonlu bireylere uygulanan motivasyonel görüşme temelli öz-yönetim desteği programının bakım sonuçlarına etkisi. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İzci, F., Bilici, R. (2015). Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. *Bağımlılık Dergisi*. 16(1): 26-34

Janbakhisov, T., Emekçi, Ö., Çağlıyan, E., Özay, A.C., Acet, F., Altunyurt, S. (2013). Maternal sigara kullanımının doppler ölçümleri üzerine etkisinin araştırılması. *Perinatoloji Dergisi*, 21(3): 119-123.

Kahyaoğlu, S., Özel, Ş., Üstün, Y. E., & Erdöl, C. (2018). Gebelik ve sigara bırakma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1):24-27.

Kamışlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, Hayran M, Kılıçkap S, Çelik İ, Erman M. (2017). Bir sigara bırakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara bırakma programının etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4):235-243.

Karakan, E. (2022). Kardiyak Operasyon Geçiren Bireylere Tele Hemşirelik Yoluyla Uygulanan Transteoretik Model Temelli Girişimlerin Sigara Bırakmaya Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Karatay, G. (2007). Sigara Bırakma Aşamalarına Odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Karatay, G., Kublay, G., Emiroğlu, O. N. (2010). Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6): 1328-1337.

Kaya, Y., Şahin, N. (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik ve Araştırma Dergisi*, 10(1):3-7.

- Kılıç, H. (2016). Gebelik ve postpartum dönemde sigara bırakma. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 4(1): 136-145.
- Kısacık, G, Gölbaşı Z. (2009). Gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgileri. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics.19(4): 197-205.
- Kızılırmak, M., Demir, S. (2018). Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(4): 103-109.
- Kirmizi, D. A., Baser, E., Onat, T., Caltekin, M. D., Kara, M., Yalvac, E. S. (2019). The Smoking Awareness and Rates During Pregnancy/Gebelikte Sigara Kullanımı ve Farkındalığı. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 6(4): 315-328.
- Ko, T., Tsai, L., Chu, L., Yeh, S., Leung, C., ... Chen, C. (2014). Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. Pediatrics and neonatology, 55(1):20-27.
- Kocataş, S., Güler, N., Sezer, R. E. (2020). Factors Affecting Smoking Behaviors and Smoking Prevalence in Pregnancy and Postpartum Period of Women. Florence Nightingale Journal of Nursing, 28(2): 230-242.
- Kocataş, S., Güler, N., Sezer, R. E. (2020). The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy: A qualitative study. Perspectives in psychiatric care, 56(1): 54-62.
- Koçak, C., Kurçer, M.A., Arıkan, İ.İ. (2015). Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınların Sigara İçme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, İstanbul Med J, 16: 133-136
- Koçak, D.Y., Şahin, N.H., Duman, N.B.(2015). Alkol ve Sigara Bağımlılığı, Kadın Sağlığına Etkileri ve Hemşirelik Girişimleri. Davranış Bilimleri Dergisi, 1(5):43-47.
- Korkmaz, G., Şimşek, Ç. (2017). Sigara Bağımlılığına Yönelik Müdahaleler. JAREN, 3:14-23
- Koyun A, Eroğlu K (2013). Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ve Aşamalara Göre Hazırlanmış Sigarayı Bırakma Rehberi, Palme Yayıncılık, Ankara
- Koyun, A. (2013). Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Köse, E., Pazarlı, P., Şimşek, Z. (2011). Şanlıurfa'nın kırsal kesiminde yaşayan kadınlar arasında sigara içme davranışı. Solunum Dergisi, 13(1): 26–31.

Köse, U. (2011). Trabzon İl Merkezindeki Doğum Yapmış 6–12 Aylık Bebeği Olan Kadınlarda Gebeliğin Sigara Kullanımına Etkisi. (Yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Kutlu, R., Öksüz, A. (2018). Sigaranın metabolik sendrom ve plazma aterojenite indeksi üzerine etkisi: Bir olgu kontrol çalışması. Med Bull, 56: 50-57.

Lange, S., Probst, C., Quere, M., Rehm, J., Popova, S. (2015). Alcohol use, smoking and their co-occurrence during pregnancy among Canadian women, 2003 to 2011/12. Addict Behav, 50: 102-109

Lanting, C.I., Wouwe, J.P., Burg, I., Segaar, D., Bruin, K.M. (2012). Smoking during pregnancy: trends between 2001 and 2010. Ned Tijdschr Geneesk, 156(46): 1-6.

Lindson Hawley, N., Thompson, T.P., Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).

Lowry, C., & Scammell, K. (Eds.). (2013). Smoking Cessation in Pregnancy: A Call to Action. ASH.

Magee, S.R., Bublit, M.H., Orazine, C., Brush, B., Salisbury, A., Niaura, R., Stroud, L.R. (2014). The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. Matern Child Health J, 18(4): 1017-1022.

Marakoğlu, K., Erdem, D. (2011). Türkiye’de, Orta Anadolu’daki bir ilde gebe kadınlarda sigara kullanımının değerlendirilmesi: Ülkelerarası karşılaştırma. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(4): 928-934

Massey, S.H., Bublit, M.H., Magee, S.R., Salisbury, A., Niaura, R.S., Wakschlag, L.S., Stroud, L.R. (2015). Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. Addict Behav, 45: 51-56

Melchior, M., Chollet, A., Glangeaud Freudenthal, N., Saurel Cubizolles, M.J., Dufourg, M.N., Waerden, J., Sutter Dallay, A.L. (2015). Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: the role of migrant status: the nationally representative ELFE study. Addict Behav, 51:65-71.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). What motivates people to change? In Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior. (Ed. WR Miller, S Rollnick), 14-29. New York, Guilford Press

Miller, W.R., Rollnick, S. (2009). Motivasyonel görüşme. İnsanları değişime hazırlama. (Ed. Karadağ, F., Ögel, K., Tezcan, A.E). HYB Basım Yayın, Ankara. 35-45.

- Moore, E., Blatt, K., Chen, A., Van Hook, J., DeFranco, E.A. (2016). Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 215(1): 109e1-109e5
- Morsing, E., Gustafsson, P., Brodzski, J. (1992). Lung function in children born after foetal growth restriction and very preterm birth. *Acta paediatrica*,101(1):48-54.
- Mund, M., Louwen, F., Klingelhofer, D., Gerber, A. (2013). Smoking and pregnancy- a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 10: 6485-6499.
- Murin, S., Rafii, R., Bilello, K. (2011). Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clin Chest Med*, 32:75-91.
- Neuman, A., Hohmann, C., Orsini, N., Pershagen, G., Eller, E., Kjaer, H.F. (2012).Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. *Am J Respir Crit Care Med*,186: 1037–439
- Okasha, T. A., Abd El Fatah, S. R., El Ashry, N. M., Elhabiby, M. M., El Wahed, A., Samah, A., ... & Elnemais Fawzy, M. (2017). Motivational interviewing for smoking cessation in patients with cardiac diseases. *Middle East Current Psychiatry*, 24:1, 1-7.
- Okçin, F. A. (2013). Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 40-51.
- Osilla, K.C., D’Amico, E.J., Díaz-Fuentes, C.M., Lara, M., Watkins, K.E. (2012). Multicultural web-based motivational interviewing for clients with a first-time DUI offense. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(2): 192–202.
- Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*, 2:41-44.
- Ögel, K., Şimşek, M. (2021). Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları*, İstanbul.
- Öntaş E, Aslan D. (2016). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63)
- Özdemir, H., Taşçı, S. (2013). Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 41-47
- Özel, Ş., Karagözoğlu, Ü.S., Korkut, S., Öksüzöğlu, A., Üstün, E.Y. (2019). Kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 76(1): 67-74
- Öztoprak, D., Günay, T. (2013) Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. *Turkish Journal of Public Health*, 11(3): 197-206

Özvarış, Ş.B. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 40-59.

Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V, Smith, N.F (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addict Behav*, 23:303-324.

Pardavila Belio, M.I., Vivar Garcia, C., Pimenta Marçal, A., Garrigues Pueyo, S., Armayar Canga, N. (2015). Intervention study for smoking cessation in Spanish college students: pragmatic randomized controlled trial. *Society for the Study of Addiction*, 110: 1676-1683

Paşaoğlu, E. (2021). Öğretmenlerde Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Sigara İçme Arzusu Ve Sigara Bırakma Başarısına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Patel, K., Williams, S., Guirguis, G., Gittens Williams, L., Apuzzio, J.(2018). Genital Tract GBS and rate of histologic chorioamnionitis in patients with preterm premature rupture of membrane. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 31(19): 2624-7.

Patil, P., Kumari, A., Anand, H.P. (2018). Ultrasonographic evaluation of cervical length and amniotic fluid index as predictor of pregnancy outcome in case of 56 preterm premature rupture of membrane. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(4):1411-1415.

Pineles, B. L., Hsu, S., Park, E., & Samet, J. M. (2016). Systematic review and meta-analyses of perinatal death and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *American journal of epidemiology*, 184(2), 87-97.

Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, O.J., Rossi, J.S., ..., Pallonen, U.E. (2001) Stage of change decisional balance and temptations for smoking measurement and validation in a large school-based population of adolescent. *Addict Behav*, 26:551-571.

Pócs, D., Hamvai, C., Kelemen, O. (2017). Health behavior change: motivational interviewing. *Orv Hetil*, 158(34): 1331-1337.

Pro-change Behavior System, 2012. Transtheoretical Model.

Prochaska, J.O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 28:845-849.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*. 19: 276-288.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C (1992) In search of how of people change: application to addictive behaviors, *Am Psychol*, 47:1102-1114.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am. J. Health Promot*, 12: 38-48.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1999). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 38-48.

Ridger, S.I., Ostapchuk, M., Cloud, R., Myers, J., Jorayera, A., Ling, J. (2014). Using Motivational Interviewing for smoking cessation in primary care, *South Med J*, 107: 314-319.

Robison, R.G., Kumar, R., Arguelles, L.M., Hong, X., Wang, G., Apollon, S., et al. (2012). Maternal Smoking during Pregnancy, Prematurity and Recurrent Wheezing in Early Childhood. *Pediatric pulmonology*, 47(7):666.

Salepçi, B.M., Özge, C. (2016). Women's Health and Tobacco Usage in the World. *J. Of Respiratory Res*, 2(1):28-32.

Savcı Bakan, A.B. (2013). Sağlık İnanç ve Transteoretik Modellere Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bırakmaya Etkisi. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Scherman, A., Tolosa, J. E., & McEvoy, C. (2018). Smoking cessation in pregnancy: a continuing challenge in the United States. *Therapeutic advances in drug safety*, 9(8), 457-474.

Seçen, E.İ., Yavuz, A.F., Keskin, H.L., Yeğin, G.F., Müderrisoğlu, T. (2017). Sigaranın yenidoğan işitme fonksiyonu üzerine etkisi. *Ankara Med J*. 1: 65-72.

Shobeiri F, Jenabi E. (2017). Sigara ve plasenta previa: Bir meta-analiz. *J Matern Fetal Neonat Med*, 30(24): 2985-2990.

Soylu, N. (2011). Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Gestasyonel Sigara Maruziyetinin Yenidoğanın Düşük Doğum Ağırlığı ve İlk 3 Saat İçinde Emzirilmesiyle İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Sönmez, D.A. (2015). Gebelikte Sigara Kullanımı, Gebelikte Sigara Kullanımına Anksiyetenin ve Mutluluğun Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.

Spracklen, C.N., Ryckman, K.K., Harland, K., Saftlas, A.F. (2015). Sigara ve preeklampsinin gebelik yaşına göre doğum ağırlığına etkileri. *J Matern Fetal Neonat Med*, 28(6): 679-684.

Stinson, J. D., Clark, M. D. (2017). Motivational interviewing with offenders: Engagement, rehabilitation, and reentry. Guilford Publications.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2008). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2008.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012. Yayın No: 948, Ankara.

Tarhan, P. (2016). Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tarhan, P., Yılmaz, T. (2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. HSP, 3(3):140-147.

Taş, F. (2015). Lise Öğrencilerinde Ağızotunu (Dumansız Tütün) Bıraktırmaya Yönelik Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşmelerin Etkisi. (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.

Taş, F., Seviğ, E. Ü., & Güngörmüş, Z. (2016). Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(4): 380-392.

Thigpen, M.L., Beauclair, T.J., Keiser, G.M. (2007). A Guide for probation and parole motivating offenders to change. pp:21-23, U.S. Department of Justice National Institute of Corrections. 320 First Street, NW Washington.

Thunqvist, P., Gustafsson, P., Norman, M., Wickman, M., Hallberg, J. (2015). Lung function at 6 and 18 months after preterm birth in relation to severity of bronchopulmonary dysplasia. Pediatric pulmonology, 50(10):978–986.

Tomlin, K. Walker, R.D. ,Grover, J., Arquette, W., Stewart, P. Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change- A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor,25-27.

Tong, V.T., Dietz, P.M., Morrow, B., D'Angelo, V.D., Farr, Ş.L., Rockhill, K.M., England, L.J. (2013). Trends in smoking before, during, and after pregnancy – Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 sites, 2000–2010. MMWR Surveill Summ. 62: 1-9

Tong, V.T., England, L.J., Rockhill, K.M., D'Angelo, D.V. (2017). Risks of preterm delivery and small for gestational age infants: Effects of nondaily and low-intensity Daily smoking during pregnancy. Pediatr Perinat Epidemiol, 31(2): 144-148

Toprak, E.D., Güleç, S.S.(2016). Nikotin Bağımlılığında Relapsların Yönetimi ve Takip. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topic,7(5): 62-68

Tran, T.P.T., Park J., Park, E., Shin, S.H., Paek, J., Kim, Y.H., Lim, M.K. (2020). Effect of Additional Motivational Interviewing on Smoking Abstinence for 1-Year among Korean Adolescents: Results from A Comparative Retrospective Study in Quitline. Int J Environ Res Public Health, 17(21): 8025.

Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı Tedavi ve Uzlaş Raporu (2014).

Türkiye İstatistik Kurumu. (TÜİK). (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Global Adult Tobacco Survey 2012, Ankara, 444s.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) (2019).

Velicer ,W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Rossi, J.S., Redding, C.A., ... Laforge, R.(2000) Using the transtheoretical model for population based approaches to health promotion and disease prevention, *Homeost Health Dis*, 40:174-195.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J., Redding, C.A. (1998) Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical model of behavior change. *Homeost Health Dis*, 38:216-233.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J., Redding, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis*, 38: 216-233.

Vollsæter, M., Røksund, O., Eide, G., Markestad, T., Halvorsen, T.(2013). Lung function after preterm birth: development from mid-childhood to adulthood. *Thorax*, 68(8):767–776.

WEB_1. (2023). Halk sağlığı uzmanları derneği tütün ile mücadele çalışma grubu web site.

World Health Organization (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, implementing smoke-free environments. Geneva, World Health Organization, 2009.

World Health Organization. (2014). WHO Recommendations on prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy – The short version. Geneva.

World Health Organization. (2019). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, Second Edition. Geneva.

Zhang, K., Wang, X. (2013). Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Leg Med*, 15(3):115-121