

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

**YETİŞKİN KADINLARA DEĞİŞİM AŞAMALARI MODELİ
(TRANSTEORETİK MODEL) İLE YAPILAN EĞİTİMİN
SİGARAYI BIRAKMA DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşe KOYUN

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2013**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN KADINLARA DEĞİŞİM AŞAMALARI MODELİ
(TRANSTEORETİK MODEL) İLE YAPILAN EĞİTİMİN SİGARAYI
BIRAKMA DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşe KOYUN

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

ANKARA
2013

Anabilim Dalı :Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
 Program :Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
 Tez Başlığı :Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) İle Yapılan Eğitimin Sigara Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Ayşe Koyun
 Savunma Sınavı Tarihi :30.01.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

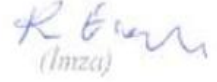
Jüri Başkanı: Prof. Dr., Şevkat Bahar Özvarış

Hacettepe Üniversitesi



Tez danışmanı: Prof. Dr., Kafiye Eroğlu

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr., Fatma Öz

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr., Yeter Kitiş

Gazi Üniversitesi



Üye: Yard. Doç. Dr., Gülten Işık Koç

Hacettepe Üniversitesi



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Çalışmanın yapılması sırasında, konu seçiminden tamamlanmasına kadar benden vaktini ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim danışmanım Sayın Prof. Dr. Kafiye Eroğlu'na çalışmanın her aşamasında yol gösterici katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sunan Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın'a, Sayın Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış'a ve Sayın Doç. Dr. Yeter Kitiş'e;

Değişim Aşamaları Modeli'ne ait ölçeklerin kapsam geçerliliği için destek sağlayan Sayın Prof. Dr. Şevkat B.Özvarış'a, Sayın Prof. Dr. Füsün Terzioğlu'na, Sayın Prof. Dr. Said Bodur'a, Sayın Doç. Dr. Yeter Kitiş'e, Sayın Doç. Dr. Belgin Akın'a;

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde katkı veren Sayın Prof. Dr. Said Bodur'a;

Çalışmanın psikometrik sonuçlarının değerlendirilmesinde katkı sunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Muhittin Çalışkan'a,

Pro-Change Behavior Systems ile iletişim kurulmasında, ölçek ve kaynak temininde katkı sağlayan Sayın Simay Gökbayrak'a;

Değişim Aşamaları Modeli'ne ait ölçeklerin Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmesinde destek olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür Sarı'ya, Sayın Okutman Soykan Uysal'a, Sayın Öğretmen Fatoş Badaş'a, Sayın Simay Gökbayrak'a;

Ölçeklerin İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesinde katkı sağlayan Sayın Kathryn Bourgeois'e;

Son olarak; beni, bu zor süreçte vermiş oldukları destekle ve sağladıkları uygun çalışma ortamı ile yalnız bırakmayan sevgili eşime, anneme ve çocuklarıma teşekkür ediyorum.

ÖZET

Koyun, A. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2013. Bu araştırma, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş Değişim Aşamaları Modeli (DAM) ölçeklerinin (Davranış Değiştirme Yöntemleri / DDYÖ, Öz Yeterlik / ÖYÖ, Karar Alma / KAÖ) Türk dili ve kültürüne uyarlaması amacıyla metodolojik, yetişkin kadınlara DAM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisinin belirlenmesi yönüyle müdahale araştırmasıdır. Çalışma Konya'nın Akşehir ilçesinde yedi aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Kayıtlardan sağlıklı bilgi elde edilememesi nedeniyle evren hesabı yapılamamıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, kartopu örnekleme yöntemi ile seçilmiş 185 yetişkin bireyle yürütülmüş, iki-dört hafta sonra 50 kişinin tekrar test ölçümleri yapılmıştır. Müdahale çalışması için power analizi yapılmış, kartopu örnekleme yöntemiyle seçilen 77 kadınla (müdahale 38, kontrol 39) çalışma yürütülmüştür. Veriler tanıtım formu ve DAM ölçekleri ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Müdahale çalışması için modele göre Sigara Bırakma Rehberi hazırlanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların Değişim Aşamaları Ölçeği ile bulundukları aşama tespit edilmiş ve 1., 30., 45. günler rehber eşliğinde değişim aşamalarına uygun eğitim verilmiş, 60. gün son değerlendirmeleri yapılmıştır. Kontrol grubuna ise iki kez (1., 60. günler) değerlendirme yapılmıştır. Araştırma için ilgili kurumlardan, Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı izin alınmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, kapsam geçerlilik indeksi, korelasyon, Spearman-Brown ve Cronbach's Alpha (α) güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Müdahale çalışmasının verileri ise sayı, yüzdelik, ortalama, Pearson ki kare, t testi, One-Way ANOVA ile değerlendirilmiştir. DAM ölçeklerinin dil uyarlanmasında geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. DDYÖ, KAÖ ve ÖYÖ ölçeklerinin α güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.93, 0.78 ve 0.85 olarak tespit edilmiş, geçerli ve güvenilir araçlar olduğu bulunmuştur. Müdahale çalışması sonucunda ise müdahale grubunun son görüşmedeki değişim aşamalarında fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarında son görüşmeye göre DDYÖ puanları arasındaki fark önemli ($p<0.05$), KAÖ ile ÖYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubundaki kadınların %13,2'si sigarayı bırakırken, kontrol grubunda sigarayı bırakan kadına rastlanmamış, iki grup arasında sigarayı bırakma yönünden fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubunda kontrol grubuna göre bir günde içilen sigara sayılarında azalma istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Verilen eğitimin sigarayı bırakmada etkili olduğu tespit edilmiştir. DAM'a dayalı daha uzun süreli çalışmaların yapılması ve sağlık çalışanlarına bu modelin tanıtımı önerilir.

Anahtar Kelimeler: Kadınlar; Sigarayı bırakma; Davranış değişimi, Değişim Aşamaları Modeli, Hemşirelik.

ABSTRACT

Koyun, A. The Effect of Stage of Change Model Based Education Given for Smoking Cessation to Adult Women. Hacettepe University The Institute of Health Science, Program of Obstetric and Women's Health Nursing, Doctorate Thesis, Ankara, 2013. This research was made a methodological study in order to adapt Turkish language and culture of Stage of Change (SOC) scales (Processes of Change / POC, Self-Efficacy / SE and Decisional Balance / DB) which developed for adults who smoke and a intervention research to determine the effect of SOC-based education given for smoking cessation to adult women. This study was conducted seven family health center in Aksehir district of Konya. The universe could not be due to failure to obtain account records information. The reliability and validity study, 185 adult individuals selected by snowball sampling method were carried out and two to four weeks after the re-test measurements were made of 50 people. Power analysis was conducted for the intervention study, snowball sampling method selected 77 women (intervention 38, control 39) studies were carried out. Data were collected from face to face identification form and SOC scales. Smoking Cessation Guide was prepared according to the model for intervention study. Phase in which The Scale of Stages of Change for women in the intervention group were identified and 1th, 30th and 45th days of appropriate stage training given to women, 60th day were evaluated interventions. In the control group, two times (1th, 60th days) were evaluated. Related institutions, Hacettepe University Ethics Committee and the individuals who agreed to participate in the study written permission were taken. Validity and reliability study was conducted explanatory and confirmatory factor analysis, content validity index, correlation and Spearman-Brown and Cronbach's alpha (α) reliability coefficients were calculated. Intervention study data, the number, percentage, mean, Pearson's chi-square, t-test, One-Way ANOVA analyzes. DAM scales back translation method was used in the adaptation of language. POC, SE and DB scale Cronbach's alpha (α) reliability coefficients, respectively, 0.93, 0.78 and 0.85. SOC scales were found to be valid and reliable tools. Intervention study stages of change in the last follow-up intervention group difference was statistically significant ($p < 0.05$). According to the latest follow-up the intervention and control groups, the difference between the scores of POC significant ($p < 0.05$), but significant differences were found between mean scores of SE and DB ($p > 0.05$). 13.2% of intervention group women reported quitting smoking. There is no control group of women who quit smoking. A significant difference between the two groups in stopping smoking ($p < 0.05$). In the intervention group than the control group were statistically significant reduction in the number of cigarettes smoked per day ($p < 0.05$). Education given to stop smoking has been found to be effective. Long-term SOC based studies and presentation of the model are recommended that health care workers.

Key words: Women; Smoking cessation; Behavior change; Stages of Change Model; Nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sigara Epidemisi ve Kadın	5
2.1.1 Dünya’da Sigara Epidemisi ve Kadın	5
2.1.2 Türkiye’de Sigara Epidemisi ve Kadın	6
2.2 Sigaranın Zararları	7
2.2.1 Sigaranın Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri	7
2.3 Sigarayla Mücadele ve Hemşirelik	9
2.4 Sigara Bıraktırma Tedavileri	10
2.4.1 Kısa Klinik Girişimler	11
2.4.2 Yoğun Klinik Girişimler	12
2.5 Davranış Değişirme Modelleri ve Eğitimleri	13
2.6 Değişim Aşamaları Modeli	14
2.6.1 Değişim Aşamaları	17
2.6.2 Karar Alma	22
2.6.3 Öz Yeterlik	22
2.6.4 Davranış Değişirme Yöntemleri	23
2.7 DAM’ın Hemşirelikte Kullanımı	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27

3.1 Araştırmanın Şekli	27
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1 Tanıtım Formu	30
3.4.2 DAM Ölçekleri	30
3.5 Eğitim Kitapçığı	32
3.6 Araştırmanın Uygulaması	33
3.6.1 DAM Ölçeklerinin Dil Uyarlama Çalışması	34
3.6.2 Müdahale Çalışması	39
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu	48
3.9Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4. BULGULAR	49
4.1 DAM Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlama Çalışmasına Yönelik Bulgular	49
4.2 Müdahale Çalışmasına İlişkin Bulgular	61
5. TARTIŞMA	83
5.1 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Tartışılması	83
5.2 Müdahale Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR	95
EKLER	
Ek 1. Tanıtım Formu	
Ek 2. Etik Kurul İzni	
Ek 3. Eğitim Planı	
Ek 4. Eğitimin İçeriği	
Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 6. Araştırma İzni	
Ek 7. Ölçeklerin Temini için Pro-Change Behavior Systems Yetkilileri ile Görüşülen Elektronik Postalar	
Ek 8. Confidentiality And Non-Disclosure Formu	

Ek 9. Orjinal Eğitim Kitapçığı Temini İçin Pro-Change Behavior Systems Yetkilileri
ile Görüşülen Elektronik Postalar

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
CFI	Karşılaştırmalı Uyum testi (The Comparative Fit Index)
DAM	Değişim Aşamaları Modeli
DAÖ	Değişim Aşamaları Ölçeği
DDYÖ	Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
GFI	İyilik Uyum Testi (The Goodness of Fit Index)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Disease)
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing)-
KAÖ	Karar Alma Ölçeği
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	Kaiser Meyer Olkin Sampling Adequacy
ÖYÖ	Öz Yeterlik Ölçeği
PAP	The Papanicolaou Test
PID	Pelvik İnflamatuar Hastalık (Pelvic Inflammatory Disease)
PTH	Paratroid Hormon
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TTM	Transtektetik Model
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
2.1 Değişim Aşamaları Modelinin Aşamaları	17
2.2 Değişim Aşamaları Modelinde Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma, Öz Yeterlik ve Değişim Aşamalarının İlişkisi	24
3.1 Araştırmanın Akış Şeması	40
3.2 Müdahale Grubu İçin Değişim Aşamaları Modeline Göre Görüşme Planı	42
4.1 Müdahale Grubunun Görüşmelerdeki Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre Aşamalarının Dağılımı	67
4.2 Müdahale ve Kontrol Grubunda Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları	71
4.3 Müdahale ve Kontrol Grubunda Karar Alma Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları	71
4.4 Müdahale ve Kontrol Grubunda Öz Yeterlik Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları	71
4.5 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	76
4.6 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Karar Alma Ölçeği Puan Ortalamaları	78
4.7 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Öz Yeterlik Ölçeği Puan Ortalamaları.	78
4.8 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Bir Günde İçtikleri Sigara Sayıları	81
4.9 Müdahale Grubunun Görüşmelere Göre Bir Günde İçtiği Sigara Sayısı	82

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
2.1 Değişim Aşamaları Modelinin Yapısı	16
3.1 Sigara Bırakma Rehberi'nin İçeriği	33
3.2 Müdahale ve Kontrol Gruplarının Yaş Gruplarına ve Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre İçinde Bulundukları Değişim Aşamaları	41
4.1 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	49
4.2 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Bireylerin Sigara Alışkanlıklarına Dair Özellikleri	50
4.3 Değişim Aşamaları Modeline Ait Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlilik İndeksleri	52
4.4 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	53
4.5 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum Değerleri	54
4.6 Değişim Aşamaları Modeline Ait Ölçeklerin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	55
4.7 Davranış Değiştirme Yöntemleri ve Karar Alma Ölçeklerinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Katsayıları	57
4.8 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Madde Toplam Puan Korelasyonları	58
4.9 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Test – Tekrar Test Puan Ortalamaları, Korelasyon Katsayıları ve t Testi Sonuçları	59
4.10 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Cronbach's Alpha Katsayıları	60
4.11 Müdahale ve Kontrol Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	61
4.12 Müdahale ve Kontrol Grubunun Sigara Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri	62
4.13 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim	

	Aşamalarının Dağılımları	63
4.14	Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim Aşamaları	64
4.15	Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim Aşamaları	65
4.16	Müdahale Grubundaki Kadınların Görüşmelerindeki Değişim Aşamalarının Dağılımları	66
4.17	Müdahale ve Kontrol Grubunun Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
4.18	Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımları	73
4.19	Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Bir Günde İttikleri Sigara Sayılarının Dağılımları	80
4.20	Müdahale Grubunun Bir Günde İttiği Ortalama Sigara Sayısının Görüşmelere Göre Dağılımları	82

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara içme alışkanlığı, önlenebilir hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedeni ve önemli bir halk sağlığı problemidir (33). Sigara günümüzde her yıl beş milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. 2030 yılında bu sayının sekiz milyondan fazla sayıya ulaşacağı tahmin edilmektedir (191).

Ülkemizde Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41.4, kadınlarda %13.1 olarak tespit edilmiştir (152). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranının en az %80, 15 yaş altında ise %100'e yakın olması gerektiğini belirtmektedir (16). Ülkemizde, erkeklerde sigara içme prevalansının yüksek olmasından dolayı, kadınlar ve çocuklar ev ortamında pasif sigara dumanına maruz kalabilmektedir (154).

Her geçen gün sigara tüketimi kadınlara ve genç kızlara doğru kayarak artmaktadır (88). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre, kadınlarda sigaraya başlama yaşı ortalama 19'dur (64).

Yayınlarda sigara kullanımının, pek çok olumsuz etkileri açıklanmıştır. (5,23,42,66,81,110,188,173). Sigaranın kadın üreme fonksiyonları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (24,45,66). Sigaranın meme kanseri riskini artırdığı (148), estrogen düzeyini düşürdüğü ve disfonksiyonel uterus kanamalarına yol açtığı bildirilmektedir (95). Sigaranın, infertilite riskini 10 kat arttırdığı belirtilmektedir (166). Sigara, ektopik gebeliğin risk faktörlerinden olan PID (Pelvic Inflammatory Disease) ve tubal infeksiyon sıklığının artmasına neden olabilmektedir (98). Gebelikte sigara içilmesi; fetal gelişimin yavaşlamasına, fetal anomalilere, fetal kayıplara, erken membran rüptürüne, prematüre doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve doğumdan sonra ani bebek ölüm sendromuna neden olmaktadır (24,45,88). Ayrıca sigaranın plasental bariyerde ileri derecede harabiyete, bölgesel nekroza ve ablasyo plasentaya neden olmaktadır (41). Sigaranın anne sütünü azalttığı (68), erken menopoza (6,199) ve osteoporoz (67) neden olduğu bildirilmiştir.

Sigara, erkek üreme fonksiyonları üzerine de birçok olumsuz etkiye sahiptir. Sigara spermin morfolojisi ve motilitesini etkileyerek fertilitiyi, aynı zamanda erektile disfonksiyona neden olarak cinsel hayatı olumsuz yönde etkilemektedir (166).

Getirdiği sağlık riskleri nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olan sigara kullanımı, kadınlar arasında giderek yaygınlaşmakta ve önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (7,24). Bu nedenle günümüzde sigara içimin ve sigara dumanına maruziyetin önlenmesi amacıyla çeşitli koruyucu, destekleyici ve tedavi edici yaklaşımlar kullanılmaktadır (92,97). Bu tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğeri ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyona dayalı destek tedavisidir. Sigara bıraktırma çalışmalarında, davranışsal yöntemler, diğer yaklaşımlara göre daha güvenli bulunmaktadır (81,92,97).

Hemşireler, sağlık risk davranışlarının tanınması ve davranış değiştirmeye yönelik uygun girişimlerin uygulanmasında görevler üstlenmektedir (70,149,157,167,194). Son yıllarda hemşirelik literatüründe sağlık risklerini azaltan yaşam biçimi davranışlarına dikkat çekilmiş, bireylere yönelik risk azaltma yaklaşımlarının çoğunun davranış değişimi gerektirdiği vurgulanmıştır (50). Sağlıklı yaşam biçimini geliştiren en uygun yaklaşımları bulmak için farklı teorilere dayalı programlar geliştirilmiştir (58,146). Fakat çalışmalarda tek bir teorinin davranış değişikliği için yeterli olamayacağı bildirilmektedir (22,114,146). Bireyin değişim için hazır olma durumuna bakılmadan söz konusu programların uygulanması davranış değişikliği girişimlerinin başarısız olma nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (126).

İlk kez Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından geliştirilen Değişim Aşamaları Modeli'nde (DAM) (Stages of Change Model / Transteoretik Model) bireylerin davranış değişiminin; *düşünmeme*, *düşünme*, *hazırlık*, *hareket* ve *devam ettirme* olarak beş aşamadan oluştuğu, başarı için bireylerin içinde bulundukları aşamalara özel uygulamalara gereksinim duyduklarına dikkat çekilmiştir (126). Bu modelin üstünlüğünün başarılı değişim için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimlerin kullanılmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (139).

DAM ilk olarak sigarayı bıraktırma araştırmalarında kullanılmış ve diğer bağımlılık davranışlarına uyarlanmıştır (40,168). Günümüzde davranış değişimini kolaylaştırmada rehber olarak kullanılan DAM, farklı disiplinler tarafından kullanılmaya devam etmektedir. Model sigara, alkol ve ilaç kullanan bireyler üzerinde (13-15,65,86,120), kilo kaybı ve egzersiz alışkanlıklarının kazanılmasında (36-41) ve güvenli cinsel alışkanlıkların geliştirilmesinde (73) kullanılmıştır.

DAM bireyin, bir sorunun varlığından haberdar olduğu zamandan itibaren, zaman içinde sorunlu davranışının farklılaştığı ve yeni olumlu sağlık davranışının devam ettirildiği noktaya kadar olan değişiminin tüm akışını kapsayan ve ifade eden bir modeldir. DAM’da dışarıdan baskı yoluyla dayatılmış değişimin tersine, isteğe bağlı gelişen değişim olgusuna odaklanmaktadır (50,82,84,106,160,164).

DAM bireysel davranış değişikliğini bir süreç olarak değerlendirmekte ve davranış değiştirmeye çalışan bireylerin eski davranışlarına dönebileceğini kabul etmektedir. Bununla birlikte, DAM’da davranış değişikliği için yapılan girişimler bireye özgü olduğu ve bireyin hangi değişim aşamasında olduğunu değerlendirilerek ele alındığından dolayı bireylerin eski davranışlarına dönmeleri daha az görülmektedir (34,139,160).

Sağlık risklerini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak sağlık personellerinin en temel işlevleri arasındadır. Bu nedenle hemşirelerin bireye en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmak için çaba harcamaları gerekmektedir. Geleneksel davranış değiştirme çalışmaları, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını genellikle dikkate almayan ya da tüm bireylerin davranış değişimi için hazır oluşluklarının aynı olduğunu kabul eden yaklaşımlarla yürütülmüştür. Oysa DAM, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin kullanılması gerektiğini söylemektedir (50). Ayrıca, sağlığı koruma ve geliştirme perspektifine uygun, maliyet açısından etkin bir model olan DAM, bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmak amacıyla ebe ve hemşireler için uygun olduğu belirtilmektedir (91).

Kadınlarda sigara kullanımının önlenmesi üreme sağlığına ilişkin sağlık problemlerinin azaltılmasında da koruyucu bir yaklaşım olarak benimsenmektedir. Bu amaçla çalışmamızda, DAM’a dayalı sigara bıraktırma eğitimlerinin verilmesine karar verilmiştir. Görüşmeler sırasında bireyin motivasyon kaynakları ve değişme potansiyeli kendilerine fark ettirilerek, değişimin aşamalı bir süreç olarak ele alınması ve adımlar boyunca ilerlenmesi planlanmaktadır. Bu çalışma ile kadınların öz yeterlikleri artırılarak sigara içme davranışı üzerinde kontrol sağlamaları ve son hedef olarak sigarayı bırakmaları beklenmektedir.

Yapılan literatür taraması sonucunda hemşirelik alanında ülkemizde gebelere ve adölesanlara yönelik sigarayı bırakma konusunda davranış değişikliği geliştirmeyi

amaçlayan dört çalışmaya rastlanmıştır (48,49,78,80). Yapılan bu çalışmalarda farklı gruplara sigara bıraktırma çalışmalarının yapılması önerilmiştir. Ayrıca sigara içen yetişkinler için Değişim Aşamaları Modeli daha önce Türkçe'ye uyarlanmamıştır ve bu nedenle çalışma konu ile ilgili gereksinimi karşılamıştır. Bu çalışmada, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş olan DAM ölçekleri Türkçeye uyarlanarak ülkemiz literatürüne kazandırılmış; eğitim kitapçığı olarak kullanılan Sigara Bırakma Rehberi hem sigarayı bırakmak isteyen bireylerin hem de onlara yardımcı olacak tüm sağlık personelinin hizmetine sunulmuştur.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş DAM ölçeklerini (Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği, Öz Yeterlik Ölçeği, Karar Alma Ölçeği) Türkçe'ye uyarlamak ve yetişkin kadınlara DAM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisini belirlemektir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışma iki aşamada yürütüldüğü için, her bir aşamaya ilişkin aşağıda belirtilen araştırma hipotezleri test edilmiştir.

1. Aşama

H₀: Sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş DAM ölçekleri, Türkiye için geçerli ve güvenilir değildir.

H₁: Sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş DAM ölçekleri, Türkiye için geçerli ve güvenilirirdir.

2. Aşama

H₀: DAM ile eğitim alan müdahale grubundaki kadınlar ile bu eğitimi almayan kontrol grubundaki kadınlar arasında sigarayı bırakma davranışı bakımından fark yoktur.

H₁: DAM ile eğitim alan müdahale grubu kadınlar ile bu eğitimi almayan kontrol grubu kadınlar arasında sigarayı bırakma davranışı bakımından müdahale grubu lehine fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Epidemisi ve Kadın

2.1.1 Dünya’da Sigara Epidemisi ve Kadın

Sigara, Dünya’da her yıl yaklaşık beş milyon insanın ölümüne yol açan ve kullanımı yasal olan tek maddedir (99). Bu rakama ek olarak 600.000 insanın da pasif içici olarak sigaradan etkilendiği bildirilmektedir (107). Sigara tüberkülozun, Human Immunodeficiency Virus’ün (HIV) ve sıtmanın yol açtığı ölümlerden daha fazla öldürücüdür. Gelecek 20 yıl içinde sigaranın neden olduğu ölümlerin yıllık sekiz milyona yükselmesi beklenmektedir (99). Önlemler alınmazsa, sigaranın 21. yüzyılda bir milyarın üzerinde insanın ölümüne neden olacağı bildirilmektedir (117).

Genel olarak sigara içimi öteden beri erkek davranışı olarak algılanmıştır (24,152,155). Dünya genelinde erkeklerin %42’si, kadınların da %12’si sigara içmektedir. Amerika’da Surgeon General tarafından sigaranın bir sağlık riski olduğuna işaret edildiği 1964 yılından bu yana özellikle gelişmiş ülkelerde sigara içenlerde azalmalar gözlenmeye başlamıştır. Bununla birlikte sigara özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Bu durumun nedeni olarak, zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce kavuşmasının, dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması gösterilmektedir (24).

Özellikle 1980’lerden itibaren az gelişmiş ülkelerde özellikle kadınlara yönelik sigara reklam faaliyetleri artmıştır (7). Ayrıca sigara şirketleri, sigara kullanımını artırmak için sigaranın içeriğiyle ilgili bazı müdahalelerde de bulunmaktadırlar (55). Ayrıca sigara paketleri insanların bilinçaltını etkileyecek şekilde tasarlanmakta ve böylece zararlı olmadığı yanılgısı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Örneğin, “slim” ismiyle üretilen sigaralar kilo kontrolünde etkili olduğu, mavi beyaz renklerle ürünün zararlı olmadığı, kırmızı renk ile güç kattığı hissi yaratılmaya çalışılmaktadır (12).

Ülkeler tütün kullanımında dört aşamalı modele göre belirli aşamalardan geçmektedirler. Gelişmekte olan ülkelerin birçoğu sigara tüketimi açısından birinci aşamada yer almaktadır. Birinci aşamada, sigara prevalansı erkekler arasında daha

hızlı artış göstermektedir. Bu aşamadaki ülkelerde, sigara tüketiminin kadınlar arasında daha düşük olmasının nedeni, kadınların sosyal ve dini değerlerin baskısı altında kalmasından ve ekonomik bağımlılığının sürmesinden kaynaklanmaktadır. Bu kesimlerde sigara, mevcut geleneksel yapıya ve kendilerinden beklenen toplumsal cinsiyet rollerine bir başkaldırı aracı olarak öne sürülmektedir. Güney Avrupa ve Batı Pasifik ülkeleri ile Asya ülkeleri sigara tüketiminin ikinci aşamasından geçmektedirler. Sigara içme oranları erkekler arasında %50-80 arasında değişmekte ve bu oranlar kadınlar arasında da giderek artma eğilimi göstermektedir. Üçüncü aşamadan geçen Güney, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ise uzun bir sigara içme geçmişine sahiptirler. Bu ülkelerde erkekler arasında sigara kullanma yüzdeleri giderek azalma eğilimindedir. Ancak kadınlar arasında artışlar söz konusudur. Kadınlarda sigara içiciliği %35-45 gibi yüksek düzeylere ulaşmıştır. Amerika, İngiltere, Kanada, Finlandiya gibi dördüncü aşama ülkelerinde sigara kullanma yüzdeleri, hem erkeklerde hem de kadınlarda azalma eğilimindedir. Bu ülkelerde, sigara içme konusunda uzun bir geçmişe sahiptirler. Ancak kadın ve erkekler arasındaki sigara içme yüzdeleri oldukça birbirine yakındır (7). Bu aşamada yer alan ülkelerde sigara içme yüzdelerinin genç kızlar arasında daha yüksek olduğu ve bırakma yüzdelerinin de erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Dördüncü aşama ülkelerinde, sigara tüketimi özellikle toplumun yoksul ve dezavantajlı kesimleri arasında daha yüksektir (189).

2.1.2 Türkiye’de Sigara Epidemisi ve Kadın

Türkiye kapsamlı bir sigara kontrolü mevzuatını benimseyerek (5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu), Ocak 2008’den itibaren kamu ya da özel tüm halka açık ve kapalı alanları dumansız hava sahası olarak ilan etmiş, Mayıs 2008’den itibaren de tüm sigara reklamlarını, promosyon ve sponsorluk etkinliklerini yasaklamış ve yasa Temmuz 2009’dan bu yana ikram sektöründe de uygulanmaya başlanmıştır. Kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır (152).

Ülkemizde sigara kullanımı politik kararlılık, sivil toplum ve medyanın desteği ile bir miktar azalmıştır ancak halen istenilen düzeyde değildir. Küresel

Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41.4, kadınlarda %13.1 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27'si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır (152). Türkiye'de sigara kullanma oranı öğrenim durumu ve yaşla birlikte artmaktadır. Okuryazar olmayan yetişkinler en düşük sigara kullanma oranına sahipken; lise ve üzerinde en yüksek orana sahiptir (198). Mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18 olmasına karşın, her gün sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,9) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya başlamanın ortalama yaşı erkeklerde 16,6; kadınlarda 17,8'dir (152). Sigara tüketiminin yaşla birlikte artarak devam ettiği gözlenmektedir (198).

Türkiye'de erkeklerin yaşa göre hesaplanmış sigara kullanma prevalansı, tüm Batı Avrupa ülkelerindeki prevalansa göre daha yüksektir ve Orta Asya ülkeleri ile karşılaştırıldığında en yüksek olan ülkeler arasındadır. Türkiye'de kadınların sigara kullanma prevalansı ise pek çok Batı Avrupa ülkesi ve Avrupa Birliğine yeni üye olan ülkelere göre daha az olmasına rağmen, Orta Asya ülkeleri ile karşılaştırıldığında orta sıralarda yer almaktadır (191).

2.2 Sigaranın Zararları

Sigara tüketiminin sağlık üzerine olan olumsuz etkilerinin ve etkilenen insan sayısının giderek arttığını gösteren araştırmalar ve kanıtlar arttıkça, sigara tüketimi nedeniyle oluşan sorunların listesi de giderek uzamaktadır (45). Artık katarakt (80,158), glokom (26), pnömoni (169), lösemi (171), abdominal aort anevrizması (171), mide kanseri, pankreas kanseri, serviks kanseri (25) gibi hastalıklar da bu listeye dâhil olmuştur. Bununla beraber, dünyadaki çocukların yarısının da içinde olduğu milyonlarca insan, pasif içicilik olarak da bilinen çevresel sigara dumanına maruz kalmaktadırlar. Pasif içicilik ile kalp damar hastalıkları, akciğer kanseri ve diğer solunum sistemi hastalıkları, göz enfeksiyonları, ani bebek ölümü sendromu gibi hastalıklar arasındaki ilişkileri gösteren kanıtlar mevcuttur (75,108,155).

2.2.1 Sigaranın Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri

Sigaranın kadın üreme fonksiyonları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (24,45,66). Sigara kadın üreme sağlığını düşük, osteoporoz, ektopik gebelik, infertilite ve erken menopoza neden olarak olumsuz yönde etkilemektedir (6).

Bunların yanısıra sigara serviks, meme, endometriyum ve vulva kanseri, menstrual siklusla ilgili sorunlar, fetal gelişim geriliği ve malformasyonlar ve laktasyon dönemi ile ilgili olumsuzluklara da yol açmaktadır (27). Sigaranın içeriğinde bulunan nikotin ve kanserojen maddeler, sigara içenlerin servikal mukuslarında belirlenmiştir (32). Ayrıca sigaranın meme kanseri riskini artırdığı (148), estrogen düzeyini düşürdüğü ve disfonksiyonel uterus kanamalarına yol açtığı bildirilmektedir (95). Sigaranın sperm ve ovum üzerine de zarar verdiği belirtilmektedir. Bu nedenle sigara fertilizasyonu azalmakta ya da erken dönemde abortusa neden olabilmektedir (199). Sigarada var olan maddelerin, overler ve testisler üzerine toksik etkileri bulunduğu ve sigara içen kadınlarda infertilite olasılığının içmeyenlere göre yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (166). Sigara, tubal motiliteyi azaltmakta ve blastosist formasyonundaki ovumun uterus içine geçişini geciktirmektedir. Ayrıca sigaranın, PID (Pelvic Inflammatory Disease) ve tubal infeksiyon sıklığını artırdığı bildirilmektedir (98).

Gebelikte sigara içilmesi; fetal gelişimin yavaşlamasına, fetal anomalilere, fetal kayıplara, ablasyo plasenta ve plasenta previa, erken membran rüptürüne, prematüre doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve doğumdan sonra ani bebek ölüm sendromuna neden olmaktadır (24,45,88). Sigara gebeliğin 20. haftasından önce abortus (düşük) gelişme riskini artırabilmektedir (27). Ayrıca sigaranın plasental bariyerde harabiyete ve nekroza sebep olduğu, anne-bebek arasındaki gaz alışverişini engelleyerek düşük doğum ağırlıklı bebeğe neden olabileceği belirtilmektedir (41).

Sigara içen annelerde, prolaktin üretiminin azalmasına bağlı olarak süt yapımı azalmakta ve emzirme daha erken zamanda sonlandırılmaktadır (68). Sigara estrogen hormonu seviyesindeki önemli azalma nedeni ile erken menopoza neden olabilmektedir (199).

Sigara içenlerde vitamin D-PTH (paratroid hormon) sisteminin deprese olduğu, bağırsaklardan kalsiyum absorpsiyonunun azaldığı ve kemik mineral dansitesinin düştüğü belirtilmektedir (67).

Sigara, erkek üreme fonksiyonları üzerine de birçok olumsuz etkiye sahiptir. Sigara spermin morfolojisi ve motilitesini etkileyerek fertilitiyi, aynı zamanda empotansa neden olarak cinsel hayatı olumsuz yönde etkilemektedir (166).

Literatürde sigara içenlerin sperm konsantrasyonunda, sperm motilitesinde ve morfolojik olarak normal sperm oranında azalma olduğu belirtilmiştir (76). Ayrıca sigara penisin sertleşmesinin başarılması ve sürdürülmesine engel olmaktadır (27).

Sonuç olarak sigara içimi üreme sağlığına zarar vermektedir. Bu nedenle sigara içiminin engellenmesinin yanı sıra hem kadın hem de erkeğin sigara dumanına maruziyetinin önlenmesi, üreme sağlığına ilişkin sağlık problemlerinin azaltılmasında koruyucu bir yaklaşım olarak desteklenmelidir. Bu süreçte sağlık personeli, bireylere eğitim, izlem ve uygun destek sağlayarak sigarayı bırakmalarını sağlamada etkin rol alabilir.

2.3 Sigarayla Mücadele ve Hemşirelik

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2005 yılı Dünya Sigarasız Günü teması “Sağlık Profesyonelleri Sigaraya Karşı” olarak belirlenmiştir. DSÖ bu tema ile sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerini tanımlamıştır. Rapora göre hekimler, hemşireler, eczacılar ve sağlık ekibinin diğer üyeleri çalıştıkları her alanda sigara salgınına önlemede ve sigara bağımlılığının tedavisinde üstlerine düşen görevleri yerine getirmelidirler. Bu raporda hemşirelerin sigarayla mücadele konusunda özel bir pozisyona sahip oldukları belirtilmektedir. Hemşireler, sigaranın etkilerine bağlı sağlığı bozulmuş kişilere hizmet verirken, yargılamadan sigara içme durumunu değerlendirme, hastalıklarla ilişkisini kurma, sigarayı bırakmaları için destekleme yeterliği gösterebileceği belirtilmektedir (192).

Hemşireler ve hemşirelik örgütleri sigarayla mücadelede kendi stratejilerini kendileri belirlemektedirler. Uluslararası Hemşirelik Örgütü'nün (International Council of Nurses - ICN) yayınlandığı “Tütünsüz Bir Yaşam İçin Hemşireler” başlıklı yayınında, sigarayla mücadele konusunda hemşirenin rollerine şöyle dikkat çekilmektedir (45): *“Hemşireler her gün çeşitli ortamlarda milyonlarca insanla karşılaştıkları için sigaradan korunma ve sigarayı bırakma konularındaki etkinlikler bakımından özel bir konuma sahiptirler. Bu ilişkiler sırasında hemşireler bireylerin sigara kullanma durumunu saptayabilir, sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri konusunda bilgi verebilir, sigarayı bırakma konusunda yardımcı olabilirler.”*

Dünyada ve ülkemizde sigara tüketimi en çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok ekonomik kayıplara neden olan hastalıklara yol açmaktadır. Bu nedenle sigara kullanımı öncelikli ele alınması gereken önemli sorundur. Bu doğrultuda

hemşireler sigarayla ilgili mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasında, sigarayı bırakma danışmanlık hizmetlerinde kritik öneme sahiptir. Yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin gerek kliniklerde, gerekse toplumun değişik kesimlerinde verdikleri sigara bıraktırma müdahalelerinin etkili olduğu görülmektedir (69,149).

Sigara kontrolünde bireysel, toplumsal ve yönetsel düzeyde hemşireler şu görevleri alabilirler (45): Bireysel düzeyde, toplumu sigaranın neden olduğu sağlık sorunları konusunda eğitebilir ve sigara kullananların da bu bağımlılığı yenmelerine yardımcı olabilirler. Toplumsal düzeyde, sigarasız işyerleri çabalarına destek olarak veya sigarayı bırakma araç gereç ve kaynaklarının topluma ulaşmasını kolaylaştırarak bazı yasal yaptırımlara öncü olabilir ve onların savunuculuğunu yapabilirler. Yönetsel düzeyde, vergilerin artırılması gibi kampanyalarla seslerini ulusal ve küresel sigara kontrolü çabalarında duyurabilirler ve Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin desteklenmesi çabalarına katılabilirler. Bunlara ek olarak, sağlık kuruluşları Tütün Kontrolü Yasalarını destekleyerek diğer meslek kuruluşları için öncülük edebilir ve rol modeli olabilirler.

2.4 Sigara Bıraktırma Tedavileri

Nikotin bağımlılığı terimi, ilk kez 1964 yılında Surgeon General of the United States (Amerika Sağlık Hizmetleri Komisyonu Başkanı) raporunda kullanılmıştır (176). 1979 yılındaki raporunda nikotin için *“çok güçlü bağımlılık yapıcı madde”* tanımlaması yapılmıştır (174). 1988 raporunda ise *“sigara bağımlılık yapar, sigaradaki bağımlılık yapıcı madde nikotindir ve eroin - esrar bağımlılığına benzer farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık yapar”* ifadeleri yer almıştır (175). Sigara bağımlılığı Uluslararası Hastalık Sınıflaması'na (International Classification of Diseases- ICD 10) göre bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kronik bir hastalık olması ve relapslar (tekrar sigaraya başlamak) nedeniyle nikotin bağımlılığında düzenli tedaviye ihtiyaç duyulduğu (45) ve tedavide hastalığın psikososyal boyutunun da mutlaka ele alınması gerektiği bildirilmektedir (113).

Amerikan Halk Sağlığı Kurumu'nun 1996 yılında (177) ve İngiltere'de Sağlık Eğitimi Otoritesi'nin 1998 yılında (101) yayınlamış olduğu kılavuzlar, sigara bağımlılığının tedavisine yönelik hazırlanan ilk rehberlerdir. Bu rehberlerde sigara bırakma tedavi yöntemleri kısa klinik ve yoğun klinik girişimler olarak ikiye ayrılmaktadır (109,113).

2.4.1 Kısa Klinik Girişimler

Kısa girişimler üç hasta grubuna uygulanmaktadır (109). Bunlar;

1. Sigara bırakma denemesi için istekli olan olgular: Bu grup için “5A” uygulaması önerilmektedir (109,113). Bu uygulama (54,56,58,109);

- Sor (Ask) - Sigara içme durumunun sorulması,
- Öner (Advice) - Sigarayı bırakmasının tavsiye edilmesi,
- Değerlendir (Assess) - Sigarayı bırakma yönünde motivasyonun değerlendirilmesi,
- Destek (Asist) - Sigara bırakma girişimlerinin desteklenmesi,
- İzlem (Arrange) - Relapsı önlemek için bireyin izlenmesidir.

2. Sigara bırakma denemesi konusunda isteksiz olgular: Bu grup için “5R” olarak adlandırılan bir uygulama geliştirilmiştir (109):

- İlgilenme (Relevance) - Kişiyi özel durumlar ele alınarak birey bırakma konusunda cesaretlendirilir,
- Riskler (Risks) - Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçlar vurgulanır,
- Kazançlar (Rewards) - Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda birey bilgilendirilir,
- Engeller (Roadblocks) - Bireyin sigarayı bırakmasını engelleyen faktörler belirlenerek ve çözüm yolları geliştirilir,
- Tekrarlama (Repetition) - Motivasyonel destek, olgunun her başvurusunda tekrarlanır.

3. Sigarayı yeni bırakmış olgular: Amaç, relapsı önlemek olmalıdır. Sigarayı bırakmaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar ve relapsa neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır (109).

Sigara bırakma çalışmalarında, sadece 3-5 dakikalık bu kısa girişimlerle bile, hastaların sigarayla bırakma oranlarında anlamlı artışlar gözlemlendiği bildirilmektedir (87,109). The Rhode Island Üniversitesi Kanser Önleme ve Araştırma Merkezi’nin belirttiğine göre bireylerin kimseden yardım almadan tek başına davranış değiştirme çabalarının araştırıldığı bir çalışmada 200 sigara kullanıcısının değişim düşünceleri

olmasına rağmen iki yıl süresince bu aşamada kaldıkları ve değişim yönünde harekete geçemedikleri saptanmıştır (29).

2.4.2 Yoğun Klinik Girişimler

Bu girişimler uzmanlaşmış kişilerce gerçekleştirilen tedavilerdir. Bu girişimlerle, sigara bırakma konusunda hiç girişimde bulunulmayan gruba göre sigara bırakma oranlarında %50-100 iyileşme gözlemlendiği bildirilmektedir (102). Yoğun klinik girişimlerin süresi, kısa klinik girişimlerden farklı olarak daha uzundur. Özellikle hasta ile yapılan görüşme sayısı ve süresi uzadıkça bırakma oranlarında önemli artışlar gözlenmiştir (113). Bu nedenle sigarayı bırakmak isteyen tüm içicilere yoğun klinik girişimler uygulanmalıdır. Bu girişimler;

- **Farmakoterapi:** Kontrendikasyon yoksa her sigara içicisine önerilebilir. Günümüzde tüm tedavi rehberlerinde yer alan iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır. Bunlar, nikotin yerine koyma tedavisi (Nicotine Replacement Therapy / NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapidir (109).
- **Davranış tedavisi:** Broşür, kitapçık gibi yazılı materyallerden yararlanarak, dört veya daha fazla hasta vizitinden oluşmalıdır. Görüşme süreleri 10 dakikadan az olmamalıdır. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmelidir. İzleyen üç ay, ayda bir kez ve daha sonra üç ayda bir görüşmelerle yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler, hem bireysel hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında izleyen sağlık personelinin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir (109).
- **Diğer tedavi yaklaşımları:** Akupunktur ve hipnoz hakkında randomize kontrollü ve geniş seri çalışmaları olmadığı için sigara bırakma klavuzlarında, standart tedaviler olarak kabul edilmemektedir (1,38,54,109,113,187). Uygulama sırasında yakın elektrokardiyografi ve kan nikotin seviyesi takibi gerektirdiğinden hızlı sigara içme yöntemi, doktor gözetimi altında ve diğer seçeneklerin başarısız olması durumunda denenmesi önerilmektedir (113).

Hastaya, hazırlık döneminde sigara içme ve başarılı bırakma hakkında bazı temel bilgilerin mutlaka verilmesi ve bunların altının çizilmesi gerekmektedir. Bırakma döneminde tek bir nefes sigara içmenin bile relaps olasılığını arttıracığı belirtilmelidir (113). Bazı çalışmalarda bireyin sigarayı bırakmış kabul edilmesi için altı ay sigara içmemesi gerektiği bildirilmektedir (57,119,161).

2.5 Davranış Değiştirme Modelleri ve Eğitimleri

DSÖ ve üye ülkeler arasında 1978 yılında imzalanan Alma-Ata Bildirgesinde Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamında bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır (46). Sağlık eğitimi, bireylerin kendilerinin ve diğerlerinin sağlıkları konusunda sorumluluk almalarını sağlayan bir araç olarak değerlendirilmiştir (112).

Özvarış'ın aktardığına göre, sağlığı geliştirme kavramından şu şekilde bahsedilmektedir *“sağlığı geliştirme sağlık eğitimini de içine alacak şekilde, risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışlarının kontrol edilmesinin temelinde yatan sorunlara yaklaşırken örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri içerir. Bu kavram ile sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre koşullarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir. Sağlığı geliştirme kapsamında belirlenen müdahale alanları arasında eğitim, yönetim, yasal ve yapısal düzenlemelerin bulunduğu belirtilmektedir. Bu müdahale alanlarında istenen hedeflere ulaşılması, belirlenen stratejilerin uygulanmasıyla elde edilmektedir. Bu stratejiler kısa dönemde sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azalmasına, orta dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine, yaşam biçimlerinin düzenlenmesine, bireylerin kendi sağlıklarına sahip çıkma konusunda kendilerine olan güvenin artmasına ve sağlıklı çevre değişikliklerine neden olur. Uzun dönemde ise, hastalıkların azalması, yaşamın uzaması, yaşam kalitesinin artması ve sonuçta sağlıklı bir toplum oluşmasına katkıda bulunur”* (114).

Sağlık davranışı, sağlıklı olmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımlar olarak tanımlanmaktadır (53). Sağlık eğitiminde, eğitim müdahaleleri ile değiştirilebilen üç faktör belirlenmiştir (60,114,193). *Hazırlayıcı faktörler:* Bilgi, tutum ve inançlardır. Bunlar kişinin davranışı edinip edinmeyeceğini belirler.

Olanak sağlayıcı faktörler: Kaynakların varlığı, zaman gibi yapısal faktörlerdir. *Güçlendirici Faktörler:* Aile ya da toplum tarafından davranışın sürdürülmesini etkileyen faktörlerdir (sosyal durumların eski davranışı tetiklemesi ya da davranış değişiminin ödüllendirilmesi vb.). Etkili sağlık eğitim programları için, davranış etkileyen bu üç faktöre yönelik öğrenme deneyimlerinin birleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (60,114). Örneğin; bir ortamda bireyler sigarayı bırakma konusunda çok iyi motive edilmiş ve sigarayı bıraktıkları için ödüllendirilmiş olsalar bile, ortamda sigara varsa sigaranın içilme olasılığı yüksektir. Ya da bireyler sigara bırakma konusunda çok iyi motive edilseler ve ortamda sigara olmasa bile sigarayı bırakan kişilerle alay ediliyorsa bir süre sonra sigarayı bırakanlar da tekrar sigaraya başlayacaktır.

Günümüzde sağlık eğitimi konusunda farklı model ve değişik teoriler üzerinde durulmaktadır. Davranış değişikliği oluşturmak için bunlar sıklıkla tek başına ve bazen de bir arada kullanılan yaklaşımlardır (10). Bununla birlikte sağlık davranışının bir tek teori ile açıklanması mümkün görülmemektedir. Modeller bir ya da birden fazla teoriye dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta ve sağlığı geliştirme çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Sağlık davranışı ile ilgili en sık kullanılan modeller (22,114,146): Sağlık İnanç Modeli (Health Beliefs Model), Sağlığı Kontrol Etmeye Odaklanma (Health Locus of Control), Yeniliğin Yayılması Modeli (Diffusion of Innovation), Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender's Health Promotion Model), Değişim Aşamaları Modeli (Transtheoretical Model / Stages of Change Model)'dir.

2.6 Değişim Aşamaları Modeli

Geleneksel davranış değiştirme çalışmalarının çoğunun, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını genellikle dikkate almayan ya da tüm bireylerin davranış değişimi için hazır oluşuklarının aynı olduğunu kabul eden çalışmalarla yürütüldüğü bildirilmektedir. Ancak DAM'da değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin kullanıldığı belirtilmektedir (50). Herkese kalıplaşmış aynı bilgilerin verilmesinin zaman kaybıyla sonuçlandığı ve davranış değişimine karşı direnç geliştirdiği bilinmektedir (35). Bu modele göre örnek verilirse; sigarayı bırakmayı *düşünmeyen* bir bireye nikotin yoksunluk belirtileri ile nasıl başedileceğini öğretmek, değişime direnç

gelişmesine neden olabilir. Ya da sigara içen bir birey, bırakmak istiyor fakat ne yapacağını bilmiyorsa (*düşünme*), bu kişiye sigaranın zararlarını öğretmek zaman kaybıdır, bireyin cesaretlendirilmesi gerekir ve eğitim bu yönde olmalıdır. Yani, eğitim bireyi bir sonraki aşamaya hazırlamalıdır.

DAM, farklı aşamalarda bulunan bireyleri tanılamak ve bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılayacak girişimleri geliştirmek için tasarlanmıştır. Girişimler bireylerin ihtiyaçları için bireyselleştirildiğinden ve değişimi devam ettirme oranı diğerlerine göre daha yüksek olduğundan, bireylerin davranışa tekrar dönme olasılığının diğer modellere göre daha düşüktür (181).

DAM psikolog James O. Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir (139). Kısaca “TTM” olarak adlandırılan Transteoretik Model (125), Değişim Aşamaları Modeli olarak da bilinmektedir (61,114,121). Farklı psikoterapi teorilerinden entegre edildiği için modele Transteoretik Model ismi verilmiştir (134).

Model, zaman içinde yapılan çalışmalarla revize edilmiştir (43,44,100,123,127,129-132,139,144,178,183). Bu model, problem davranışı değiştirmek için bilişsel ve davranışsal tekniklerin kullanıldığı, değişim aşamalarına odaklı bir modeldir (104). Model aynı zamanda bireyin yeni bir sağlıklı davranış üzerindeki hazır oluşunu değerlendirir, sağlıklı davranışı gerçekleştirmeye ve devam ettirmeye çalışan bireye rehberlik eder (125).

Bazı yayınlarda herkesin sigarayı bırakabileceği ancak sigara bırakma girişiminden önce bireylerde motivasyon düzeyinin ve bırakmada hazır oluşluk durumunun belirlenmesinin, uygulanacak programların etkinliği açısından çok önemli olduğu ileri sürülmektedir (147,190). Sigara bırakmada yaş, eğitim, gelir, günlük içilen sigara miktarı, sigarayı bırakma girişimi, nikotin bağımlılık düzeyi vb. gibi birçok faktörün bireyin sigara bırakmada hazır oluşluğunda etkili olduğu belirtilmektedir (185,190,195).

DAM değişim aşamaları, davranış değiştirme yöntemleri, kararsal denge ya da değişimin yarar ve zarar algıları, davranış değişimindeki öz yeterlik arasındaki ilişkileri tarif eder (29,146). DAM’a göre; bir birey olumsuz bir davranışını değiştirmeye kadar, belirli yöntemler kullanmaktadır (Tablo 2.1) (132,139).

Tablo 2.1 Değişim Aşamaları Modeli'nin Yapısı.

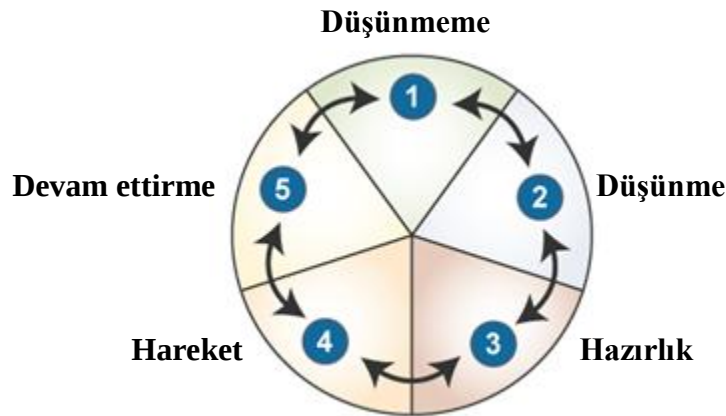
Yapılar	Tanımlar
Değişim Aşaması	
Düşünmeme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeme
Düşünme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme
Hazırlık	Gelecek 30 gün içinde harekete geçmeyi düşünme
Hareket	Davranış altı aydan daha kısa süre önce değiştirmiş olma
Devam ettirme	Davranış altı aydan daha uzun süre önce değiştirmiş olma
Karar Dengesi	
Yararlar	Değişimin yararları
Zararlar	Değişimin zararları
Öz Yeterlik	Zorlayıcı durumlar karşısında sağlıklı davranışı sürdürebilme konusunda kendine güven duyma
Değişim Yöntemi	
Bilinçlenme	Yeni öğrenilen gerçekler, fikirler ve önerilerle sağlıklı davranış değişimini destekleme “ <i>Sigaranın nasıl bırakılacağını öğrendim</i> ”
Duyusal uyarılma	Problemlili davranışla ilişkili olaylar karşısında negatif duygular hissetme (korku, endişe vb.) “ <i>Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır</i> ”
Kendini yeniden değerlendirme	Kendini sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek değerlendirme “ <i>Bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur</i> ”
Çevreyi yeniden değerlendirme	Sağlıksız davranışın olumsuz etkilerinin ya da sağlıklı davranışın olumlu etkilerinin fiziksel ve sosyal çevre üzerindeki etkisini değerlendirme “ <i>Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm</i> ”
Kendisi ile anlaşma	Değişim için vaatte bulunma “ <i>Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm</i> ”
Destekleyici ilişkiler	Sağlıklı davranış için sosyal destek arama ve kullanma “ <i>İhtiyacım olduğunda beni dinleyecek birileri vardır</i> ”
Karşıt koşullama (yerine koyma)	Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışlar öğrenme ve kullanma “ <i>Sigara içmek yerine, yapabileceğim başka şeyler vardır</i> ”
Güçlendirme (ödüllendirme)	Olumlu davranış değişimi için ödülleri arttırma ve / veya sağlıksız davranış için ödülleri azaltma “ <i>Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm</i> ”
Uyaranların kontrolü	Sağlıksız davranışı hatırlatan uyaranları ortadan kaldırma ya da sağlıklı davranışı hatırlatan uyaranları ortamda tutma. “ <i>Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım</i> ”
Sosyal Özgürleşme	Sosyal normların sağlıklı davranış değişimini destekleyici yönde değiştiğini fark etme “ <i>Toplumun sigara konusunda değiştiğinin farkındayım</i> ”

Kaynak: Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, Robbins ML. Using the Transtheoretical Model for Population based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention, Homeostasis in Health and Disease 2000; 40: 174–195.

Model başta sigara olmak üzere (127,139,144,182) zaman içinde birçok olumsuz sağlık davranışlarında kullanılmıştır. Bu davranışlar arasında; egzersiz, güneşten korunma, yiyeceklerle alınan yağın azaltılması, stres yönetimi, mamografi çekirme, ilaç bağımlılığı, obezite, rutin pelvik muayene, kondom kullanımı yer almaktadır. Bu davranışlar, yaşam kalitesinin azalması, hastalık ve ölüm oranlarının artmasıyla ileri derecede ilişkili olmaları nedeniyle, hem halk sağlığı hem de klinik görüş açısından önemlidir (127,128,136,138,139,143).

2.6.1 Değişim Aşamaları (Stages of Change)

DAM'da değişim, *"bir dizi aşamada ilerlemeyi içeren süreç"* olarak tanımlanmaktadır. Bireyler, davranışlarını birden değiştirmez; değişim aşamaları boyunca azar azar veya adım adım artırarak davranışlarını değiştirirler. Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu belirtir. Bu modele göre, sigara içen bireyler beş farklı aşamada geçiş yaparlar (181).



Şekil 2.1. Değişim Aşamaları Modelinin Aşamaları.

Kaynak: Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19(3), 276-288. Figure 2, p. 283.

Davranış değiştiren bireylerin düzenli olarak aşamadan aşamaya hareket etmedikleri ancak çoğunlukla ilerleme kaydettikleri ve daha önceki bir safhaya yeniden dönebilecekleri belirtilmektedir (relaps). Sigarayı bırakmayı kendi kendine deneyen bireylerde bu aşamalar arası geçit, doğrusal değil dairesel (döngüsel) özelliktedir. Hareket ve devam ettirme evresine ulaşmış olanlar için relaps sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünenlerden ortalama %5'i yeniden başlama

olmaksızın devam ettirme aşamasına ulaşmaktadır. Yeniden başlayanların %15'i düşünmeme, diğer %85'i düşünme ve hazırlık aşamalarına dönüş yapmaktadır (9).

Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla yapılacak girişiminde hangi aşamada olduklarına göre değişeceğinden bireyin bulunduğu aşamanın çok iyi tanımlanması gerekir (9,36). İçinde bulunulan değişim aşamasına yönelik olmayan girişimlerin uygulanmasının, bireyin harekete geçmemesine veya değişime direnç göstermesine neden olabileceğine dikkat çekilmektedir. Sigara içme davranışını değiştirme konusunda bireylerin %50-60'ının düşünmeme, %30-40'ının düşünme, %10-15'inin hazırlık aşamasında olduğu tespit edilmiştir (150). Bu veriler sigara içme davranışını değiştirmede herkesin farklı düşüncelerde olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Hazırlık ve hareket aşamasındakiler için hareket orijinli uygulamalar daha etkili iken, düşünme ve düşünmeme aşamasındaki bireylerde bu girişimler geçersiz bazen de olumsuz etki yapabilmektedir (150). Tüm değişim aşamaları kendine özgü girişim, zaman ve enerjinin uygulanmasını öngörür. Aksi halde başarılı bir davranış değişiminden söz edilemez (104,116,150).

Aşama 1: Düşünmeme

Bu aşamadaki birey, altı ay içinde davranış değiştirme niyetinde değildir (116,139,190). Bireyin hastalık risklerini göz ardı ettiği ya da bu alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisinin olmadığı söylenir. Birey, genellikle davranışını değiştirmeye yardım edecek bilgiyi almaktan kaçır (181). Çevresinden gelen baskılar değişimin önünde engel oluşturur. Bireylerin morali bozulmuştur, çünkü birkaç kez değişimi denemelerine rağmen başarılı olamamışlardır. Bu yüzden bilinçlenmelerini artıracak düşünce ve hareketlerden uzak kalmayı isterler. Kendine güvenleri yoktur ve değişime dirençlidirler (72). Bu aşamadaki bireylerin *“kanımca değiştirmem gereken bir problem davranışa sahip değilim”, “sağlığa zararlı davranışım var ancak önemli boyutta zarar verecek bir problem değil”* ifadelerini sıkça kullandıkları belirtilmektedir (133).

Bu aşamada sigara ile ilgili olumsuzluklara yönelik bilgilendirme ve bireyin sigara içme davranışına özel durumlar hakkındaki bilinç düzeyini artırmaya yönelik yaklaşımlar yardımcı olabilir. Geleneksel sağlığı geliştirme programlarının,

düşünmeme aşamasındaki bireylerin ihtiyaçlarını karşılamadığına dikkat çekilmiştir (72,140,142).

Bu aşamadaki bireye sağlıklı davranış hakkında daha fazla bilgi verilmeli, olumsuz davranışı değiştirmenin yararları konusundaki farkındalık sağlanmalı ve olumsuz davranışlarının diğer insanlar üzerindeki etkileri hakkında düşünmeye teşvik edilmelidir (135).

Aşama 2: Düşünme

Bu aşamadaki birey davranışının sorunlu olduğunun farkındadır ve altı ay içinde sağlıklı davranışı başlatmak istemektedir. Değiştirmeyi düşündüğü davranışının yararlı ve zararlı yönlerini araştırmaya başlar (139,190). Başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçemezler. Değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular nedeniyle birey uzun yıllar bu aşamada kalabilir (135,182). Bireyin davranış değiştirmesinin yararları ve zararları arasındaki kararsızlığının, birbiriyle çelişkili duygular yaşamasına ve uzun yıllar düşünme aşamasında kalmasına neden olduğu belirtilmektedir. Bireyin sigarayı bırakmak için bir zaman belirleme eğilimi yoktur. Böylece bu aşama kronik düşünme, davranış değişimini geciktirme olarak nitelendirilmektedir. Bu aşamadaki kronik düşünenler, eyleme geçmek için küçük bir adım atmaya teşvik edilmelidir. Motivasyonunu artırıcı görüşmeler yararlı olabilir (103,126).

Problemli davranışın çözümünün yararlarının ve zararlarının düşünülmesi, düşünme aşamasının önemli yönlerinden biridir. Yinede problemli davranışın yararlarını daha çok düşünürler. Değişim için yetersiz çaba ve enerji harcarlar. Düşünme aşamasındakiler, düşünmeme aşamasındaki bireyler gibi hareket temelli programlar için hazır değildir (29). Bu aşamadaki bireylerin *“aslında problem oluşturacak boyutta bir sigara alışkanlığına sahip değilim”, “sağlığıma biraz zarar verecek kadar kullanıyorum ama tiryaki değilim”, “durum kontrolüm altında, ne zaman istersem sigara içmeyi bırakabilirim”* ifadelerini sık sık kullandıkları belirtilmektedir (29).

Aşama 3: Hazırlık

Bu aşamada birey bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir ve çoğunlukla daha önce başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Davranış

değişikliği için küçük adımlar atmaya başlar (139,190). Bu aşamada birey güvendikleri arkadaşlarından destek bekler ve en fazla davranış değiştirdiğinde başarısız olmaktan kaygılanır (135). Daha önceki deneyimleri başarısızlıkla sonuçlanmış hazırlık aşamasındaki bireyler sağlık eğitimi programlarına katılmak ya da davranış değişimini denemek gibi hareket planlarına sahiptirler. Bu bireyler davranış değişimini gerçekleştirmede daha etkindirler. Hazırlık aşaması, hareket aşamasının tetikleyicisi olduğundan bu evredeki bireylerin *“sağlığıma zarar veren problem davranışımı değiştirmem lazım, bu değişimi nasıl gerçekleştirebilirim?”* ifadelerinden tanındığı belirtilmektedir (29).

Aşama 4: Hareket

Bu aşamadaki birey son altı ay içinde problemleri davranışını değiştirmiş ve yeni sağlıklı davranışlar edinmeye başlamıştır (139,190). Hareket aşamasının eski davranışa yeniden geri dönüşü önlemek, kazanılan davranış pekiştirmek çabalarını gerektiren kritik bir aşama olduğu belirtilmektedir (29,104,139). Problem davranışını yok etmek için bireyler alışkanlıklarını ve çevrelerini güç ve zaman harcayarak değiştirme gayreti içindedirler. Bireyin hareket aşamasına geçmesi davranış değişimiyle eşdeğerdir. Yani birey artık eski davranışını terk etmiştir. Hareket fark edildiğinde davranış değiştirmenin başladığından söz edilebilir. Bunun yanında “hareket aşaması” DAM’ın beş aşamasından biri olduğu için, davranış değişimini tek başına tanımlayamaz (29).

Hareket aşaması, eski davranışa yeniden dönmelerin en sık yaşandığı aşamadır. Davranışa yeniden dönme %50 oranında ilk iki-üç hafta içinde olur. Sonraki iki üç ay içinde bu oran gittikçe azalır. Bundan dolayı başlangıç desteği çok önemlidir. Üç dört ay sonraki destek, davranışa yeniden dönme üzerine daha az etkilidir. Davranışa yeniden dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve pozitif davranış ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlar çok etkilidir (29). Bireye bu aşamada karşılaşılabileceği güçlüklerle nasıl mücadele edeceğini öğretmek gerekir. Bireye başarı karşısında kendisini ödüllendirmesi, sağlıksız şekilde davranmaya özendirilen insanlardan ve durumlardan kaçınması gibi geri dönüşü engellemeye yardımcı teknikler öğretilmelidir (135). Bu aşamadaki bireylerin *“diğer insanlar davranış değiştirmeyi düşünürken ben harekete geçtim, problem davranışımı bıraktım”* gibi ifadeleri kullandıkları görülür (116).

Aşama 5: Devam ettirme

Bu aşamadaki birey en az altı ay önce davranışı değiştirmiştir. Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzar. Birey bir süre yeni sağlıklı davranışı sürdürür ve relapsı önlemeye çalışır (139,190). Birey problemlili davranışı teşvik eden uyaranlardan daha az etkilenir ve değişimi devam ettirebileceklerine olan güvenleri artmıştır (104,146). Davranışa yeniden dönme riski daha düşüktür, fakat relapsı engellemek için alınan önlemlere hala dikkat edilmesi gerekir (29,116).

Bu aşama, problemlili davranışa yeniden dönmeyi önleyici, hareket aşamasında edinilen başarıları destekleyici çalışmaların ağırlık kazandığı bir aşamadır. Devam ettirme aşamasındaki bireyin davranış değişikliğini devam ettirebilme konusundaki özgüveni artmıştır ve problem davranışa yeniden dönmeyi sağlayacak risklerden daha az etkilenirler (29,116).

Devam ettirme aşamasının durağan bir aşama olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında devamlılık bir süreçtir. Buradan davranış değişiminin yok olduğu gibi bir sonuç çıkarılamaz. Bu aşamada davranış değişimiyle ortaya çıkan davranış boşluğunun yerini dolduracak yeni alternatif davranışlar edinilmesi sağlanır. En başarılı bireyler, genellikle önceden davranışa yeniden dönme ve yukarıda sözü edilen aşamalar arası geçişi ortalama üç-dört kez yaşamış olanlardır (29,116).

Davranışa yeniden dönme oranlarını ortaya koyan araştırmalarda, sigara kullanıcılarının ortalama %15'inin düşünmeme aşamasına, %85'inin de düşünme ve hazırlık aşamalarına geriledikleri görülmüştür (29,104). Yaşanılan başarısız girişimlerin daha sonra yaşanacak başarılı girişimin anahtarı olacağı vurgulanmaktadır. Yapılan hatalar bir sonraki denemeye ışık tutar. Buna rağmen değişim için çabalayan bireylerin çoğu düşünmeme ve düşünme aşamalarında gidip gelmektedirler (29). Devam ettirme aşamasındaki bireylerin *“bana yardım ve destek verecek insanlara ihtiyacım var çünkü değişimleri henüz yeni başardım”*, *“problemlili davranışima tekrar geri dönmek için çaba gösteriyorum”* türündeki ifadeleri daha fazla kullandıkları görülmüştür (116).

2.6.2 Karar Alma (Decisional Balance)

DAM içerisindeki bir başka değişken ise 1977'de Janis ve Mann tarafından geliştirilen karar dengesi ya da davranış değişiminin yararlarına (pros) ve zararlarına (cons) verilen önemdir (103).

Karar Alma Kuramı yeni bir davranışın algılanan yararlarının ve zararlarının kıyaslanması üzerine temellendirilir (160). Kararsal denge; değişimin yararları ve zararları, değişme ya da değişmeme için bireysel sebeplerin etki ve önemini tanımlar. Değişimin yararlarının ve zararlarının değişim aşamalarıyla önemli bir derecede ilişkisi vardır. Bunlar, DAM'ın karar verme bileşenleridir (29,124,145).

Bireysel kararlar, değişimin bir aşamasından bir sonrakine taşınması için sağlık davranışına uyumun yararlarına ve zararlarına dayalıdır. Yararlar, davranış değişiminin pozitif yüzü veya değişimin faydalarıdır (değişme sebepleri). Buna karşılık zararlar davranış değişiminin negatif yüzünü yani değişim engellerini kapsar (değişmeme sebepleri) (29,124,145).

Sağlık davranışının kârları erken aşamalarda düşüktür ve değişimin aşamaları boyunca azalır. Yararlar ve zararlar özellikle değişimin erken aşamalarında bireylere girişim yapıldığı zaman faydalıdır. Kararsal denge, bir bireyin kararını düşünmeme aşamasının dışına taşımak için mükemmel bir göstergedir (29,146).

Hareket ve devam ettirme aşamasındaki kişiler bir davranışın, olumlu özelliklerini ya da yararlarını ön plana çıkarma eğilimindeyken, düşünmeme ve düşünme aşamasındakiler ise davranışın yararlarından çok zararlarını ön plana çıkarma eğilimindedirler. Hazırlık aşamasındaki bireyler ise, davranışın yararlarının ve zararlarının dengede olduğu davranış eğilimi göstermektedir (29,50,160).

2.6.3 Öz Yeterlik (Self-Efficacy)

Magil (1993) öz yeterliği, *“bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı ve yargısı”* olarak tanımlarken (96); Bandura (1982) *“bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı”* olarak tanımlamaktadır (17).

DAM'da, davranış değişimi ile öz yeterlik arasındaki ilişki ortaya konulmuş ve modele eklenmiştir. Prochaska, Redding ve Evers (1997) öz yeterliği iki parçaya ayırmıştır (137):

1. Kendine güven, öz yeterliğin içerisindeki ana yapı, kişilerin yüksek risk taşıyan durumlarda sağlıklı ya da yüksek risk taşıyan davranışlarına dönmeden, durum ile baş etmelerini sağlayan öz yeterlidir. Bu yapı, Bandura'nın (1982) Öz Yeterlik teorisinden adapte edilmiştir (17).

2. Teşvik, kişinin zorlu bir durum içerisindeyken eski alışkanlığı sergileme isteğinin yoğunluğunu tanımlamaktadır. Öz yeterlik ve teşvik eden faktörlerin ölçümleri, eski alışkanlığa yeniden dönmeyi belirtenleri ortaya çıkarır (120).

Bandura (1995), öz yeterlik ile insan davranışı arasındaki ilişkiyi; “...öz yeterliği düşük olan insanlar stres ve depresyona kolayca girebilirler. Öz yeterliği yüksek olan insanlar ise zorlu işleri uzak durulması gereken tehditler olarak algılamayıp uzmanlaşılması gereken alanlar olarak görür, zorluklar karşısında çabalarını artırır ve korurlar” şeklinde açıklamıştır (18).

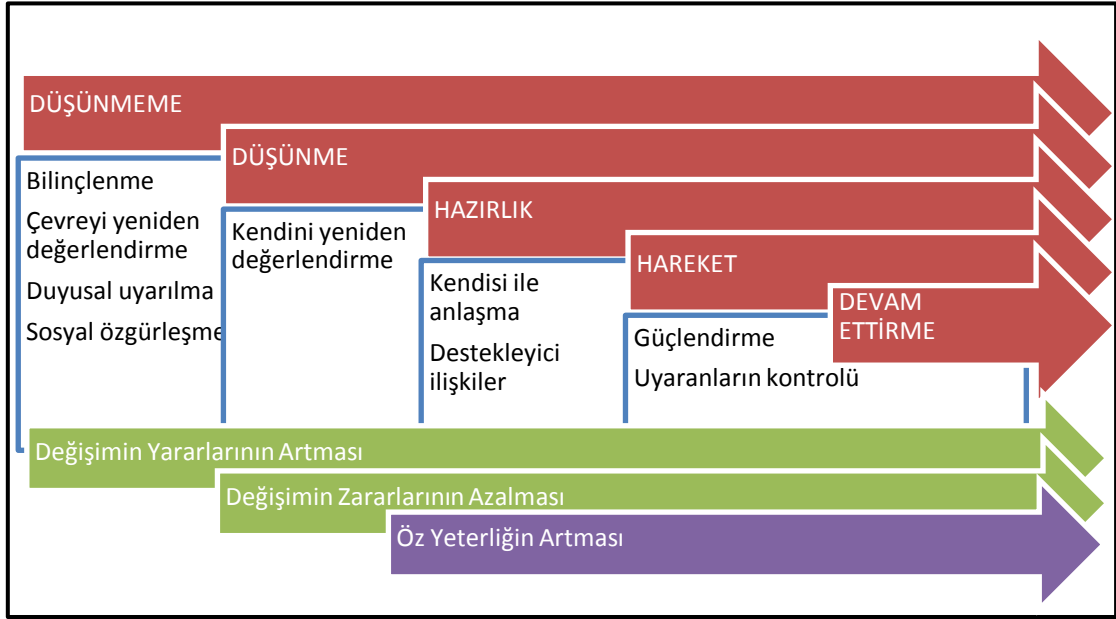
Öz yeterlik ile değişim aşamaları arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmektedir (106). Bireylerin öz yeterlik durumları en fazla hareket ve devam ettirme aşamasında yükselir. Kişiler davranış değişikliği sürecine kendilerini yeterince hazırlamadıkları zaman relaps riski artmaktadır. Bu nedenle değiştirilen davranış devam ettirmek çok daha zordur. Davranış devam ettirme başarısı, kişilerin öz yeterlik algısıyla ilgilidir (104).

Sigaranın bırakılması üzerinde önemli düzeyde bir etkiye sahip olan öz yeterlik inançları sigarayı bırakanlarda, bırakıp yeniden başlayanlara oranla daha yüksektir (30,156). Sigaraya yeniden başlama üzerinde pek çok değişkenin etkisi vardır. Öz yeterlik inançları da bunlardan biridir ve davranış değişiminde oldukça etkilidir (29,146,182).

2.6.4 Değişim Süreci / Davranış Değiştirme Yöntemleri (Processes of Change)

Davranış değiştirme yöntemleri problem davranışları değiştirmek için bireylerin kullandığı teknikleri tanımlar. Değişim yöntemleri, çoğu değişim aşamaları yapılarıyla uyum içindedir (29).

Davranış değiştirme yöntemlerinin her birisi değişimin aşamalarıyla ilişkilidir. Yöntem kullanımı düşünme aşamasında en azdır, orta aşamalara (düşünme ve hazırlık) doğru artar ve hareket aşamasında en fazladır. Son aşama olan devam ettirme aşamasında giderek azalır (93) (Bkz. Şekil 2.2).



Şekil 2.2 Değişim Aşamaları Modelinde Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma, Öz Yeterlik ve Değişim Aşamalarının İlişkisi.

Kaynak: Stages by Processes of Change. http://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model. Erişim: 02.05.2012.

Davranış değişimi; beşi bilişsel, beşi davranışsal olmak üzere on yöntem kullanılarak gerçekleştirilir. Bu yöntemler (29,146,151,182):

Bilişsel Yöntemler

1. *Bilinçlenme*: Bireyler kendilerinde bulunan mevcut davranışın olumsuz taraflarının farkına varmaya ve bu olumsuzlukları kabul etmeye başlamışlardır.

2. *Duyusal uyarılma*: Problem davranışla ilgili paylaşım söz konusudur ve bu bireyi duyusal olarak uyararak harekete geçirir. Birey paylaşarak ya da aldığı çevresel uyarıların etkisi ile rahatlama ya da rahatsızlık hisseder.

3. *Kendini yeniden değerlendirme*: Birey, bilişsel olarak kendisini ve sağlıklı davranışını yeniden değerlendirir. Hayal gücünü kullanma, değerlerini tartma, sağlıklı rol modelleri ve benzetmeler yeniden değerlendirmenin yöntemleridir.

4. *Çevreyi yeniden değerlendirme*: Birey kendi olumsuz davranışının çevreyi nasıl etkilediği üzerinde düşünmeye başlar.

5. *Kendisiyle anlaşıma*: Bireyin sağlıklı davranışı ile baş edebilmesi ve bu konuda kendisine güven duyması, bireysel özgürleşmenin göstergesidir.

Davranışsal Yöntemler

6. Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayan, destek sunan ve kabul edici ilişkileri içerir. Sosyal sistemde yer alan birincil kişiler en önemli destek kaynağıdır.

7. Karşıt koşullanma - yerine koyma: Birey sağlıklı davranışı yerine koyacağı sağlıklı davranışa odaklanır.

8. Güçlendirme (ödüllendirme): Kişi sağlıklı davranıştan uzak kaldığı zamanlar için kendisine ödül vererek tekrar güçlenebilir.

9. Uyarıların kontrolü: Uyarı kontrolü sağlıklı davranışı yenisiyle değiştirip, eski davranışa geri dönme riskini önleme anlamına gelir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, destek gruplarına katılma gibi etkinlikler uyarı kontrolünü sağlamaya yaramaktadır.

10. Sosyal özgürleşme: Bağımlı davranıştan kurtulmak, kişiyi sosyal baskıdan kurtararak özgürleştirir.

Değişim aşamaları ile değişim yöntemleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, değişimin başlangıç dönemlerinde daha çok bilişsel yöntemler kullanılırken, hazırlık, hareket ve devam ettirme gibi ilerleyen aşamalarında davranışsal yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir (91,104).

2.7 DAM'ın Hemşirelikte Kullanımı

DAM davranış değişimi için bireyin kullandığı yöntemleri, değişim konusunda kendisine olan güvenini ve karar alma algısını ölçen hassas ölçüm araçları içermektedir (29,146). DAM'ın üstün olan yönleri vardır. Bunlardan ilki, davranış değişiminin sonuçtan çok bir süreç olduğunu savunmasıdır. Diğeri, hem araştırma ve hem de müdahale gelişimi için önemli araçlar sağlamasıdır (139,143).

Diğer davranış değişikliği hedefleyen modellerde problem davranışa yeniden dönme oranı daha yüksektir. Çünkü bireylerin her an değişime hazır oldukları düşünülür veya hazır oluşluk düzeylerine dikkat edilmemektedir. Hareket merkezli olan bu geleneksel girişimlerde yalnızca sonuç ölçümü kullanıldığı için kat edilen ilerlemeler fark edilemez (181).

DAM sağlığı geliştirme programları ve olumsuz davranışları değiştirme girişimlerinde kullanıldığı zaman hemşirelik bilgi, deneyim ve aktivitelerinin artmasını sağlar (182). Sağlık risklerini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi

davranışları kazandırmak sağlık personellerinin en temel işlevleri arasındadır. Hemşireler, sağlık risk davranışlarının tanınması ve davranış değiştirmeye yönelik uygun girişimlerin planlanarak uygulanmasında, önemli rollere sahiptir. Bu özellikleri ile farklı davranış değişimi aşamasında olan bireyleri tanımlamak, bireye özel hemşirelik girişimlerini planlamak, uygulanan girişimlerin etkisini değerlendirmek ve yeni girişimler planlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir (50). Bu nedenle hemşirelerin bireye en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmak için çaba harcamaları gerekmektedir.

DAM değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin uygulanmasına yardımcı olmaktadır (50). DAM, sağlığı koruma ve geliştirme perspektifine uygun, maliyet açısından etkin bir model olduğu için, ebe ve hemşireler için uygun olduğu belirtilmektedir (91). Bu nedenle çalışmamızda, DAM'a dayalı görüşmelerin yapılmasına karar verilmiştir.

Bu çalışmada değişimin aşamalarına odaklı görüşmelerle, davranış değişikliği oluşturma yaklaşımı kullanılmıştır. Görüşmeler sırasında bireyin motivasyon kaynakları ve değişme potansiyeli kendilerine fark ettirilerek, değişim aşamalı bir süreç olarak ele alınmış ve değişimin adımlar boyunca ilerlemesi hedeflenmiştir. Bu çalışma ile kadınların öz yeterlikleri artırılarak sigara içme davranışı üzerinde kontrol sağlamaları ve son hedef olarak sigarayı bırakmaları amaçlanmıştır.

Yapılan literatür taraması sonucunda hemşirelik alanında ülkemizde gebelere, adolesanlara ve hemşirelere yönelik sigarayı bırakma konusunda davranış değişikliği geliştirmeyi amaçlayan dört adet çalışmaya rastlanmıştır (48,49,78,80). Yapılan bu çalışmalarda farklı gruplarda yönelik sigara bıraktırma çalışmalarının yapılması önerilmiştir. Bu nedenle çalışma sigara içen kadınlar üzerinde yapılmış ve konu ile ilgili bir gereksinim karşılanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş olan DAM ölçekleri Türkçe'ye uyarlanarak ülkemiz literatürüne kazandırılmış; eğitim kitapçığı olarak kullanılan Sigara Bırakma Rehberi ayrı bir kitap olarak basılarak (*Değişim Aşamaları Modeli ve Aşamalara Göre Hazırlanmış Sigara Bırakma Rehberi*) hem sigarayı bırakmak isteyen bireylerin hem de onlara yardımcı olacak tüm sağlık personelinin hizmetine sunulmuştur.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş DAM ölçeklerinin (Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği, Öz Yeterlik Ölçeği, Karar Alma Ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması yönüyle metodolojik, yetişkin kadınlara DAM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisinin belirlenmesi yönüyle müdahale araştırmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, araştırmacının ikamet etmesi nedeniyle Konya'nın Akşehir ilçesinde yürütülmüştür. Akşehir Konya'nın ikinci büyük ilçesi olup, toplam nüfusu 94.886 (46.524 erkek, 48.362 kadın), 20-49 yaş arası yetişkin kadın nüfusu ise 20.248'dir (2011 Aralık) (172).

Araştırmanın verileri Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde birinci basamak sağlık hizmeti veren ve 15-49 yaş kadın izlemi yapan yedi aile sağlığı merkezinden toplanmıştır. Bu kurumların seçiminde, farklı eğitim düzeyi ve sosyo-kültürel özellikteki bireylere hizmet vermeleri dikkate alınmıştır. Bu merkezlerde toplam 20 hekim ve 20 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. 15-49 yaş arası kadınlara yönelik tıbbi ve obstetrik öykü alma, fizik muayene, yaşam bulgularının takibi, idrar tahlili, hemoglobin hemotokrit (Hb-Hct) ölçümü, kan grubu tayini, varis muayenesi, meme muayenesi, cinsel yolla bulaşan hastalık sorgulama, Pap Smear (The Papanicolaou test), aile planlaması danışmanlığı ve risk tespiti gibi hizmetler yürütülmektedir. Merkezlerde kullanılan 15-49 yaş kadın izlem formlarında sigara içme davranışı 12 tespit koduyla risk olarak kabul edilmektedir (162). Sigaranın zararlı olduğu konusunda aile sağlığı elemanı tarafından kadınlar bilgilendirilmekte ancak sigarayı bırakma konusunda rutin ve standart bir eğitim yapılmamaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı ve Aile Sağlığı Merkezleri ile yapılan görüşmelerde sigara içenlerin durumlarını gizlemeleri veya günde birkaç sigara içmenin sigara bağımlılığı olarak görülmemesi gibi nedenlerle kayıtlardan sigara içenlerin sayısına yönelik sağlıklı veri elde edilememiştir. Bu nedenle çalışmanın evreni kesin olarak saptanamamıştır.

Çalışmaya alınan bireylerin tümü sigara içenlerden oluşmuştur. WHO tarafından her gün en az bir adet sigara içtiğini ifade eden bireylerin, "sigara içicisi" olarak kabul edildiği bildirilmektedir (165).

Araştırma iki aşamadan oluştuğu için iki farklı örnekleme çalışma gerçekleştirilmiştir.

DAM Ölçeklerinin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması Örnekleme:

Psikolinguistik uyarlama sonrasında psikometrik uyarlama için yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sürecinde öncelikle örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede literatürde farklı bilgiler bulunmaktadır. Bir kaynakta (159) ölçekteki madde sayısının üç katı olması gerektiği belirtilirken başka kaynaklarda (28,89,105) madde sayısının beş katı olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bilgilere dayanarak örneklem sayısını belirlemede madde sayısı en fazla olan Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği'nin madde sayısı (30 madde) dikkate alınmış ve çalışmada kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak, madde sayısının altı katı olan 185 yetişkin bireye ulaşılmıştır. Literatürde, güvenirliği ölçmede birinci ölçüme katılanların tümünün tekrar yapılacak olan ölçüme katılması gerekli görülmemektedir. Güvenirlik ölçümü için ilk teste (ölçüme) katılanların %25-50'sinin ikinci ölçüme (tekrar test) katılmasının yeterli olduğu belirtilmektedir (3). Bu nedenle iki-dört hafta sonra örneklemin içinden rastgele seçilen 50 kişinin tekrar test ölçümleri yapılmıştır.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması için örneklem seçim kriterleri;

- a. Sigara içme,
- b. Okuma yazma bilme,
- c. 18 yaşından büyük olma (ölçeklerin yetişkinler için geliştirilmiş olması nedeniyle),
- d. Akşehir'de ikamet etme olarak belirlenmiştir.

Müdahale Çalışması Örnekleme: Bu aşamada geçerliği ve güvenirliği yapılmış olan DAM ölçekleri ölçme aracı olarak kullanılmış ve yetişkin kadınlara DAM'a dayalı verilen eğitimlerin sigarayı bırakmaya olan etkisi değerlendirilmiştir. Bu amaçla randomize kontrollü çalışma düzeni seçilmiştir.

Örneklem seçimi için power analizi yapılmıştır. Müdahale grubunda (eğitim verilen grupta) %33'lük (49), kontrol grubunda rastgele %5'lik sigara bırakma oranı

beklenerek; 0.90 güçle, örneklem sayısının her bir grup için en az 36 kadın (toplam 72) olması gerektiği belirlenmiştir.

Müdahale çalışması için örneklem seçim kriterleri:

- a. Sigara içme (düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında olma),
- b. Okuma yazma bilme,
- c. 20-49 yaş arasında olma,
- d. Gebelik, emzirme ve postmenopozal dönemde olmama (özel bir grup olmaları nedeniyle eğitim içeriği farklı olması gerektiğinden araştırma dışında bırakılmıştır),
- e. Başka bir sigara bırakma programında yer almama,
- f. Akşehir’de ikamet etme olarak belirlenmiştir.

Müdahale ve kontrol grupları rastgele örnekleme yöntemi ile ayrılmıştır. Eşit katılımın olmasını sağlamak amacıyla gruplar;

- Her yaş grubundan (20-29 yaşlar arası, 30-39 yaşlar arası, 40-49 yaşlar arası) ve
- Her değişim aşamasından (düşünmeme, düşünme, hazırlık) eşit katılım olacak şekilde her bir grup 40 kadından oluşturulmuştur.

Müdahale grubundan iki (gebelik ve eğitimi reddetme), kontrol grubunda bir kadın (Akşehir dışına taşınma) ilk görüşmeden sonra çalışmadan çıkarılmış ve çalışma 77 kadınla yürütülmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler,

- Tanıtım formu (Bkz. Ek 1) ve
- DAM yapısını tanımlayan ve sigara içen yetişkinler için hazırlanmış ölçekler:
 - Değişim Aşamaları Ölçeği (DAÖ)
 - Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği (DDYÖ)
 - Öz Yeterlik Ölçeği (ÖYÖ)
 - Karar Alma Ölçeği (KAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1 Tanıtım Formu

Kadının sosyodemografik, obstetrik ve sigara içme öyküsünün ele alındığı bir formdur. Araştırmacı tarafından literatürden (13,80) yararlanılarak geliştirilmiş olup, 14 sorudan oluşmaktadır (Bkz Ek 1). Alanında uzman üç öğretim elemanının¹ görüşleri alınarak formun kapsam geçerliği yapılmıştır. Formun ön uygulaması 10-22 Nisan 2012 tarihleri arasında araştırma kapsamı dışında tutulan 10 kişi üzerinde yürütülmüş ve forma son şekli verilmiştir.

3.4.2 DAM Ölçekleri

Ölçeklerin bu çalışmadaki geçerlik ve güvenirlik sonuçları Bulgular bölümünde, Cronbach Alpha değerleri Tablo 4.10'da verilmiştir.

Değişim Aşamaları Ölçeği

Ölçek Prochaska ve DiClemente tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (61). DAÖ problemlili davranışını değiştirmeye çabalayan bireylerin geçtiği değişim aşamalarını belirtir. Ölçek likert tipinde olmayıp, bireylerin o andaki sigara içme durumlarını veya bırakmayı düşünme aşamalarını tanımlayan beş aşamalı bir algoritmadır (43,180). Bu beş aşama: *Düşünmeme*: Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir. *Düşünme*: Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir. Fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir. *Hazırlık*: Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir. *Hareket*: Birey sigarayı bırakmışlığında altı ayı doldurmamıştır. *Devam ettirme*: Birey altı aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Ölçek, bireylerin bir sonraki aşamaya geçmeleri için gerekli olan uygulamalara rehberlik yapar. Ölçekte puanlama yoktur. “*Sigarayı içmeyi bıraktınız mı?*” sorusuna bireyin verdiği cevaplara göre değişim aşaması belirlenir (43). Bireyin “*Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünmüyorum*” cevabı **düşünmeme**, “*6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum*” cevabı **düşünme**, “*30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum*” cevabı **hazırlık**, “*6 aydan daha kısa bir süre*

¹Prof. Dr. Said Bodur, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD.
Doç. Dr. Yeter KİTİŞ, Gazi Üni. Sağlık Bil. Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Doç. Dr. Emel EGE, Selçuk Üni.Sağlık Bil.Fak. Doğum ve Kadın Hast.Hemş. ABD.

önce bıraktım” cevabı **hareket**, “6 aydan daha uzun bir süre önce bıraktım” cevabı **devam ettirme** aşamasında olduğunu göstermektedir

Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği

Bu ölçek 1988 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireyin davranış değişim aşamalarında hangi yöntemleri kullandığını ortaya koyan ve DAM’ın bağımsız değişken boyutunu oluşturan temel yapılarıdır. Ölçek, değişimi gerçekleştirmeye çalışan bireylere yardım ve cesaret veren duygu, algı, kişilerarası ilişkiler gibi temel bileşenleri belirler. Orijinal ölçek on altı boyuttan oluşmakta ve her boyut üç madde içermekte ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır (122,141): *Bilinçlenme* (4,14,22), *Duyusal Uyarılma* (1,20,27), *Çevreyi Yeniden Değerlendirme* (8,16,28), *Sosyal Özgürleşme* (5,10,21), *Kendini Yeniden Değerlendirme* (6,19,29), *Kendisi İle Anlaşma* (9,15,30), *Destekleyici İlişkiler* (7,18,23), *Karşıt Koşullanma* (3,13,25), *Güçlendirme* (2,12,24), *Uyaranların kontrolü* (11,17,26). Hooepner ve arkadaşları tarafından (2006) ölçeğin alt gruplarında alfa değerleri 0.60 ile 0.83 arasında bulunmuştur (171). Ölçek her bir maddesi 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her madde için 1 "hiç", 2 "nadiren", 3 "ara sıra", 4 "sıklıkla", 5 "çok sık" cevap seçeneklerinden birinin işaretlenmesi gerekir. Ölçeğin her alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 15, en düşük puan 3’tür. DDYÖ ölçeğinin alt boyutlarından alınan yüksek puan, davranış değişimindeki kullandığı yöntemler hakkında bilgi verir (131).

Öz Yeterlik Ölçeği

Velicer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (179). Bandura’nın Öz Yeterlik kuramından uyarlanmıştır (29). Anatchkova ve arkadaşları tarafından (2007) ölçeğin alfa değeri 0.90 olarak belirlenmiştir (8). Öz yeterlik, bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancı olarak tanımlanır. Öz yeterlik inançları sigarayı bırakma ya da yeniden başlama üzerinde etkili olan bir değişkendir (179). Alt boyutu olmayan ÖYÖ, 8 maddeli, 1’den 5’e kadar puanlanmış likert tipi bir ölçektir. Sigara içme isteği uyandıran durumlara karşı bireyin içmeden ne kadar durabileceğine dair kendine ne kadar güvendiğini gösterir. Her madde için 1 “hiç güvenmem”, 2 “az güvenirim”, 3 “güvenirim”, 4 “çok güvenirim”, 5 “aşırı derecede güvenirim” seçeneklerinin

işaretlenmesi ile alınan en yüksek puan 40, en düşük puan 8'dir. ÖYÖ'den yüksek puan alınması, bireyin teşvik eden durumlarda dahi sigara içmeden durabilme gücünü ve davranışını değiştirme başarısını gösterir (122,179).

Karar Alma Ölçeği

Karar Alma Ölçeği, Velicer ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş (178), Plummer ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmıştır (120). Ölçeğin *a* değerleri 0.79 ile 0.88 arasında bulunmuştur. KAÖ problemlili davranışı değiştirmenin yararlarını ve değişimin zararlarını açıklar (178). KAÖ'nün altışar maddeden oluşan iki alt boyutu vardır: *Yararlar* (1,3,5,7,9,11), *Zararlar* (2,4,6,8,10,12). Ölçek 12 maddeli ve beşli likert tipi bir ölçek olup her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. Ölçekte belirtilen durumlara hitaben, "bu düşünce sizin için ne kadar önemlidir?" sorusu, 1 "hiç önemli değil", 2 "çok az önemli", 3 "orta derecede önemli", 4 "çok önemli", 5 "aşırı derecede önemli" şıklarından biri işaretlenerek cevaplandırılır. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan 6'dır. Karar alma ölçeğinin yarar alt boyutundan alınan puanların yüksekliği bireyin değişim ile ilgili kararlılığını, zarar alt boyutundan alınan yüksek puan ise bireyin problemlili davranışının zararlarının bilincinde olmadığını ve değişimi devam ettirme şansının düşük olduğunu gösterir (122,178).

3.5 Eğitim Kitapçığı (Sigara Bırakma Rehberi)

Sigarayı Bırakma Rehberi, DAM'ı geliştiren kişilerce hazırlanan, Pro-Change Behavior Systems'e ait *Roadways To Healthy Living: A Guide For Smoking Cessation* (*Sağlıklı Yaşamın Yolları: Sigarayı Bırakma Rehberi*) isimli eğitim kitapçığı temel alınarak ve farklı kaynaklarla zenginleştirilerek yeniden hazırlanmıştır. Orijinal eğitim kitapçığı temini için Pro-Change Behavior Systems web sitesinden yetkililer ile elektronik posta yoluyla iletişime geçilmiş (Bkz. Ek 9) ve kitapçık yetkili kurumdan posta yoluyla araştırmacıya gönderilmiştir.

Rehber, farklı aşamadaki bireylerin farklı ihtiyaçları olacağı dikkate alınarak hazırlanmıştır. Beş değişim aşaması ile bireylere ayrı ayrı stratejiler sunmaktadır. Bireyin değişim aşaması Değişim Aşamaları Ölçeği ile belirlendikten sonra, saptanan aşamaya uygun olarak hazırlanmış bölümden değişime başlanabilmesine yönelik

adımlar sunmaktadır. Sigara Bırakma Rehberi ayrı bir kitap olarak basılmıştır (*Değişim Aşamaları Modeli ve Aşamalara Göre Hazırlanmış Sigara Bırakma Rehberi*). Rehberdeki her bölümün amacı ve içeriği Tablo 3.1’de özetlenmiştir.

Tablo 3.1 Sigara Bırakma Rehberi’nin İçeriği

Bölüm	Amaç	İçerik
Tanıtım	Değişim Aşamaları Modelini tanıtmak ve değişim aşamaları hakkında bilgi vermek	
Düşünmeme	İkilem ve farkındalık yaratmak	•Sigaranın zararları, •Sigarayı bırakmanın yararları, •Sigara bırakma nedenleri, •Davranış değişikliğinin önerilmesi,
Düşünme	İkilemi çözmek	•Nikotin yoksunluk belirtileri ve başatme yöntemleri, •Olumlu düşünce ve davranışların desteklenmesi, •Sigarayı bırakmanın yolları, •Sigarayı bırakmanın önündeki engeller, •Stresle başatme yöntemleri ve gevşeme egzersizleri,
Hazırlık	Hareket planı oluşturmak	•Sigaraya tevik eden uyanların kontrolü, •Hareket planının oluşturulması, •Sağlıklı davranışların önerilmesi, •Sigara bırakma gününün belirlenmesi, •Sigarayı bırakmadan önce yapılması gerekenler, •Çevreden kişisel destek sağlanması,
Hareket	Eski davranışa dönmeyi engellemek	•Kendini ödüllendirmenin önemi, •Nikotin çekilme belirtileri ve başatme yöntemleri, •Sigarayı teşvik eden durumlar, •Çevre değişimi, •Relapstan kaçınma,
Devam Ettirme	Başarıyı desteklemek	•Sigarasızlığı sürdürmenin önemi, •Sigaraya tekrar başlamamanın püf noktaları, •Sağlıklı davranışlar, •Kendini ödüllendirmenin önemi,
Sıkça Sorulan Sorular	Konu ile ilgili yasal düzenleme hakkında bilgi vermek	
Bilgi Alınabilecek Kurumlar	Sigara bırakma konusunda ülke genelinde yardım alınabilecek kurumlar hakkında bilgi vermek	

3.6 Araştırmanın Uygulaması

Çalışma iki aşamada yürütülmüştür.

3.6.1 DAM Ölçeklerinin Dil Uyarlama Çalışması

Ölçek uyarlama çalışması, psikolinguistik (dil uyarlaması) ve psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik – güvenirlik çalışması) olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır (2).

DAM Ölçeklerinin Psikolinguistik Özellikleri

DAM Ölçeklerinin dil uyarlama çalışması 08 Mart 2012 – 22 Nisan 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmaya başlamadan önce orjinal ölçekleri ve kullanım izinlerini almak üzere Pro-Change Behavior Systems ile iletişime geçilmiştir. Pro-Change Behavior Systems, sağlık riski olan davranışları azaltmayı amaçlayan, sağlığı geliştirmek için tasarlanmış ödüllü programları uygulayan ve davranış değişimini teşvik eden uluslararası düzeyde tanınmış bir kurumdur. Pro-Change Behavior Systems'in kurucusu DAM'ı geliştiren kişilerden biri olan James O. Prochaska, halen Rhode Island Üniversitesi'nde Psikoloji Profesörü ve Kanser Önleme Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Ölçeklerin temini için kurumun yetkilileri ile web sayfası üzerinden (www.prochange.com) elektronik posta yoluyla iletişime geçilmiş, kuruma ait “Confidentiality and Non-disclosure Formu”nun (Bkz. Ek 8) araştırmacı tarafından doldurularak ölçeklerin başka kişi ve kurumlarla paylaşılmaması şartı ile ölçekler, tekrar elektronik posta yoluyla araştırmacıya gönderilmiştir (Ölçeklerin yayınlanmasına izin verilmediği için Eklerde sunulmamıştır. Ölçeklerin kullanım izinleri için yukarıdaki adresten ölçek sahipleri ile temas kurulabilir).

Orijinal İngilizce ölçekler, anadili Türkçe olan ve İngilizceyi iyi bilen dört uzman² tarafından ayrı ayrı İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Oluşan dört farklı çeviri, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiş ve ölçeklerin her bir orijinal maddesini anlam ve içerik yönünden en iyi biçimde karşılayan tercüme belirlenmiştir. Ölçeklerin uzman görüşüne dayalı kapsam geçerlikleri (Tablo 4.3) yapıldıktan sonra Türkçe versiyonlar, ölçeklerin orijinalini görmeyen, anadili

² Yrd. Doç. Dr. Özgür Sarı, Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fak.Sosyoloji Bölümü
Project Assistant Simay Gökbayrak, Pro-Change Behavior Systems
Okutman Soykan Uysal, Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu
Öğretmen Fatoş Badaş, İngiliz Dili ve Edebiyatı Uzmanı

İngilizce olan ve Türkçeyi iyi bilen bir uzman³ tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirileri yapılmıştır. Geri çeviriler, uygunluk açısından ölçek sahiplerinin önerisine sunulmuş ve uygun olmayan ifadeler yeniden düzeltilmiştir.

Ölçeklerin hem Türkçe hem de İngilizce versiyonu oluşturulurken, orijinal formdaki madde sayısı ve madde sırası gibi tüm noktaların benzer düzende kalması sağlanmıştır.

Son olarak 10-22 Nisan 2012 tarihleri arasında ölçek maddelerinin yorumlanabilirlik, yerindelik ve açıklığını incelemek için örneklem seçim kriterlerine uyan 10 kişilik bir gruba tüm veri toplama araçlarının (Bkz. Ek 1-5) ön uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapılarak formlara son şekli verilmiştir.

DAM Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri

Geçerlik ve güvenirlik çalışması 20 Temmuz – 24 Eylül 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışma için Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı ve Akşehir Aile Sağlığı Merkezlerinden alınan bilgiler doğrultusunda kartopu örnekleme yöntemiyle örneklem seçim kriterlerine uyan kadınlara adreslerinden ulaşılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışması örneklem seçim kriterlerine uyan kartopu örnekleme yöntemiyle seçilmiş 185 yetişkin bireyle yürütülmüştür. İki-dört hafta sonra bu örneklemin içinden rastgele seçilen 50 kişinin tekrar test ölçümleri yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Ölçek uyarlama çalışmalarında, iki temel psikometrik özelliğe ilişkin bilgi aranmaktadır. Bunlar; geçerlik ve güvenirliktir (59).

1. Geçerlik Analizleri

Geçerlik, “bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir”. Bir ölçme aracının geçerliğini sınamaya yönelik birçok ölçüt bulunmakla birlikte, bunlar genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır (59): Kapsam (içerik) geçerliği, yapı geçerliği, ölçüt (kriter) geçerliği. Bu çalışmada geçerlik sınaması için uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapılmıştır.

³ Resident Director Kathryn Bourgeois, Koç University CIEE Istanbul Study Center

1.1 Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği: Intrinsic ya da domain geçerlik olarak da bilinen kapsam geçerliği, testin ölçüm amacıyla ilgisiz olan faktörlerin etkisinden arınmış olmasını ifade etmektedir. Bu işlem, ölçeğin ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (59).

DAM ölçeklerinin kapsam geçerliği için uzman görüşleri alınmıştır. Davis'e (1992) göre uzmanlar, her maddeyi "A. Uygun", "B. Biraz gözden geçirilmeli", "C. Ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "D. Uygun değil" şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte A ve B seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)" elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine, 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (40).

DAM ölçeklerinin kapsam geçerliği Davis'in tekniğine uygun olarak beş uzmanın⁴ görüşlerine sunulmuştur. Uzmanlar DAM ölçeklerinin maddelerini gözden geçirerek, ülkemiz için uygun olup olmadığını, maddelerin yeterince açık bir şekilde ifade edilip edilmediğini ve maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılabilir anlaşılamayacağını değerlendirmiştir (Tablo 4.3).

1.2 Yapı geçerliği: Ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiğini araştırma sürecidir. Ölçeğin yapısı hakkında bilgi verir (111).

Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan yaklaşımlardan biri faktör analizidir. Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi açıklayıcı ya da doğrulayıcı/hipotez destekleyici olabilir. Ölçek uyarlamalarında daha çok, uyarlanan ölçeğin faktör yapısı orijinal ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırıldığı için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (59). Bu

⁴ Prof. Dr. Şevkat B.Özvarış, Hacettepe Üniversitesi TF. Halk Sağlığı ABD.
 Prof. Dr. Füsun Terzioğlu, Hacettepe Üniversitesi. SBF. Kadın Hast. Hemş. ABD.
 Prof. Dr. Said Bodur, Balıkesir Üniversitesi TF. Halk Sağ. ABD.
 Doç. Dr. Yeter Kitiş, Gazi Üniversitesi SBF. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
 Doç. Dr. Belgin Akın, Selçuk Üniversitesi SBF. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.

çalışmada DAM ölçeklerine hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): DAM ölçeklerinin açıklayıcı faktör analizinde (exploratory factor analysis-AFA) öncelikle örneklem uygunluğu için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin sampling adequacy) ve Barlett Sphericity testleri yapılmıştır. KMO katsayısı 1'e yaklaştıkça verilerin analize uygun olduğu, 1 olmasında ise mükemmel bir uyum olduğu anlamına gelmektedir. Parametrik çoğu yöntemi kullanabilmek için ölçülen özelliğin evrende normal dağılıma sahip olması gerektiği bildirilmektedir. Barlett Sphericity testi verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini kontrol etmek için kullanılan bir testtir. Bu test sonucunda elde edilen chi-square (χ^2) test istatistiğinin anlamlı çıkması verilerin normal dağıldığını gösterir (39). Örneklemen uygunluğu test edildikten sonra DAM ölçeklerinin AFA sonuçları değerlendirilmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): DAM ölçeklerinin orijinal yapılarının korunması amacıyla açıklayıcı faktör analizinin yanı sıra doğrulayıcı faktör analizinin de (confirmatory factor analysis - DFA) yapılması gerekmektedir (178). Sınanan modeller için standardize edilmiş regresyon katsayıları ve kovaryans matrisleri kullanılmış, DFA'da uyum istatistikleri incelenmiştir. DFA sürecinde Ki-Kare uyum testi (χ^2), İyi Uyum Testi (The Goodness of Fit Index - GFI), Karşılaştırmalı Uyum Testi (The Comparative Fit Index - CFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karesi (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA) değerleri hesaplanmıştır (90). Hesaplanan χ^2/df oranının 5'ten küçük olması gerekir (21,77). GFI ve CFI değerlerinin 0.80 ile 0.90 arasında olması yapının iyi uyuma elverişli olmasını; 0.90 ve üzeri değerler ise yeterli iyi uyumu yansıtır (37). RMSEA değerinin 0.05'in altında olması verilerle iyi uyumu, 0.05-0.08 arasında olması kabul edilebilir uyumu gösterir (153).

2. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbirleriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülmek istenen belli bir değişkenin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır; aynı yöntemlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır (59). Güvenirlik ile ilgili olarak geliştirilmiş farklı yaklaşımlar bulunmaktadır.

Literatürde birçok güvenilirlik ölçütünden bahsedilmekle birlikte, bunlar temelde üç başlık altında toplanmaktadır (111): Değişmezlik, iç tutarlılık, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum.

Herhangi bir ölçek uyarlama çalışmasında bunlardan hangisinin kullanılması gerektiğine kolayca verilen bir yanıt yoktur. Birçok araştırmacı bir çalışmada birden fazla güvenilirlik sınaması yapmaktadır (59). Bu çalışmada güvenilirlik sınaması için iç tutarlılık ve değişmezlik analizleri yapılmıştır. Değişmezlik analizinde test-tekrar test güvenilirliğine bakılmış; madde-toplam korelasyon katsayısı, korelasyon katsayısı (r) ve bağımlı gruplarda t testi (Paired Samples Test) kullanılmıştır. İç tutarlılık analizi için testi yarılama yöntemi (Spearman-Brown katsayısı) ve Cronbach's Alpha (α) güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır.

2.1 Madde toplam puan korelasyonu: Ölçek maddeleri ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklayan madde toplam puan korelasyonu, pozitif yönde ve yüksek değerde ise testin iç tutarlılığı yüksek demektir (163).

Madde toplam puan korelasyon katsayısı ile ilgili olarak Karasar (1995) “0.50’den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulmalı” (163), Gözümlü ve Aksayan ise “uygulamada çoğu araştırmacı 0.20 alt seviyesini kullanmaktadır” derler (59).

2.2 Korelasyon katsayısı: Güvenirlik katsayısının kestiriminde kullanılan test – tekrar test yöntemi, ölçme aracının aynı bireylere belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanması esasına dayanır. Bu uygulama sonrasında, iki testten elde edilen skorlar arasındaki korelasyon katsayısına bakılır. Korelasyon katsayısı (r), +1’e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir. Araştırmacıların çoğu için korelasyon katsayısı 0.70 ve üzerinde doyurucu olmaktadır (59).

2.3 Test – tekrar test toplam puan ortalamaları (t testi): Literatürde, test - tekrar test skorları arasındaki korelasyon katsayısının doyurucu olması halinde bile, her iki ölçümün ortalama ve standart sapma değerlerinin birbirine yakın olması gerektiği belirtilmektedir (118). Ayrıca literatürde bilgi, tutum, ruh hali ve fiziksel durum gibi özelliklerin iki ölçüm arasında herhangi bir nedenle değişebileceği ve bu

sakıncaları giderebilmek için *Testi Yarılama Yöntemi (Split Half Reliability)* ile elde edilen *Spearman-Brown güvenirlik katsayısına* bakılması önerilmektedir (111).

2.4 Testi yarılama yöntemi (Spearman-Brown katsayısı): Bu yöntemde test iki eşdeğer yarıya bölünerek, her iki yarıdaki maddelerin toplamından oluşan iki değişken arasındaki güvenirlik katsayısı bulunmaktadır. Eğer bir ölçek mükemmel derecede güvenilir ise her iki yarıdaki maddelerin toplamından elde edilen iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 1 ya da 1'e çok yakın olacaktır (3).

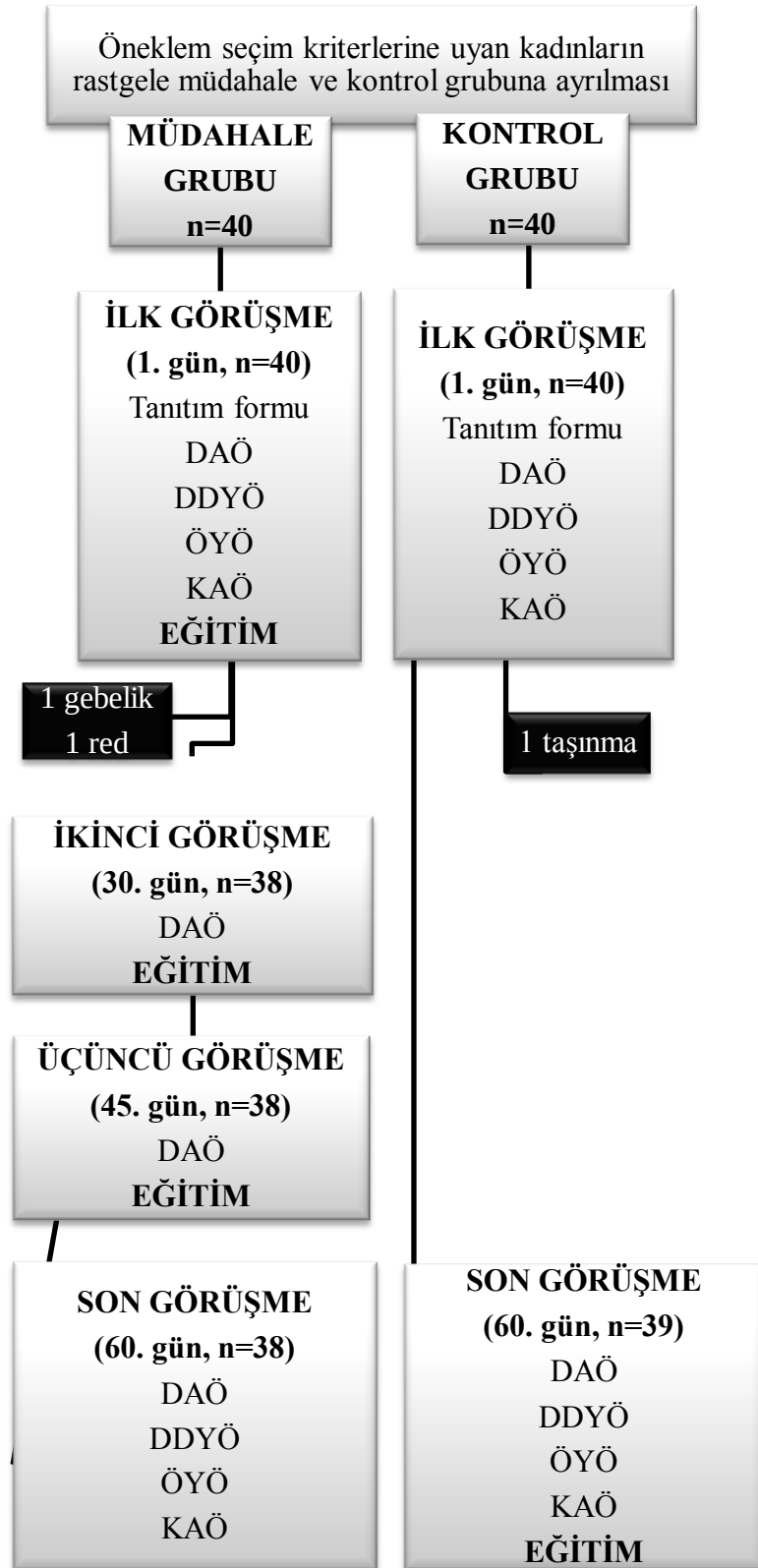
2.5 Cronbach's Alpha (α) güvenirlik katsayısı: Bir testin Cronbach's alpha (α) katsayısı 0.80 - 1.00 arasında ise o test yüksek güvenilir, 0.60 - 0.80 arasında ise oldukça güvenilir, 0.40 - 0.60 arasında ise güvenirlik düşüktür, 0.00 - 0.40 arasında ise test güvenilir değildir (3).

3.6.2 Müdahale Çalışması

Bu çalışma 5 Kasım 2012 - 12 Ocak 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Çalışmanın bu aşamasında geçerliği ve güvenirliği ispatlanmış DAM ölçekleri ölçme aracı olarak kullanılmış ve yetişkin kadınlara DAM'a dayalı verilen eğitimlerin sigarayı bırakmaya olan etkisi değerlendirilmiştir. Bu amaçla randomize kontrollü çalışma düzeni seçilmiştir. Örneklem seçimi için power analizi yapılmış ve örneklem sayısının her bir grup için en az 36 kadın (toplam 72) olması gerektiği belirlenmiştir. Gruplardan ayrılmanın olabileceği düşüncesiyle her bir gruba 40 kadın (toplam 80) alınmıştır. Müdahale ve kontrol grupları tesadüfi olarak seçilmiştir. Gruplar oluşturulurken Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı ve Akşehir Aile Sağlığı Merkezlerinden kartopu örnekleme yöntemiyle örneklem seçim kriterlerine uyan kadınların adreslerine ve telefon numaralarına ulaşılarak çalışmaya davet edilmiş ve bu süreç yeterli örneklem sayısına ulaşılan kadar devam etmiştir. Kadınlara yapılan görüşme sonunda araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması sırasında araştırmanın akış şemasında gösterildiği şekilde (Şekil 3.1) müdahale grubundan iki kadın gebelik ve eğitimi reddetme nedeniyle; kontrol grubundan ise bir kadın Akşehir dışına taşınması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Dolayısıyla çalışma müdahale grubu 38, kontrol grubu 39 olmak üzere toplam 77 sigara içen kadınla tamamlanmıştır.



Şekil 3.1 Araştırmanın Akış Şeması.

Tablo 3.2 Müdahale ve Kontrol Gruplarının Yaş Gruplarına ve Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre İçinde Bulundukları Değişim Aşamaları.

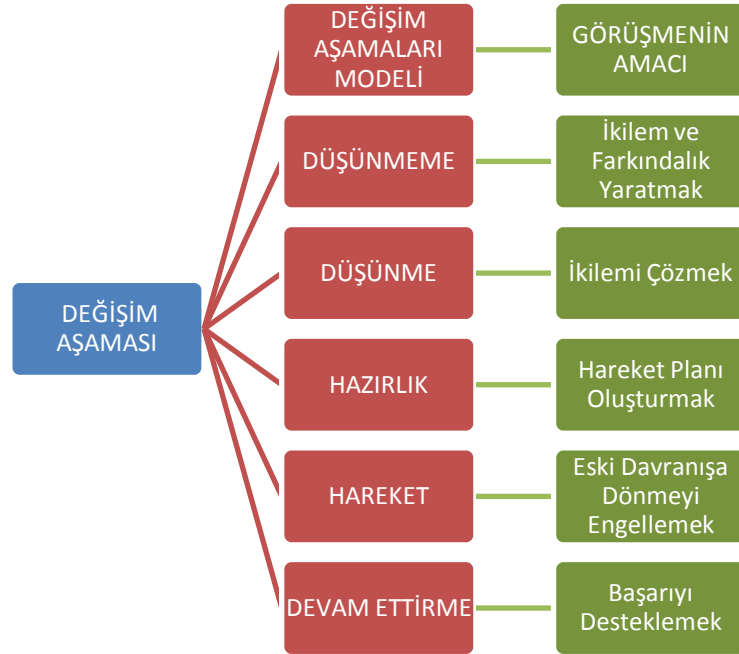
	Müdahale	Kontrol
	n=40	n=40
Yaş		
20-29	13	13
30-39	14	15
40-49	13	12
Değişim aşaması		
Düşünmeme	14	15
Düşünme	14	14
Hazırlık	12	11

Müdahale ve kontrol gruplarının benzer özellikler taşımasını sağlamak amacıyla, araştırma kapsamına alınan kadınlar yaşlarına ve içinde bulundukları DAM aşamalarına göre gruplandırılmıştır (Tablo 3.2). Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalamaları 33.2 ± 7.9 , kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamaları ise 33.7 ± 7.7 bulunmuştur.

Müdahale grubuna dört kez görüşme yapılmıştır. İlk üç görüşmede sigara bırakma eğitimi verilmek üzere toplam dört kez görüşme yapılmıştır. Birinci görüşmeden bir ay sonra (30. gün) ikinci görüşme yapılmıştır. Eğitimin etkinliğinin artırılması için Tez İzlem Jüri Üyelerinin önerileriyle üçüncü ve dördüncü görüşmelerin aralıkları 15 güne düşürülmüş ve böylece ikinci görüşmeden 15 gün sonra üçüncü görüşme (45. gün), üçüncü görüşmeden 15 gün sonra da dördüncü görüşme (60. gün) gerçekleştirilmiştir. İlk üç görüşmedeki eğitim oturumları ortalama 45-60 dakika, son görüşme ise ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1’de, müdahale grubunun görüşme planı Şekil 3.2’de ve eğitimin içeriği ayrıntılı şekilde Ek 3-4’de verilmiştir.

Eğitimler için Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı ve Akşehir Devlet Hastanesi yöneticileri ile yapılan görüşmeler sonucunda uygun eğitim ortamları hazırlanmıştır. Bu ortamlar hazırlanırken; dış uyaranlara kapalı, aydınlık ve aynı anda başka amaçlar için kullanılmayan ortamların olmasına dikkat edilmiştir. Kadınların ulaşım kolaylığı dikkate alınarak 2., 3. ve 7. Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki kadınlarla Akşehir Devlet Hastanesi’nde; 1., 5. ve

6. Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki kadınlarla Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı'nda; 4. Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki kadınlarla ise Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu'nda eğitim verilmiştir. Her görüşmeden önce kadınlarla yapılan telefon görüşmesi ile oturumun yeri ve zamanı kararlaştırılmıştır.



Şekil 3.2 Müdahale Grubu İçin Değişim Aşamaları Modeline Göre Görüşme Planı *

* Çalışmanın süresi sigarayı bırakan kadınların devam ettirme aşamasına ulaşmasına izin vermemesine rağmen, modelin bütünlüğünün korunması açısından devam ettirme aşamasına da yer verilmiştir.

Müdahale Grubunun Görüşme ve Eğitimleri

Her eğitim öncesinde Değişim Aşamaları Ölçeği ile kadınların değişim aşaması belirlenmiş ve o anda içinde bulundukları değişim aşamasına uygun bireysel eğitimler verilmiştir. Çalışmanın başlangıcında aktif sigara içicisi olan düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında bulunan kadınlar çalışmaya alınmıştır.

İlk Görüşme (1. Gün, n=40): Tanışmayı takiben kadınlarla çalışmanın amacı, ne kadar süreceği, nasıl yürütüleceği, araştırmanın gizliliği, çalışmadan elde edilecek kazanımlar, araştırmacının beklentileri gibi konularda ayrıntılı bir görüşme yapılmıştır. Kadınların varsa soruları yanıtlanmış, ardından “bilgilendirilmiş olur”ları

alınmıştır. DAM hakkında kısa bir teorik bilgi sunulduktan sonra kadınlara tüm veri toplama araçları uygulanmıştır (Ek 1-5). Sigara Bırakma Rehberi çerçevesinde hazırlanmış olan bireysel eğitimler; soru-cevap, görsel imgeleme, anlatım, beyin fırtınası gibi interaktif eğitim teknikler kullanılarak verilmiştir. İlk görüşmede sadece düşünme, düşünmeme ve hazırlık aşamalarına yönelik eğitim programı uygulanmıştır. Müdahale grubunun görüşme ve eğitimlerinin içeriği aşağıda özetlenmiştir.

Düşünmeme aşaması (n=14): Bu aşamada kadın davranış değiştirmeyi düşünmediği için eğitim verilirken kadında sigara içimi ile ilgili *ikilem (ambivalans) yaratmak ve davranışın zararları konusunda farkındalık geliştirmek* amaçlanmıştır. Bunun için bireyin, önemli amaç ve değer yargıları ile şimdiki davranışı arasında oluşan çelişkileri görmesi sağlanmış, çelişki geliştirmek için kadınlara gelecekte nerede olmak istedikleri ve kendilerini nasıl görmek istedikleri sorulmuştur. Eğer kadın sağlık, başarı, aile mutluluğu, olumlu benlik saygısı gibi değerleri öne çıkarıyorsa çelişkileri oluşmaya başlamış kabul edilmiştir. Ayrıca yaşanmış hayat hikâyeleri anlatılmış, kadının risk algılaması ile davranışı arasındaki çelişkiyi derinleştirmesine yardımcı olunmuştur.

Düşünme aşaması (n=14): Bu aşamada verilen eğitimde *kadının ikilemini çözmesine yardımcı olma ve değişimin yararlarının daha önemli olduğunu farketmesi sağlama amaçlanmıştır*. Bu amaçla görüşmelere, önce problem ve değişim konusunda gelinen nokta özetlenerek başlanmış, anahtar sorularla devam edilerek, önerilerde bulunulmuş ve bireyin kendini değerlendirmesine olanak sağlanmıştır. Görüşmeler esnasında kadının değişim için yeteri kadar nedeni olduğuna inanmalarına ve değişimi gerçekleştirebilecekleri yönünde kendilerine güven duymalarına öncülük edilmiştir.

Hazırlık aşaması (n=12): Bu aşamada kadının yeni davranışıyla ilgili *hareket planı oluşturma* amaçlanmıştır. Hareket planı oluşturulurken (sigara bırakma gününe karar vermek, sigara bırakma metodunu seçmek, bu süreçte destek alacağı kişileri belirlemek, yeni bir çevre oluşturmak vb.) sınırları kadının kendisinin koymasına sağlanmış ve süreci olumsuz etkileyebileceği için zorlayıcı bir tutum içinde olunmamıştır.

Eğitim sonunda kısa bir özet yapıldıktan sonra araştırmacının iletişim adresleri (telefon ve elektronik posta) verilerek herhangi bir konuda istedikleri zaman araştırmacıya ulaşabilecekleri mesajı verilmiştir. Araştırmacı tarafından kadınların iletişim adreslerini tanıtım formuna yazmaları sağlanmış ve böylece araştırmacının da kadınları araması için onayları alınmıştır. Rehber kitapçık dağıtılmış ve bir sonraki görüşme tarihi belirlenerek görüşme zamanları sonlandırılmıştır.

Eğitimin etkinliğinin artırılması amacıyla 15. gün bütün kadınlar telefon ile aranmış ve değişim süreci değerlendirilmiştir. Değişim için yaşıntısına yenilik getirdiğini ifade edenler (sigarayı azaltmak, başkalarının yanında içmemek, bazı ortamlarda sigarayı sınırlandırdığını belirtmek vb.) kutlanmış; herhangi bir değişiklik yaşamadığını ifade eden kadınlar ise değişim aşamaları çerçevesinde tekrar motive edilmiştir.

İlk görüşmeden sonra bir kadın gebelik, bir kadın da eğitimlere devam etmeyi istemediğini belirtmesi nedeniyle çalışmadan çıkarılmış ve çalışmaya 38 kadınla devam edilmiştir.

İkinci Görüşme (30. Gün, n=38): Öncelikle kadının ilk görüşmeden sonra sigara içme davranışlarıyla ilgili bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu konuyla ilgili olarak kadının kendini ifade etmesine fırsat verilmiş ve değişimin yararları tartışılmıştır. Ardından kadının değişim aşamasına uygun sigara bırakma eğitimi verilmiştir. Aynı değişim aşamasında bulunan kadınlara bir önceki eğitim içeriği tekrar edilmiş, üst aşamalara ilerleyen ya da önceki aşamalara gerileyen kadınlara ise değişim aşamasına uygun bireysel, interaktif eğitimler verilmiştir.

Düşünmeme (n=9), düşünme (n=20) ve hazırlık (n=8) aşamasında olduğu tespit edilen kadınların eğitimleri ilk görüşmede anlatıldığı gibi yürütülmüştür.

Hareket aşaması (n=1): Bir kadın sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Bu aşama, davranışa yeniden dönmelerin en sık yaşandığı aşama olması nedeniyle **eski davranışa dönmeyi engellemek** eğitimin ana amacı olmuştur. Bu nedenle görüşmede kadına özellikle dikkat etmesi gereken durumlar (sigaraya teşvik eden durumlardan uzaklaşma, sigarayı hatırlatan eşyaları çevreden kaldırma, kendini ödüllendirmenin önemi, stresle başetme yöntemleri ile gevşeme egzersizlerini öğrenmek vb.) hakkında bilgi verilmiştir. Geçmiş başarılı deneyimleri tartışılmış ve benzer durumda olan bireylerin yaşadıkları başarılar paylaşılmıştır.

Değişim için yaşantısına yenilik getirdiğini ifade edenler kutlanmış; herhangi bir değişiklik olmadığını ifade eden kadınlar ise değişim yönünde motive edilmeye devam edilmiştir.

Bir sonraki görüşme tarihi belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır.

Üçüncü Görüşme (45. Gün, n=38): Kadının ikinci görüşmeden sonra sigara içme davranışlarıyla ilgili bir değişikliği olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu konuyla ilgili olarak kadının kendini ifade etmesi sağlanmış ve değişimin yararları tartışılmıştır. Ardından değişim aşamasına uygun bireysel sigara bırakma eğitimi verilmiştir. Aynı değişim aşamasında bulunan kadınlara bir önceki eğitim tekrar edilmiş, üst aşamalara ilerleyen ya da önceki aşamalara gerileyen kadınlara ise değişim aşamasına uygun bireysel, interaktif eğitimler verilmiştir.

Düşünmeme (n=8), düşünme (n=18), hazırlık (n=8) aşamasında olan kadınların eğitimi ilk görüşmede anlatıldığı gibi, hareket (n=4) aşamasında olan kadınların eğitimi ikinci görüşmede anlatıldığı gibi yürütülmüştür.

Değişim için adım atanlar kutlanmış; herhangi bir değişiklik olmadığını ifade edenler ise değişim yönünde motive edilmişlerdir.

Bir sonraki görüşme tarihi belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır.

Son Görüşme (60. Gün, n=38): Üçüncü görüşmeden sonra kadınlarda sigara içme davranışlarıyla ilgili bir değişiklik olup olmadığı tekrar değerlendirilmiştir. Kadınlara DAM ölçeklerinin tümü uygulanmış ve son görüşmede; düşünmeme aşamasında 6, düşünme aşamasında 15, hazırlık aşamasında 12, hareket aşamasında 5 kadın bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınlara çalışmaya ait veri toplama aşamasının bittiği ancak görüşmelerin ve takiplerinin istekleri halinde daha sonra da devam edeceği bildirilmiş, her zaman araştırmacıyı arayabilecekleri tekrar vurgulanmıştır.

Olumsuz hava koşulları nedeniyle gelemeyeceklerini bildiren 18 kadının son görüşme verileri elektronik posta yoluyla toplanmıştır. Müdahale grubuna son görüşmede sigarayı bırakma eğitimi verilmemiştir.

Müdahale grubunun içinden sigara bırakma sözü veren ve sigarayı bırakacağı günü belirleyen ilk görüşmede 12, ikinci görüşmede 8, üçüncü görüşmede 8 kadınla sigara bırakma günlerinde telefon görüşmesi yapılmıştır. Görüşmelerde değişimi

başlatıp başlatmadıkları öğrenilmiştir. Değişimi başlatanların (ikinci görüşmede 1, üçüncü görüşmede 3, dördüncü görüşmede 1 kadın) başarısı kutlanmıştır, başlatamayanlara motivasyonel destek sağlanmıştır.

Kontrol Grubunun Görüşmeleri

İlk Görüşme (1. Gün, n=40): Kontrol grubunun ilk görüşmesi, müdahale grubunun ilk görüşmesine paralel olacak şekilde kadınların adreslerine ulaşılarak gerçekleştirilmiştir.

Tanışmayı takiben kadınla çalışmanın amacı, ne kadar süreceği, nasıl yürütüleceği, araştırmanın gizliliği, çalışmadan elde edilecek kazanımlar, araştırmacının beklentileri gibi konularda ayrıntılı bir görüşme yapılmıştır. Kadınların varsa soruları yanıtlanmış, ardından “bilgilendirilmiş olur”ları alınmıştır. Daha sonra kadınlara tüm veri toplama araçları uygulanmıştır (Ek 1-5). Sigara bırakma eğitimi verilmeden bir sonraki görüşme tarihi belirlenerek oturum bitirilmiştir.

Kontrol grubunun ilk görüşmesi düşünmeme aşamasında 15, düşünme aşamasında 14, hazırlık aşamasında 11 kadın ile yapılmıştır. Ancak kontrol grubunun ilk görüşmesinden sonra bir kadın Akşehir dışına taşındığını beyan etmesi üzerine çalışmadan çıkarılmıştır.

Son Görüşme (60. Gün, n=39): Müdahale grubunun son görüşmeye paralel olacak şekilde kontrol grubunun son görüşme yapılmıştır. Son görüşmede DAM ölçekleri tekrar uygulanmıştır. Kontrol grubunun son görüşmesinde düşünmeme aşamasında 17, düşünme aşamasında 13, hazırlık aşamasında 9 kadın bulunduğu, sigarayı bırakan (hareket aşamasında) hiç kadın bulunmadığı tespit edilmiştir.

Etik açıdan eğitim verilmemesinin uygun olmayacağı düşüncesi ile kontrol grubuna son görüşmeden sonra müdahale grubuna eğitim verilen yerlerde aşamalarına uygun eğitimler verilmiş ve her bir kadına eğitim kitapçığı dağıtılmıştır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması kapsamına alınan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sigara içme alışkanlıkları ile ilgili verileri sayı, yüzde ile değerlendirilmiştir.

DAM ölçeklerinin geçerlik sınaması için uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği (Kapsam geçerlik indeksi) ve yapı geçerliği (faktör analizi) analizleri yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin sampling adequacy ve Barlett Sphericity testleri; doğrulayıcı faktör analizi için Ki-Kare uyum testi (χ^2), İyi Uyum Testi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum Testi (CFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değerleri kullanılmıştır. Güvenirlik sınaması için iç tutarlık ve değişmezlik analizleri yapılmıştır. Değişmezlik analizinde test-tekrar test güvenirliği için; madde-toplam korelasyon katsayısı, korelasyon katsayısı (r) ve bağımlı gruplarda t testi (Paired Samples Test) kullanılmıştır. İç tutarlılık analizi için Testi Yarılama Yöntemi (Spearman-Brown) ve Cronbach's Alpha (α) güvenirlik katsayısı kullanılmıştır.

Müdahale çalışmasına ait verilerin normal dağılıp dağılmadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ile test edilmiştir.

Müdahale çalışması kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve sigara içme alışkanlıkları ile ilgili verileri sayı, yüzdelik ve Pearson χ^2 testi ile değerlendirilmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarının değişim aşamalarının ilk ve son görüşmeye göre dağılımları Pearson χ^2 testi ile test edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun DAM ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanların tekrarlı ölçümleri arasındaki fark tekrarlı ölçümler varyans analizi ile; ilk ve son görüşmedeki ölçümleri arasındaki fark Eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired Samples Test) ile değerlendirilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubu ölçümlerinin, DAM ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Müdahale grubunun görüşmelerde bir günde içtikleri sigara sayıları One-Way ANOVA ile değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Akşehir Kaymakamlığı'nın ve Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı'nın (Bkz. Ek 6), Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'nun (Bkz. Ek 2), Pro-Change Behavior Systems'in (Bkz. Ek 7), ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin (Bkz. Ek 5) 'bilgilendirilmiş olur'ları alınmıştır.

Etik açıdan eğitim verilmemesinin uygun olmayacağı düşüncesi ile kontrol grubuna son görüşmeden sonra birleştirilmiş olarak eğitim verilmiş ve eğitim kitapçıkları dağıtılmıştır.

Ayrıca bu çalışma kapsamında izlenen kadınların takiplerinin bir yıl süresince yapılması planlanmaktadır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu araştırmanın sonuçları, Akşehir ilçesinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde verilmiştir: Birinci bölümde; DAM ölçeklerinin Türkçe'ye uyarlama çalışmasına ilişkin bulgular, ikinci bölümde ise yetişkin kadınlara DAM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesine yönelik bulgular bulunmaktadır.

4.1 DAM Ölçeklerinin Türkçe'ye Uyarlama Çalışmasına Yönelik Bulgular

DAM ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılan 185 bireye ait bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	91	49.2
Erkek	94	50.8
Medeni durum		
Evli	109	58.9
Bekâr	76	41.1
Öğrenim düzeyi		
İlköğrenim	33	17.9
Ortaöğrenim	53	28.6
Üniversite	86	46.5
Lisansüstü	13	7.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	101	54.6
Çalışmıyor	84	45.4
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	85	45.9
1	21	11.4
2	46	24.9
3	24	13.0
4 ve üzeri	9	4.8
Toplam	185	100.0

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına alınan bireylerin yaş ortalaması 32.5 ± 9.5 (en az 20, en çok 58) olarak tespit edilmiştir. Bireylerin %49.2'si kadın, %50.8'i erkek, %58.9'u evli, %46.5'i üniversite mezunudur. Bireylerin %54.6'sı çalışmakta, %45.9'unun yaşayan çocuğu bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Bireylerin Sigara Alışkanlığına İlişkin Özellikleri.

	n	%
Sigara içme süresi		
1 yıl	10	5.4
2-9 yıl	72	39.1
10-19 yıl	59	29.8
20-29 yıl	29	15.6
30 ve üzeri yıl	15	8.1
Günün ilk sigarası		
İlk 5 dakika içinde	32	17.3
İlk 6-30 dakika arası	55	29.7
İlk 31-60 dakika arası	38	20.6
İlk 60 dakikadan sonra	60	32.4
Sigarayı bırakma girişi		
Girişim yok	127	68.6
Danışmanlık almış	18	9.7
Reçeteli ilaç kullanmış	16	8.7
Kendi iradesiyle bırakmış	24	13.0
Değişim aşaması		
Düşünmeme	92	49.7
Düşünme	54	29.3
Hazırlık	39	21.0
Toplam	185	100.0

Bireyler günde ortalama 13.5 ± 8.2 adet olmak üzere 12.2 ± 9.0 yıldır sigara içmektedir. Günün ilk sigarasını bireylerin %17.3'ü ilk beş dakika içinde, %32.4'ü ilk bir saatten sonra içmektedir. Bireylerin çoğunluğu (%68.6) sigarayı bırakmak için hiçbir girişimde bulunmamıştır. Günde en az bir adet sigara içen bireyler çalışma kapsamına alındığı için hareket ve devam ettirme aşamasında hiçbir birey bulunmamakta, çalışmaya katılan bireylerin çoğu da (%49.7) sigarayı bırakmayı düşünmemektedir (Tablo 4.2).

A. Geçerlik Analizleri

A.1 Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği: DAM ölçeklerinin kapsam geçerliği için alınan uzman görüşlerine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Yapılan değerlendirmede ölçek maddelerinin % 80'inin A veya B derecesini alması beklenmiş, yüzdelik değerlendirmeye göre DDYÖ, KAÖ ve ÖYÖ ölçeklerinin kapsam geçerlik indeksleri sırasıyla 0.99, 1.00 ve 0.98 bulunmuştur. Ölçeklerde C ve D derecesini alan maddeler uzman görüşleri doğrultusunda en uygun ifadeler ile düzeltilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir.

Tablo 4.3 Değişim Aşamaları Modeline Ait Ölçeklerin Maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksleri.

ÖLÇEK	Madde No	A.Uygun	B.Biraz gözden geçirilmeli	C.Ciddi olarak gözden geçirilmeli	D.Uygun değil	Kapsam Geçerlik İndeksleri
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	1	5	-	-	-	1.00
	2	5	-	-	-	1.00
	3	5	-	-	-	1.00
	4	4	1	-	-	1.00
	5	4	1	-	-	1.00
	6	5	-	-	-	1.00
	7	4	1	-	-	1.00
	8	5	-	-	-	1.00
	9	2	3	-	-	1.00
	10	2	2	-	1	0.80
	11	4	1	-	-	1.00
	12	3	2	-	-	1.00
	13	5	-	-	-	1.00
	14	4	1	-	-	1.00
	15	5	-	-	-	1.00
	16	5	-	-	-	1.00
	17	3	2	-	-	1.00
	18	4	1	-	-	1.00
	19	5	-	-	-	1.00
	20	5	-	-	-	1.00
	21	4	-	1	-	0.80
	22	5	-	-	-	1.00
	23	5	-	-	-	1.00
	24	5	-	-	-	1.00
	25	4	1	-	-	1.00
	26	4	1	-	-	1.00
	27	4	1	-	-	1.00
	28	3	2	-	-	1.00
	29	4	1	-	-	1.00
	30	4	1	-	-	1.00
Karar alma Ölçeği	1	4	1	-	-	1.00
	2	4	1	-	-	1.00
	3	4	1	-	-	1.00
	4	4	1	-	-	1.00
	5	4	1	-	-	1.00
	6	4	1	-	-	1.00
	7	4	1	-	-	1.00
	8	4	1	-	-	1.00
	9	4	1	-	-	1.00
	10	2	3	-	-	1.00
	11	2	3	-	-	1.00
	12	3	2	-	-	1.00
Öz Yeterlik Ölçeği	1	3	2	-	-	1.00
	2	5	-	-	-	1.00
	3	2	2	1	-	0.80
	4	4	1	-	-	1.00
	5	5	-	-	-	1.00
	6	4	1	-	-	1.00
	7	5	-	-	-	1.00
	8	3	2	-	-	1.00

2.Yapı geçerliği

Tablo 4.4 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.

Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği						Karar Alma Ölçeği		Öz Yeterlik Ölçeği		
Madde No	Faktör Yükleri					Madde No	Faktör Yükleri		Madde No	Faktör Yükleri
	1	2	3	4	5		1	2		
26	.80					09	.89		02	.87
24	.70					03	.81		07	.79
12	.68					01	.78		03	.78
11	.65					07	.77		04	.75
25	.64					05	.73		05	.74
17	.58					11	.73		01	.69
09	.53					04		.78	08	.90
13	.49					02		.76	06	.84
27		.77				08		.74	%67.7	45.8
22		.70				12		.71		21.8
20		.68				10		.66		
10		.64				06		.65		
19		.62				%58.9	32.2	26.7		
21		.60								
28		.54								
16		.54								
29		.47								
14		.40								
02			.71							
03			.67							
08			.66							
06			.64							
01			.55							
05			.47							
04			.44							
07				.78						
23				.62						
18				.59						
15					.65					
30					.59					
% 60.6	41.4	6.9	4.9	3.9	3.5					

Yapılan faktör analizinde ÖYÖ'nin 8. ve 6. maddeleri farklı bir alt boyuta aitmiş gibi bir yapı sergiledikleri görülmüştür. Ölçeğin alt boyutu olmadığı için ilgili maddelerin çıkarılmamasına karar verilmiş ve ölçeğin orijinal yapısı korunmuştur. ÖYÖ'nin AFA sonuçları KMO=0.77, $\chi^2=184.9$, df=28, p=0.000, varyans açıklayıcılığı % 67.7 olarak tespit edilmiştir. Toplam varyansın % 45.8'ini açıklayan ölçek maddelerin faktör yükleri 0.87 ile 0.69 arasında değişmektedir. Toplam varyansın %21.8'sini açıklayan 6. ve 8. maddelerin faktör yükleri ise 0.90 ve 0.84 bulunmuştur (Tablo 4.4).

KAÖ'nin AFA sonucunda ölçeğin orijinal iki alt boyutlu yapısı ile bu çalışmada elde edilen yapının uyduğu görülmektedir. KAÖ'nin AFA sonuçları KMO=0.72, $\chi^2=275.5$, df=66, p=0.000, varyans açıklayıcılığı % 58.9 olarak tespit edilmiştir. Toplam varyansın %32.2'sini açıklayan *yararlar* alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0.89 ile 0.73 arasında değişmektedir. Toplam varyansın % 26.7'sini açıklayan *zararlar* alt boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0.78 ile 0.65 arasında değişmektedir (Tablo 4.4).

DDYÖ'ne faktör analizinde ölçeğin orijinal yapısı ile bu çalışmada elde edilen yapının uyuşmadığı, AFA yapıldığında ölçeğin Özdeğeri (Eigen Value) 1'in üzerinde olan beş alt boyutlu bir yapı gösterdiği tespit edilmiştir. DDYÖ'nin AFA sonuçları KMO=0.93, $\chi^2=3065.6$, df=435, p=0.000, varyans açıklayıcılığı % 60.6 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğe ait tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.40'ın üstünde olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Ancak ölçeğin alt boyutlarının isimlendirilmesinde problem yaşanabileceği ve orijinal ölçeğin bütün alt boyutlarının temsiline mümkün olamayacağı düşünceleriyle ölçeğin on alt boyutlu orijinal yapısının korunmasına karar verilmiştir. Bu nedenle DAM ölçeklerine doğrulayıcı faktör analizi de (confirmatory factor analysis - DFA) yapılmıştır.

Tablo 4.5 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları*.

Ölçekler	χ^2/df	GFI	CFI	RMSEA
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	2.0	.81	.86	.07
Karar Alma Ölçeği	1.3	.94	.97	.04
Öz Yeterlik Ölçeği	2.0	.95	.97	.07

* χ^2 =Ki-Kare uyum testi, df=Serbestlik Derecesi, GFI=İyilik Uyum Testi, CFI=Karşılaştırmalı Uyum Testi, RMSEA=Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü

Tablo 4.5'te DAM ölçeklerinin DFA uyum değerleri görülmektedir. Buna göre DDYÖ'nin $\chi^2/df=2.0$, GFI=.81, CFI=.86, RMSEA=.07; KAÖ'nin $\chi^2/df=1.3$, GFI=.94, CFI=.97, RMSEA=.04 ve ÖYÖ'nin $\chi^2/df=2.0$, GFI=.95, CFI=.97, RMSEA=.07 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.6 Değişim Aşamaları Modeline Ait Ölçeklerin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları (Path katsayıları).

Alt Boyutlar ve Path Katsayıları					
Madde	Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği		Karar Alma Ölçeği		Öz Yeterlik Ölçeği*
1	Duyusal Uyarılma	.48	Yararlar	.64	Öz Yeterlik .73
2	Güçlendirme	.53	Zararlar	.61	Öz Yeterlik .73
3	Karşıt Koşullanma	.64	Yararlar	.58	Öz Yeterlik .72
4	Bilinçlenme	.56	Zararlar	.54	Öz Yeterlik .66
5	Sosyal Özgürleşme	.56	Yararlar	.69	Öz Yeterlik .73
6	Kendini Yeniden Değerlendirme	.57	Zararlar	.49	Öz Yeterlik .50
7	Destekleyici İlişkiler	.54	Yararlar	.76	Öz Yeterlik .82
8	Çevreyi Yeniden Değerlendirme	.64	Zararlar	.65	Öz Yeterlik .33
9	Kendisi İle Anlaşma	.71	Yararlar	.72	
10	Sosyal Özgürleşme	.73	Zararlar	.58	
11	Uyaranların Kontrolü	.75	Yararlar	.70	
12	Güçlendirme	.65	Zararlar	.67	
13	Karşıt Koşullanma	.72			
14	Bilinçlenme	.68			
15	Kendisi İle Anlaşma	.67			
16	Çevreyi Yeniden Değerlendirme	.75			
17	Uyaranların Kontrolü	.74			
18	Destekleyici İlişkiler	.81			
19	Kendini Yeniden Değerlendirme	.72			
20	Duyusal Uyarılma	.77			
21	Sosyal Özgürleşme	.77			
22	Bilinçlenme	.58			
23	Destekleyici İlişkiler	.80			
24	Güçlendirme	.48			
25	Karşıt Koşullanma	.66			
26	Uyaranların Kontrolü	.73			
27	Duyusal Uyarılma	.69			
28	Çevreyi Yeniden Değerlendirme	.75			
29	Kendini Yeniden Değerlendirme	.64			
30	Kendisi İle Anlaşma	.73			

* Öz Yeterlik Ölçeğinin alt boyutu bulunmamaktadır.

DAM ölçeklerinin standardize edilmiş regresyon katsayıları (birinci değişkenin ikinci değişkenin üzerine yapmış olduğu etkiyi gösteren korelasyon katsayısı) Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre DAM ölçek maddelerinin alt boyutları arasında pozitif bir ilişki olduğu ve maddelerin alt boyutları üzerinde doğrudan etkisinin olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7 Davranış Değiştirme Yöntemleri ve Karar Alma Ölçeklerinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Katsayıları.

Ölçek***	Alt boyutlar****			r	Standart Hata	t
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	B	↔	DU	.375	.079	4.720*
	B	↔	ÇYD	.622	.110	5.628*
	B	↔	SÖ	.494	.096	5.143*
	B	↔	KYD	.552	.102	5.413*
	B	↔	KİA	.460	.084	5.447*
	B	↔	Dİ	.398	.085	4.687*
	B	↔	KK	.536	.093	5.795*
	B	↔	G	.511	.093	5.477*
	B	↔	UK	.461	.081	5.706*
	DU	↔	ÇYD	.518	.105	4.950*
	DU	↔	SÖ	.383	.085	4.526*
	DU	↔	KYD	.453	.095	4.784*
	DU	↔	KİA	.315	.071	4.458*
	DU	↔	Dİ	.252	.065	3.843*
	DU	↔	KK	.377	.078	4.812*
	DU	↔	G	.359	.078	4.609*
	DU	↔	UK	.270	.063	4.311*
	SÖ	↔	KYD	.534	.106	5.041*
	SÖ	↔	KİA	.404	.084	4.803*
	SÖ	↔	Dİ	.403	.090	4.476*
	SÖ	↔	KK	.449	.089	5.072*
	SÖ	↔	G	.460	.093	4.965*
	SÖ	↔	UK	.433	.084	5.183*
	KYD	↔	KİA	.554	.100	5.563*
	KYD	↔	Dİ	.465	.098	4.720*
	KYD	↔	UK	.446	.085	5.262*
	KİA	↔	Dİ	.423	.087	4.836*
	KİA	↔	KK	.525	.088	5.933*
	KİA	↔	G	.488	.089	5.511*
	KİA	↔	UK	.533	.085	6.290*
	Dİ	↔	KK	.455	.091	5.006*
	Dİ	↔	G	.434	.091	4.780*
	Dİ	↔	UK	.456	.088	5.198*
	KK	↔	G	.611	.102	5.990*
	KK	↔	UK	.542	.086	6.322*
	G	↔	UK	.543	.090	6.025*
	ÇYD	↔	SÖ	.561	.110	5.084*
	ÇYD	↔	KYD	.737	.130	5.678*
	ÇYD	↔	KİA	.570	.103	5.555*
	ÇYD	↔	Dİ	.524	.108	4.864*
	ÇYD	↔	KK	.613	.106	5.757*
	ÇYD	↔	UK	.529	.094	5.618*
	ÇYD	↔	G	.634	.113	5.602*
Karar Alma Ölçeği	Y	↔	Z	.244	.085	2.855**

*p=0.000

**p=0.004

***Öz Yeterlik Ölçeğinin alt boyutu bulunmamaktadır.

****B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK=Karşıt Koşullanma, G=Güçlendirme, UK=Uyaranların kontrolü, Y=Yararlar, Z=Zararlar

Tablo 4.7’de DDYÖ ve KAÖ’nin her bir alt boyutunun diğer bir alt boyutla pozitif yönlü ve anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir.

B. Güvenirlik Analizleri

B.1 Madde toplam puan korelasyonu

Tablo 4.8 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Madde Toplam Puan Korelasyonları.

Madde	Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	Karar Alma Ölçeği	Öz Yeterlik Ölçeği
1	0.576	0.555	0.573
2	0.599	0.379	0.698
3	0.691	0.355	0.596
4	0.720	0.401	0.733
5	0.442	0.467	0.582
6	0.601	0.422	0.470
7	0.620	0.543	0.749
8	0.549	0.496	0.372
9	0.642	0.524	
10	0.631	0.258	
11	0.556	0.473	
12	0.636	0.536	
13	0.768		
14	0.676		
15	0.716		
16	0.704		
17	0.732		
18	0.672		
19	0.624		
20	0.621		
21	0.658		
22	0.598		
23	0.617		
24	0.587		
25	0.610		
26	0.702		
27	0.435		
28	0.703		
29	0.539		
30	0.583		

DAM ölçeklerinin madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan güvenirliliği katsayıları incelendiğinde (Tablo

4.8); DDYÖ'nin 0.435 ile 0.768 arasında, KAÖ'nin 0.258 ile 0.555 arasında, ÖYÖ'nin ise 0.372 ile 0.749 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

B.2 Korelasyon katsayısı

Tablo 4.9 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Test – Tekrar Test Puan Ortalamaları, Korelasyon Katsayıları ve t Testi Sonuçları (n=50)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Tekrar		<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Test	Test			
	$X_1 \pm SS_1$	$X_2 \pm SS_2$			
Davranış Değiştirme					
Yöntemleri Ölçeği	78.1±24.5	78.0±21.0	0.83	0.07	0.943
Bilinçlenme	8.2±2.9	8.3±2.7	0.70	-0.39	0.697
Duyusal uyarılma	8.8±3.1	8.5±2.6	0.70	1.01	0.318
Çevreyi yeniden değerlendirme	8.5±3.3	8.3±3.0	0.78	0.67	0.506
Sosyal Özgürleşme	8.9±2.8	8.8±2.7	0.73	0.28	0.782
Kendini yeniden değerlendirme	8.4±3.1	8.2±2.7	0.73	0.53	0.598
Kendisi ile anlaşma	6.9±3.0	6.6±2.6	0.72	0.87	0.387
Destekleyici ilişkiler	7.5±3.5	7.7±3.1	0.97	-0.43	0.672
Karşıt koşullanma	7.2±2.7	7.4±2.4	0.73	-0.60	0.550
Güçlendirme	7.7±2.8	8.0±2.6	0.84	-1.21	0.233
Uyaranların kontrolü	6.4±3.0	6.8±2.5	0.71	-1.25	0.217
Karar Alma Ölçeği	41.7±8.4	39.4±7.6	0.64	2.39	0.021
Yararlar	23.0±5.7	21.2±5.3	0.63	2.75	0.008
Zararlar	18.8±5.7	18.3±4.7	0.67	0.82	0.418
Öz Yeterlik Ölçeği	18.2±6.7	19.0±6.0	0.74	-1.28	0.206

DAM ölçeklerinin ve alt boyutlarının test – tekrar test ölçümlerine ilişkin korelasyon katsayıları incelendiğinde; DDYÖ'nin 0.83, ÖYÖ'nin 0.74, KAÖ'nin 0.64 olduğu görülmektedir (Tablo 4.9).

B.3 Test – tekrar test toplam puan ortalamaları (t testi): Yapılan istatistiksel analizde DDYÖ ve ÖYÖ'nin test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışken ($p>0.05$); KAÖ'nin test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonucun nedeni olarak, birinci uygulamanın ve bireyin testin içeriği ile ilgili başka kaynaklardan zaman içinde öğrendikleri bilgilerin ikinci uygulama puanını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle *Testi Yarılama Yöntemi (Split Half Reliability)* ile elde edilen *Spearman-Brown güvenirlik katsayısına* bakılmıştır.

B.4 Testi Yarılama Yöntemi (Spearman-Brown katsayısı): Bireylerin tutum ve ruh hali gibi özelliklerini yansıtmalarından dolayı DAM ölçeklerinin testi yarılama yöntemi ile elde edilen *Spearman-Brown* güvenirlik katsayılarına bakılmıştır. DDYÖ'nin iki eş yarıya bölünmesiyle (1-15; 16-30) oluşan *Spearman-Brown* katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir. KAÖ'nin iki eşdeğer yarıya bölünmesiyle (1-6; 7-12) oluşan *Spearman-Brown* katsayısı 0.80; ÖYÖ'nin iki eşdeğer yarıya bölünmesiyle (1-4; 5-8) oluşan *Spearman-Brown* katsayısı ise 0.84 olarak tespit edilmiştir.

B.5 Cronbach's Alpha (α) güvenirlik katsayısı

Tablo 4.10 Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Cronbach's Alpha Katsayıları.

	Cronbach's Alpha Katsayısı
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	0.90
Bilinçlenme	0.70
Duyusal uyarılma	0.74
Çevreyi yeniden değerlendirme	0.74
Sosyal Özgürleşme	0.64
Kendini yeniden değerlendirme	0.67
Kendisi ile anlaşma	0.76
Destekleyici ilişkiler	0.86
Karşıt koşullanma	0.74
Güçlendirme	0.54
Uyaranların kontrolü	0.83
Karar Alma Ölçeği	0.78
Yararlar	0.88
Zararlar	0.82
Öz Yeterlik Ölçeği	0.85

4.2 Müdahale Çalışmasına İlişkin Bulgular

Yapılan analizde sürekli sayısal (nicel) verilerin normal dağılım gösterdiği ($p>0.05$) ve verilerin homojen dağıldığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.11 Müdahale ve Kontrol Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri.

Özellikler	Müdahale		Kontrol		p*
	S	%	S	%	
Medeni durum					
Evli	21	55.3	15	38.5	p=0.140
Bekâr	17	44.7	24	61.5	
Öğrenim düzeyi					
İlköğretim	3	7.9	5	12.8	p=0.887
Ortaöğretim	11	28.9	10	25.6	
Üniversite	18	47.4	17	43.6	
Lisansüstü	6	15.8	7	18.0	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	22	57.9	23	59.0	p=0.923
Çalışmıyor	16	42.1	16	41.0	
Çocuk sayısı					
Yok	13	34.2	15	38.5	p=0.971
1	8	21.1	8	20.5	
2	12	31.6	12	30.8	
3 ve üzeri	5	13.1	4	10.2	
Toplam	38	100.0	39	100.0	

* Pearson χ^2 testi

Tablo 4.11’de müdahale ve kontrol grubunun bazı tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analize göre müdahale ve kontrol grubu arasında medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve çocuk sayısı bakımından fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç müdahale ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin benzer özellik göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 4.12 Müdahale ve Kontrol Grubunun Sigara Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.

	Müdahale		Kontrol		
Özellikler	S	%	S	%	p*
Sigara sayısı					
1-10	23	60.5	16	41.0	p=0.219
11-19	13	34.2	19	48.7	
20 ve üzeri	2	5.3	4	10.3	
Sigara içme süresi					
1 yıl	3	7.9	1	2.6	p=0.697
2-9 yıl	14	36.8	13	33.3	
10-19 yıl	15	39.5	17	43.6	
20 ve üzeri	6	15.8	8	20.5	
Günün ilk sigarasının içilme zamanı					
İlk 5 dakika içinde	9	23.7	8	20.5	p=0.363
İlk 6.-30. dakika arası	4	10.5	10	25.6	
İlk 31.-60. dakika arası	9	23.7	9	23.1	
İlk 60. dakikadan sonra	16	42.1	12	30.8	
Sigarayı bırakma girişi					
Girişim yok	28	73.7	24	61.5	p=0.501
Danışmanlık almış	3	7.9	2	5.2	
Reçeteli ilaç kullanmış	2	5.3	3	7.7	
Kendi iradesiyle bırakmış	5	13.1	10	25.6	
Toplam	38	100.0	39	100.0	

* Pearson χ^2 testi

Yapılan istatistiksel analize göre müdahale ve kontrol grubunun sigara alışkanlıklarına ilişkin özellikler bakımından gruplararası fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Bu sonuç müdahale ve kontrol gruplarının sigara alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin benzer özellik göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Tablo 4.13 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarının Dağılımları.

DEĞİŞİM AŞAMALARI	MÜDAHALE (n=38)				KONTROL (n=39)				p* (Son Görüşmeler)
	İlk Görüşme		Son Görüşme		İlk Görüşme		Son Görüşme		
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Düşünmeme	13	34.2	6	15.8	14	35.9	17	43.8	p=0.013
Düşünme	13	34.2	15	39.5	14	35.9	13	33.3	
Hazırlık	12	31.6	12	31.6	11	28.2	9	23.1	
Hareket	-	-	5	13.2	-	-	-	-	
Toplam	38	100.0	38	100.0	39	100.0	39	100.0	

*Pearson χ^2 testi

Tablo 4.13’de müdahale ve kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki değişim aşamalarının dağılımları gösterilmiştir. Müdahale grubunda ilk görüşmede kadınların %34.2’si düşünmeme, %34.2’si düşünme, %31.6’sı hazırlık aşamasında iken; son görüşmede kadınların %15.8’i düşünmeme, %39.5’i düşünme, %31.6’sı hazırlık, %13.2’si de hareket aşamasında olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ilk görüşmede kadınların %35.9’u düşünmeme, %35.9’u düşünme, %28.2’si hazırlık aşamasında iken; son görüşmede kadınların %43.8’i düşünmeme, %33.3’ü düşünme, %23.1’i hazırlık aşamasında olduğu bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların son görüşmelerine göre değişim aşamalarını arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.14 Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim Aşamaları*.

Değişim Aşaması		Son Görüşme				
		Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hareket	Toplam
İlk Görüşme	Düşünmeme	5	7	1	-	13
	Düşünme	1	4	6	2	13
	Hazırlık	-	4	5	3	12
	Toplam	6	15	12	5	38

* Tabloda gözlerdeki n sayısının 5'in altında olması ve bazı gözlerin boş olması nedeniyle istatistik yapılamamıştır.

Müdahale grubunda ilk görüşmede düşünmeme aşamasında olan kadınlardan son görüşmede 7 kadının (%18.4) düşünme, 1 kadının (%2.6) hazırlık aşamasına; ilk görüşmede düşünme aşamasında olan kadınlardan son görüşmede 6 kadının (%15.8) hazırlık, 2 kadının (%5.3) hareket aşamasına; ilk görüşmede hazırlık aşamasında olan kadınlardan son görüşmede 3 kadının (%7.9) hareket aşamasına ilerlediği tespit edilmiştir. Son görüşmelerde müdahale grubundan toplam 5 kadının (%13.2) ilk görüşmedeki değişim aşamasının gerilediği (relaps), 14 kadının (%36.9) değişim aşamasının değişmediği, 19 kadının (%50) değişim aşamasının ilerlediği görülmektedir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15 Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Değişim Aşamaları*.

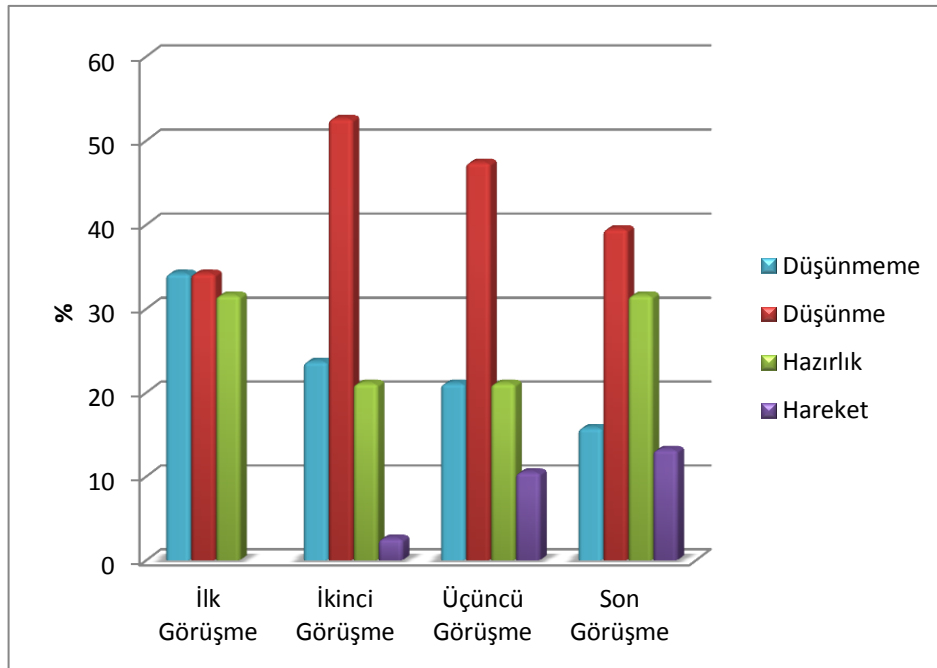
Değişim Aşaması		Son Görüşme			
		Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Toplam
İlk Görüşme	Düşünmeme	13	1	-	14
	Düşünme	2	10	2	14
	Hazırlık	2	2	7	11
	Toplam	17	13	9	39

* Tabloda gözlerdeki n sayısının 5'in altında olması ve bazı gözlerin boş olması nedeniyle istatistik yapılamamıştır.

Kontrol grubunda ilk görüşmede düşünmeme aşamasında olan kadınlardan son görüşmede 1 kadının (%2.6) düşünme aşamasına; ilk görüşmede düşünme aşamasında olan kadınlardan son görüşmede 2 kadının (%5.1) hazırlık aşamasına ilerlediği tespit edilmiştir. Son görüşmelerde kontrol grubundan toplam 6 kadının (%15.3) ilk görüşmedeki değişim aşamasının gerilediği (relaps), 30 kadının (%76.8) değişim aşamasının değişmediği, 3 kadının (%7.7) değişim aşamasının ilerlediği görülmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16 Müdahale Grubundaki Kadınların Görüşmelerdeki Değişim Aşamalarının Dağılımları.

DEĞİŞİM AŞAMASI	İlk görüşme (1. Gün)		İkinci görüşme (30. gün)		Üçüncü görüşme (45. gün)		Son görüşme (60. gün)	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Düşünmeme	13	34.2	9	23.7	8	21.1	6	15.8
Düşünme	13	34.2	20	52.6	18	47.4	15	39.5
Hazırlık	12	31.6	8	21.1	8	21.1	12	31.6
Hareket	-	-	1	2.6	4	10.5	5	13.2
Toplam	38	100.0	38	100.0	38	100.0	38	100.0



Şekil 4.1 Müdahale Grubunun Görüşmelerdeki Değişim Aşamaları Ölçeğine Göre Aşamalarının Dağılımı.

Tablo 4.16 ve Şekil 4.1’de müdahale grubunun görüşmelerdeki değişim aşamalarının dağılımları verilmiştir.

Çalışma süresince ikinci görüşmede 1, üçüncü görüşmede 3, dördüncü görüşmede 1 olmak üzere toplam 5 kadının (%13,2) sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Müdahale grubunun ilk görüşmede içinde bulundukları değişim aşamaları incelendiğinde; aşamalarındaki kadın sayısının birbirine yakın olduğu, ikinci görüşmede kadınların yarısının (%52,6) değişimi düşünmeye başladığı ve ikinci görüşmeden itibaren hareket aşamasına geçen kadınların sayısında bir artış olduğu gözlenmektedir. İlk aşamadan itibaren düşünmeme aşamasındaki kadın yüzdesinde görüşmeler ilerledikçe azalma olduğu görülmektedir. Hazırlık aşamasındaki kadınların yüzdesi ise, çalışmanın başlarında düşüş eğilimindeyken, görüşmeler ilerledikçe artış göstermiştir (Şekil 4.1). İkinci görüşmelerde daha çok bilişsel değişim, sonraki görüşmelerde ise eylemsel değişim görülmektedir. Bu sonuçlar bize sigarayı bırakmada görüşme sayısındaki artışın eyleme yönelik sonuçları da iyileştirdiğini göstermesi bakımından anlamlıdır.

Tablo 4.17 Müdahale ve Kontrol Grubunun Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Ölçekler	Alt Boyut	MÜDAHALE (n=38)		KONTROL (n=39)		p** (Son Görüşmeler)
		İlk Görüşme X±SD	Son Görüşme X±SD	İlk Görüşme X±SD	Son Görüşme X±SD	
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	Bilinçlenme	9.2±3.2	10.6±2.4	8.6±2.6	8.5±2.6	p=0.000
		p=0.019*		p=0.778*		
	Duyusal Uyarılma	9.9±3.3	11.2±2.1	9.2±2.9	8.6±2.7	p=0.000
		p=0.009*		p=0.066*		
	Çevreyi Yeniden Değerlendirme	10.6±3.1	10.6±2.8	8.9±3.3	8.4±3.0	p=0.002
		p=0.964*		p=0.044*		
	Sosyal Özgürleşme	8.8±3.5	10.0±2.5	8.9±2.7	8.5±2.5	p=0.011
		p=0.041*		p=0.118*		
	Kendini Yeniden Değerlendirme	9.0±3.1	10.3±2.5	8.7±3.0	8.4±2.8	p=0.002
		p=0.035*		p=0.238*		
	Kendisi İle Anlaşma	7.8±3.1	9.0±3.1	7.2±2.9	6.8±2.6	p=0.001
		p=0.043*		p=0.232*		
	Destekleyici İlişkiler	8.5±3.5	9.7±2.4	7.8±3.4	8.0±3.1	p=0.009
		p=0.085*		p=0.690*		

* Eşleştirilmiş örneklerde t testi (Paired Samples Test)

** Bağımsız iki grupta t testi

Tablo 4.17 (Devam) Müdahale ve Kontrol Grubunun Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Ölçekler	Alt Boyut	MÜDAHALE (n=38)		KONTROL (n=39)		p** (Son Görüşmeler)
		İlk Görüşme X±SD	Son Görüşme X±SD	İlk Görüşme X±SD	Son Görüşme X±SD	
Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği	Karşıt Koşullanma	8.1±3.5	9.5±3.0	7.6±2.6	7.5±2.5	p=0.003
		p=0.030*		p=0.844*		
	Güçlendirme	8.5±2.9	9.7±2.9	7.9±2.7	8.1±2.5	p=0.017
	p=0.052*		p=0.330*			
	Uyaranların Kontrolü	7.0±3.2	8.7±2.8	6.7±2.9	6.8±2.6	p=0.003
	p=0.003*		p=0.761*			
Karar Ölçeği	Alma Yararlar	25.6±3.8	22.9±4.3	23.3±5.7	21.7±5.3	p=0.285
		p=0.005*		p=0.028*		
	Zararlar	17.6±5.9	17.6±3.9	18.8±5.6	18.8±4.9	p=0.229
	p=0.958*		p=0.968*			
Öz Yeterlik Ölçeği***		18.3±7.0	21.0±7.3	18.6±6.8	19.0±6.0	p=0.195
		p=0.076*		p=0.599*		

* Eşleştirilmiş örneklerde t testi (Paired Samples Test)

** Bağımsız iki grupta t testi

*** Öz Yeterlik Ölçeğinin alt boyutu bulunmamaktadır.

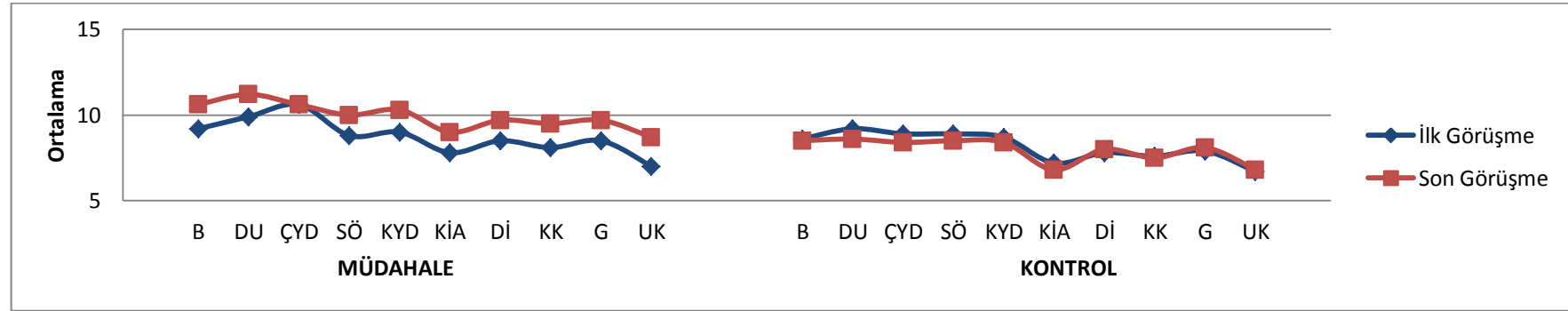
Müdahale ve kontrol gruplarının DAM ölçeklerinin ilk ve son görüşmedeki puan ortalamalarının dağılımları Tablo 4.17’de verilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubunun son görüşmedeki DAM ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği’nin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında iki grup arasındaki fark önemli bulunurken ($p<0.05$), Karar Alma Ölçeği’nin alt boyutları ile Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu sonuçlar verilen eğitimin müdahale grubunda davranış değiştirme yöntemlerinin kullanımını arttırdığını; değişimin yarar ve zarar algıları ile öz yeterlik düzeylerini etkilemediğini göstermektedir.

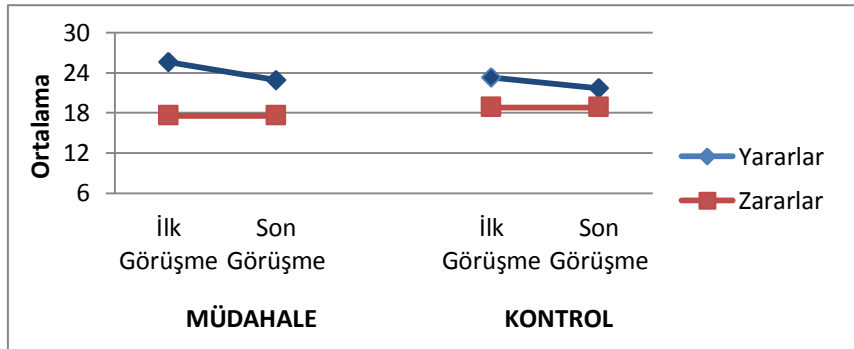
Müdahale grubunun ilk ve son görüşmedeki DAM ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. DDYÖ’nin Bilinçlenme, Duyusal Uyarılma, Sosyal Özgürleşme, Kendini Yeniden Değerlendirme, Kendisi ile Anlaşma, Karşıt Koşullanma ve Uyarıların Kontrolü alt boyutları ile KAÖ’nin Yararlar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunurken ($p<0.05$); ÖYÖ, DDYÖ’nin Çevreyi Yeniden Değerlendirme, Destekleyici İlişkiler ve Güçlendirme alt boyutları ile KAÖ’nin Zararlar alt boyutunun ilk ve son görüşme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki DAM ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. DDYÖ’nin Çevreyi Yeniden Değerlendirme alt boyutu ile KAÖ’nin Yararlar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunurken ($p<0.05$); DDYÖ’nin diğer alt boyutları, KAÖ’nin Zararlar alt boyutu ve ÖYÖ ilk ve son görüşme puan ortalamaları arasında fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

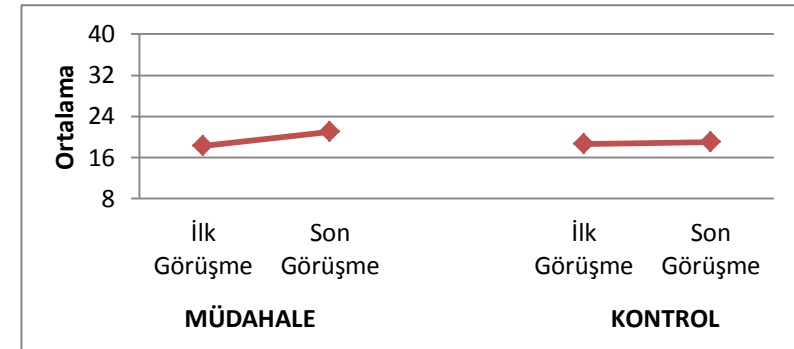


Şekil 4.2 Müdahale ve Kontrol Grubunda Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları.*

*B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK=Karşıt Koşullanma, G=Güçlendirme, UK=Uyaranların Kontrolü



Şekil 4.3 Müdahale ve Kontrol Grubunda Karar Alma Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları.



Şekil 4.4 Müdahale ve Kontrol Grubunda Öz Yeterlik Ölçeğinin İlk ve Son Görüşmedeki Puan Ortalamaları.

Kontrol grubunda ilk ve son görüşmelerdeki DDYÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasında belirgin bir farklılık görülmemesine rağmen; müdahale grubunda son görüşmedeki puan ortalamalarının ilk görüşmeye göre artış gösterdiği ve 10 puan çevresinde dalgalandığı görülmektedir (Şekil 4.2). Her alt boyuttan en az 5, en çok 15 puan alınabileceği dikkate alındığında, bu sonuçların bize müdahale grubundaki kadınların davranış değiştirme yöntemlerini daha fazla kullandıklarını açıklamaktadır. Ayrıca son görüşmelerde müdahale grubu lehine DDYÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli hale gelmesi, verilen sigara bırakma eğitiminin müdahale grubunda DDYÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamalarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Tablo 4.17).

Şekil 4.3'te müdahale ve kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki Karar Alma Ölçeği'nin puan ortalamaları gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında son görüşmelerde yararlar alt boyutunun puan ortalamalarının düştüğü; zararlar alt boyutunun puan ortalamalarının değişmediği gözlenmiştir. Bu sonuçlar verilen eğitimin müdahale grubu lehine değişimin yarar ve zarar algılarında farklılık ortaya koymadığını göstermektedir.

Şekil 4.4'te müdahale ve kontrol gruplarının Öz Yeterlik Ölçeği'nin ilk ve son görüşmedeki puan ortalamaları görülmektedir. Şekilde müdahale grubunda son görüşmede Öz Yeterlik Ölçeği'nden alınan puanda yükselme görünmesine karşın, fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır (Tablo 4.17). Kontrol grubunda ise Öz Yeterlik Ölçeği'nin ilk ve son görüşmedeki puan ortalamalarının değişmediği görülmektedir.

Tablo 4.18 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Alt Ölçek Boyutlar***		DEĞİŞİM AŞAMASI								P** M	P** K
		Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket****			
		M*** X±SD	K*** X±SD	M X±SD	K X±SD	M X±SD	K X±SD	M X±SD	K X±SD		
DDYÖ	B	11.0±1.2 p=0.112*	8.8±2.9	9.0±2.7 p=0.138*	7.5±2.4	12.1±1.4 p=0.001*	9.3±1.7	11.6±1.8	-	p=0.004	p=0.227
	DU	10.5±1.3 p=0.029*	7.5±2.8	9.6±1.4 p=0.329*	9.0±2.0	13.1±1.5 p=0.004*	10.2±2.5	12.4±1.5	-	p=0.000	p=0.050
	ÇYD	9.5±1.7 p=0.174*	7.5±3.1	8.6±2.4 p=0.688*	9.0±2.8	12.8±1.9 p=0.004*	9.2±2.9	12.6±2.3	-	p=0.000	p=0.292
	SÖ	9.6±1.0 p=0.192*	8.1±2.7	8.7±1.8 p=0.083*	7.4±1.8	11.5±3.0 p=0.591*	10.8±1.6	11.0±2.5	-	p=0.023	p=0.004
	KYD	9.0±1.6 p=0.294*	7.4±3.3	9.0±2.3 p=0.859*	9.1±2.1	11.9±1.8 p=0.007*	9.1±2.4	12.4±2.0	-	p=0.001	p=0.194
	KİA	6.8±2.7 p=0.341*	5.7±2.1	7.7±3.0 p=0.257*	6.5±2.3	10.5±2.0 p=0.210*	9.2±2.4	12.4±1.8	-	p=0.001	p=0.003
	Dİ	9.0±1.6 p=0.209*	7.2±3.0	9.4±2.1 p=0.204*	7.9±3.7	10.0±2.4 p=0.686*	9.6±2.0	11.2±3.8	-	p=0.437	p=0.192

Tablo 4.18 (Devam) Müdahale ve Kontrol Grubunun Son İzlemdeki Değişim Aşamalarına Göre Değişim Aşamaları Modeli Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Ölçek	Alt Boyutlar***	DEĞİŞİM AŞAMASI								p*** M	p*** K
		Düşünmeme		Düşünmeme		Hazırlık		Hareket****			
		M*** X±SD	K*** X±SD	M X±SD	K X±SD	M X±SD	K X±SD	M X±SD	K X±SD		
DDYÖ	KK	9.6±2.5 p=0.066*	7.0±2.9	7.6±2.7 p=0.491*	7.0±1.5	10.9±2.6 p=0.180*	9.4±2.0	12.0±2.2	-	p=0.004	p=0.036
	G	9.3±2.6 p=0.198*	7.5±2.9	8.2±3.3 p=0.702*	7.8±2.1	10.5±1.9 p=0.401*	9.8±1.6	12.4±1.1	-	p=0.023	p=0.063
	UK	8.1±2.4 p=0.168*	6.4±2.5	7.8±2.2 p=0.020*	5.7±2.2	9.6±3.3 p=0.731*	9.2±2.0	10.0±3.3	-	p=0.277	p=0.005
KAÖ	Y	22.1±3.6 p=0.717*	21.2±5.7	20.3±4.2 p=0.273*	22.3±5.0	25.9±3.3 p=0.045*	21.7±5.5	24.4±3.2	-	p=0.004	p=0.869
	Z	18.3±3.2 p=0.808*	18.8±5.0	17.8±3.0 p=0.659*	18.5±5.5	18.7±4.1 p=0.712*	19.4±4.2	13.8±5.4	-	p=0.116	p=0.918
ÖYÖ		17.1±4.2 p=0.997*	17.1±5.9	20.8±7.8 p=0.593*	19.3±5.6	19.3±5.1 p=0.246*	22.2±5.8	30.8±6.4	-	p=0.006	p=0.123

* Bağımsız iki grupta t testi

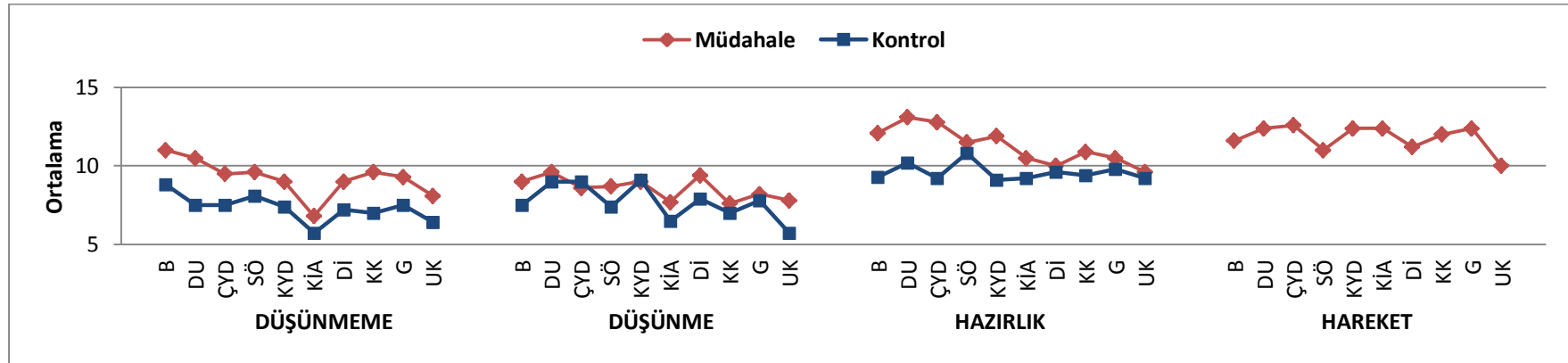
**One-Way ANOVA

***DDYÖ=Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği, KAÖ= Karar Alma Ölçeği, ÖYÖ= Öz Yeterlik Ölçeği, B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK= Karşıt Koşullanma, G= Güçlendirme, UK= Uyarıların Kontrolü, Y= Yararlar, Z= Zararlar, M= Müdahale, K=Kontrol.

****Araştırmanın yalnızca sigara içenlerle yürütülmesi nedeniyle ilk görüşmede hareket ve devam ettirme aşamasında; araştırmanın altı aydan daha kısa sürmesi nedeniyle son görüşmede devam ettirme aşamasında kadın bulunmamaktadır.

Tablo 4.18’de müdahale ve kontrol grubunun son görüşmedeki değişim aşamalarına göre DAM ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

Son görüşmede müdahale ve kontrol gruplarında düşünme aşamasındaki kadınlarda DDYÖ’nin Kendisi ile Anlaşma ve Duyusal Uyarılma; düşünme aşamasındaki kadınlarda Uyarıların Kontrolü; hazırlık aşamasındaki kadınlarda Bilinçlenme, Duyusal Uyarılma, Çevreyi Yeniden Değerlendirme, Kendini Yeniden Değerlendirme ve KAÖ’nin Yararlar alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18).



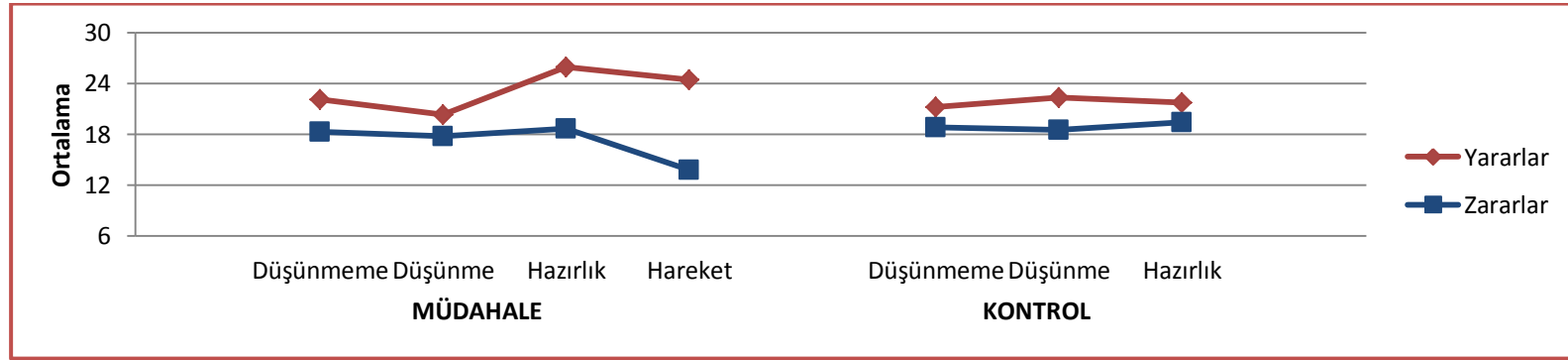
Şekil 4.5 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin Alt Boyutlarının* Puan Ortalamaları.

*B=Bilinçlenme, DU=Duyusal Uyarılma, ÇYD=Çevreyi Yeniden Değerlendirme, SÖ=Sosyal Özgürleşme, KYD=Kendini Yeniden Değerlendirme, KİA=Kendisi İle Anlaşma, Dİ=Destekleyici İlişkiler, KK= Karşıt Koşullanma, G= Güçlendirme, UK= Uyarıların Kontrolü.

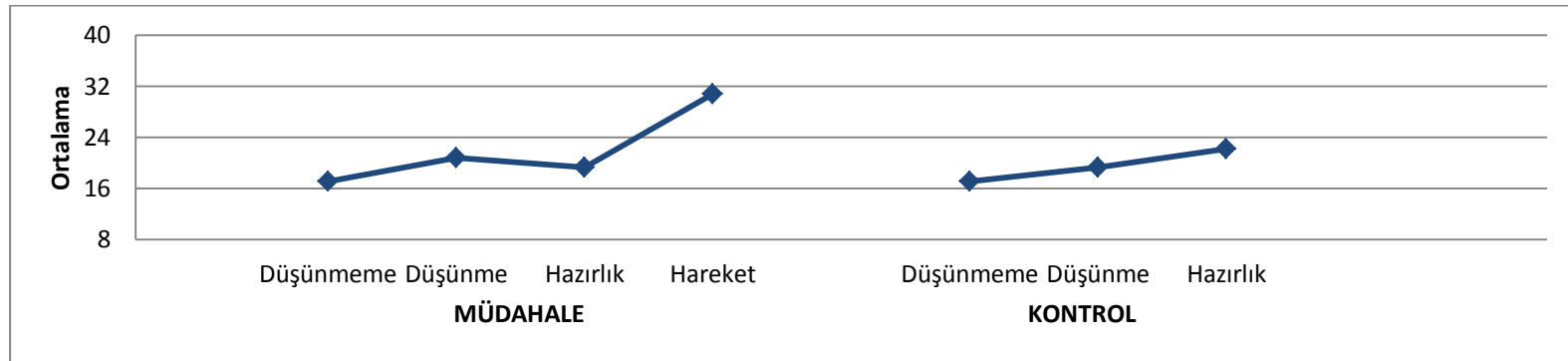
Şekil 4.5'te müdahale ve kontrol grubunun son görüşmedeki değişim aşamalarına göre Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin puan ortalamaları verilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınlarda düşünmeme aşamasında Bilinçlenme ve Duyusal Uyarılma, düşünme aşamasındaki kadınlarda Duyusal Uyarılma, Kendini Yeniden Değerlendirme ve Destekleyici İlişkiler, hazırlık aşamasındaki kadınlarda Bilinçlenme, Duyusal Uyarılma ve Kendini Yeniden Değerlendirme, hareket aşamasındaki kadınlarda İse Duyusal Uyarılma, Çevreyi Yeniden Değerlendirme, Kendini Yeniden Değerlendirme, Kendisi İle Anlaşma, Karşıt Koşullanma ve Güçlendirme alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Kontrol grubunda ise düşünmeme aşamasındaki kadınlarda Bilinçlenme ve Sosyal Özgürleşme, düşünme aşamasındaki kadınlarda Duyusal Uyarılma, Çevreyi Yeniden Değerlendirme ve Kendini Yeniden Değerlendirme, hazırlık aşamasında Duyusal Uyarılma ve Sosyal Özgürleşme alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı görülmektedir (Şekil 4.5).

Müdahale grubunda değişim aşamalarına göre DDYÖ'nin Bilinçlenme, Duyusal Uyarılma, Çevreyi Yeniden Değerlendirme, Sosyal Özgürleşme, Kendini Yeniden Değerlendirme, Kendisi İle Anlaşma, Karşıt Koşullanma ve Güçlendirme; kontrol grubunda ise duyusal Uyarılma, Sosyal Özgürleşme, Kendisi İle Anlaşma, Karşıt Koşullanma ve Uyarıların Kontrolü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18).



Şekil 4.6 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Karar Alma Ölçeği Puan Ortalamaları.



Şekil 4.7 Müdahale ve Kontrol Grubunun Son Görüşmedeki Değişim Aşamalarına Göre Öz Yeterlik Ölçeği Puan Ortalamaları.

Şekil 4.6’da kontrol grubunda son görüşmelerde değişim aşamalarına göre Karar Alma Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarında önemli bir değişim gözlenmezken; müdahale grubunda hazırlık aşamasında Karar Alma Ölçeğinin yararlar alt boyutunun puan ortalamasının yükselmesi, hareket aşamasında zararlar alt boyutunun puan ortalamasının da düşmesi dikkat çekmektedir. Müdahale grubunda Karar Alma Ölçeğinin yararlar alt boyutunun puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuş ($p<0.05$); zararlar alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise değişim aşamalarına göre Karar Alma Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Şekil 4.7’de hem müdahale hem de kontrol grubunda değişim aşamaları ilerledikçe Öz Yeterlik Ölçeğinin puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Ancak müdahale grubunda görülen artış istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$); kontrol grubunda ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmede Bir Günde İçtikleri Sigara Sayılarının Dağılımları.

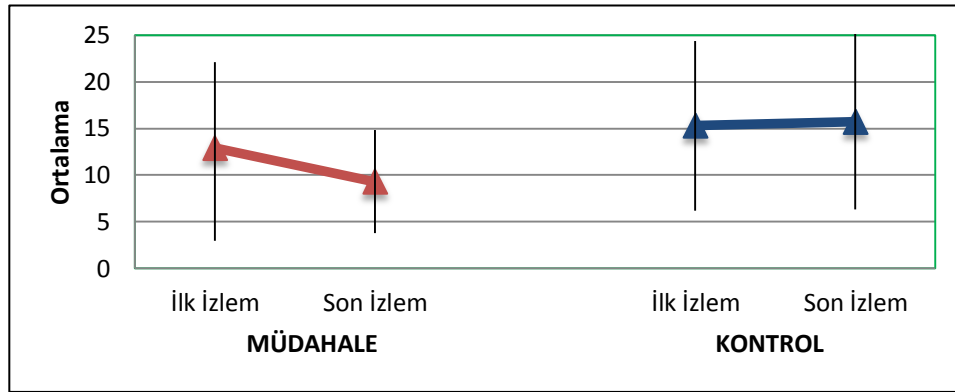
Sigara Sayısı	MÜDAHALE				KONTROL				p (İlk İzlemler)	p (Son İzlemler)
	n=38		n=33****		n=39		n=39			
	İlk İzlem		Son İzlem		İlk İzlem		Son İzlem			
	S	%	S	%	S	%	S	%		
1-10	23	60.5	23	69.7	16	41.0	15	38.5	p=0.219*	p=0.017*
11-20	13	34.2	9	27.3	19	48.7	17	43.6		
21-	2	5.3	1	3.0	4	10.3	7	17.9		
Ortalama ± SS	12±9.9		9.3±5.5		15.3±9.1		15.7 ±9.4		p=0.134***	p=0.001***
	p=0.009**				p=0.407**					

*Pearson χ^2 testi

**Eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired Samples Test)

***Bağımsız iki grupta t testi

****Müdahale grubunda son görüşmede 5 kadın sigarayı bıraktığı için n=33'tür.



Şekil 4.8 Müdahale ve Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Bir Günde İçtikleri Sigara Sayıları.

Tablo 4.8’de müdahale ve kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki bir günde içtikleri sigara sayıları görülmektedir.

Müdahale grubunun ilk görüşmede bir günde içtikleri sigara sayısı ortalama 12 ± 9.9 , son görüşmede 9.3 ± 5.5 iken; kontrol grubunun ilk görüşmede 15.3 ± 9.1 , son görüşmede 15.7 ± 9.4 olarak tespit edilmiştir.

Müdahale grubunun son görüşmesinde bir günde içilen sigara sayılarında düşüş gözlenirken; kontrol grubundun son görüşmesinde bir günde içilen sigara sayısında değişiklik olmadığı göze çarpmaktadır. Müdahale grubunun ilk ve son görüşmedeki bir günde içtikleri sigara sayıları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuşken ($p < 0.05$); kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki bir günde içtikleri sigara sayıları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.19).

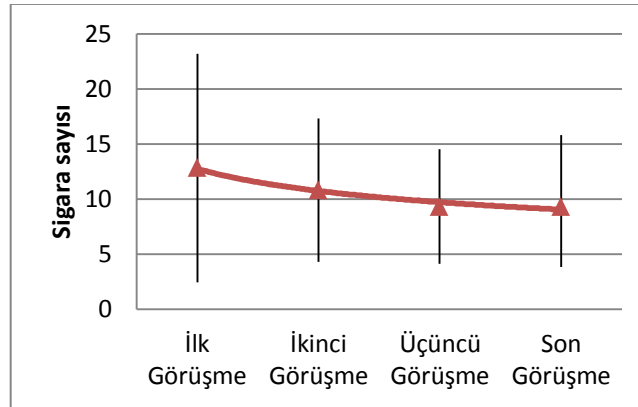
Müdahale ve kontrol gruplarının ilk görüşmede bir günde içtikleri sigara sayısı arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunurken ($p > 0.05$); son görüşmelerde bir günde içilen sigara sayısı arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20 Müdahale Grubunun Bir Günde İçtiği Ortalama Sigara Sayısının Görüşmelere Göre Dağılımları.

GÖRÜŞME				
	İlk Görüşme (n=38) X±SD	İkinci Görüşme (n=37)** X±SD	Üçüncü Görüşme (n=34)** X±SD	Son Görüşme (n=33)** X±SD
	p*			
Sigara Sayısı	12.8±10.4	10.8±6.5	9.3±5.2	9.3±5.5
	p=0.001			

*One-Way ANOVA

**İkinci görüşmede 1, üçüncü görüşmede toplam 4, son görüşmede toplam 5 kadın sigarayı bırakmıştır.



Şekil 4.9 Müdahale Grubunun Görüşmelere Göre Bir Günde İçtiği Sigara Sayısı.

Müdahale grubunun bir günde içtiği sigara sayısı ortalamaları ilk görüşmede 12.8±10.4, ikinci görüşmede 10.8±6.5, üçüncü görüşmede 9.3±5.2 ve son görüşmede 9.3±5.5 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.20). Şekil 4.9'da müdahale grubunda görüşmelerde içilen sigara sayısının giderek azaldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde görüşmelere göre bir günde içilen ortalama sigara sayısı arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için yapılan Bonferroni testi sonucunda; ilk ve son görüşmedeki içilen sigara sayısı ile ikinci ve son görüşmedeki içilen sigara sayıları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular, iki bölümde tartışılmıştır. Birinci bölümde, geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin bulguların, ikinci bölümde ise müdahale çalışmasına ilişkin bulguların tartışması bulunmaktadır.

5.1 Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Tartışılması

DAM bireyin değişim aşamasını, davranış değiştirme yöntemlerini, değişim konusunda kendisine olan güvenini ve karar alma algısını ölçen hassas ölçüm araçlarını içermektedir (146). Çalışmamızda DAM'a ait bu ölçüm araçlarının geçerlik sınaması için uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapılmıştır.

Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği değerlendirmesine göre DDYÖ, KAÖ ve ÖYÖ ölçeklerinin KGİ değerleri sırasıyla 0.99, 1.00 ve 0.98 bulunmuştur (Tablo 4.3). DAM ölçeklerinin tümünün KGİ değerlerinin Davis (1992) (40) tarafından ölçüt kabul edilen 0.80 değerinin üzerinde olduğu görülmüştür. DAM ölçeklerinin KGİ değerlerinin yüksek düzeyde olması, ölçeklerin Türkçeye çevrilmesi sürecinin başarılı biçimde tamamlandığını göstermesi açısından anlamlıdır.

Türkçeye uyarlanan ölçeklerinin faktör yapıları ile orijinal ölçeklerin faktör yapılarının karşılaştırılması için yapılan AFA sonucunda; DDYÖ, KAÖ ve ÖYÖ ölçeklerinin tüm maddelerinin faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olduğu ve varyans açıklama oranlarının ise sırasıyla 60.6, 58.9 ve 67.7 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Açıklanan varyansların 0.60 civarında olmasının, ilgili kavram ya da yapının yeterli düzeyde ölçüldüğünün bir göstergesi olarak yorumlayabiliriz. Ancak AFA yapıldığında elde edilen beş alt boyutlu DDYÖ'nin alt boyutlarının isimlendirilmesinde problem yaşanabileceği ve orijinal ölçeğin bütün alt boyutlarının temsilinin mümkün olamayacağı düşünceleriyle, ölçeğin on alt boyutlu orijinal yapısının korunmasına karar verilmiştir. Bu amaçla yapılan DFA sonucunda (Tablo 4.5) DDYÖ'nin otuz maddeden oluşan on alt boyutlu, KAÖ'nin oniki maddeden oluşan iki alt boyutlu, ÖYÖ'nin sekiz maddeden oluşan orijinal yapıları korunmuş ve literatürle doğrulanmıştır (21,37,153).

DAM ölçeklerinin madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan güvenirliği katsayıları incelendiğinde; DAM

ölçeklerinin madde toplam puan korelasyonlarının 0.258 ile 0.749 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Madde toplam puan korelasyon katsayısı konusunda; Karasar'a (1995) göre 0.50'den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulmalı iken (163), uygulamada çoğu araştırmacı 0.20 alt seviyesini kullanmaktadır (40). Çalışmamızda madde toplam puan korelasyonlarının pozitif yönde ve yüksek değerde olması nedeniyle ölçeklerin iç tutarlılıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

DAM ölçeklerinin test – tekrar test ölçümlerine ilişkin DDYÖ, ÖYÖ ve KAÖ'nin korelasyon katsayıları sırasıyla 0.83, 0.74 ve 0.64 olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). Korelasyon katsayısı 0.70 ve üzerinde doyurucu olmakla birlikte, +1'e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir (63). Ancak literatürde, test - tekrar test skorları arasındaki korelasyon katsayısının doyurucu olması halinde bile her iki ölçümün ortalama ve standart sapmalarının incelenmesi gerektiği ve değişken gerçekten stabil ise, her iki ölçümün ortalama ve standart sapma değerlerinin birbirine yakın olması gerektiği belirtilmektedir (118). Bu bilgilerden yola çıkarak yapılan istatistiksel analizde DDYÖ ve ÖYÖ'nin test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışken; KAÖ'nin test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonucun nedeni olarak, birinci uygulamanın ve bireyin testin içeriği ile ilgili başka kaynaklardan zaman içinde öğrendikleri bilgilerin ikinci uygulama puanını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca literatürde bilgi, tutum, ruh hali ve fiziksel durum gibi özelliklerin iki ölçüm arasında herhangi bir nedenle değişebileceği bildirilmektedir. Bu sakıncaları giderebilmek için Testi Yarılama Yöntemi ile elde edilen Spearman-Brown güvenirlik katsayısına bakılması önerilmektedir (111). DDYÖ'nin iki eş yarıya bölünmesiyle (1-15; 16-30) oluşan Spearman-Brown katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir. KAÖ'nin iki eşdeğer yarıya bölünmesiyle (1-6; 7-12) oluşan Spearman-Brown katsayısı 0.80; ÖYÖ'nin iki eşdeğer yarıya bölünmesiyle (1-4; 5-8) oluşan Spearman-Brown katsayısı ise 0.84 olarak tespit edilmiştir. Alpar (2006) bir ölçek mükemmel derecede güvenilir ise her iki yarıdaki maddelerin toplamından elde edilen iki değişken arasındaki korelasyon katsayısının 1 ya da 1'e çok yakın olacağını belirtmektedir (3). Çalışmamızda DAM ölçeklerinin mükemmel yakın derecede güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

DAM ölçeklerinin Cronbach's Alpha (α) katsayıları: Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin 0.90 (alt boyutlarının sırasıyla 0.70, 0.74, 0.74, 0.64, 0.67, 0.76, 0.86, 0.74, 0.54, 0.83); Karar Alma Ölçeğinin 0.78 (alt boyutlarının sırasıyla 0.88, 0.82), Öz Yeterlik Ölçeğinin 0.85 bulunmuştur (Tablo 4.10). Farklı çalışmalar DDYÖ'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu belirtmiştir (122,141). Velicer ve arkadaşlarının (1985) KAÖ geliştirme çalışmalarında, ölçeğin alt boyutlarının α değerleri 0.79 ile 0.88 (178); Malezya'da yapılan başka bir çalışmada (2011) ise, 0.92 ile 0.69 olarak bulunmuştur (196). DiClemente ve arkadaşlarının (1985) ÖYÖ geliştirme çalışmasında ölçeğin α değeri 0.98 bulunmuştur (44).

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgular, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş olan DAM'a ait Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma ve Öz Yeterlik Ölçeklerinin Türkçe versiyonlarının yeterli derecede geçerli ve güvenilir ölçme araçları olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar çalışmanın birinci aşamasının H_1 hipotezini desteklemektedir.

5.2 Müdahale Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Genç kızlar ve kadınlar arasında giderek yaygınlaşan sigara kullanımı önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Bu sağlık sorunlarının önlenmesi ve üreme sağlığına ilişkin problemlerin azaltılmasında sigarayı bırakmak için davranış tedavileri daha güvenli bulunmaktadır. Çalışmamızda bu yaklaşımı desteklemek üzere yetişkin kadınlara DAM ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Davranış değişimini defalarca deneyen ve çoğu kez başarısız olan, değişimi tekrar düşündüğünde ise her defasında nereden ve nasıl başlayacağını bilemeyen, yıllarca davranışını değiştirmek isteyip de kronik düşünme aşamasında takılıp kalan bireylerin varlığı, başarılı bir davranış değişimi için farklı stratejiler kullanılması gerektiğinin birer göstergesidir. Ayrıca literatürde bireylerin davranış değişimi için farklı aşamalarda bulunduğu dikkat çekilerek, herkese kalıplaşmış aynı bilgilerin verilmesinin birçok kez zaman kaybıyla sonuçlandığı ve davranış değişimine karşı direnç geliştirdiği belirtilmektedir (35). Bu nedenle çalışmamızda DAM kullanılmış ve her bir aşamaya özgü eğitim verilmiştir.

Sigarayı bırakmak isteyen her birey bağımlılıktan kurtulmak için çeşitli yöntemleri denemekte ancak denenen yöntemlerde her zaman başarıyı

yakalayamamaktadır. Bireyin davranış değişikliği yapmasında içinde bulunduğu değişim aşamasının önemi büyüktür (180,186). Uygun girişimler bireyin davranış değişimini kolaylaştırarak değişim aşamasının ilerlemesine izin vermektedir (181). Barreto ve arkadaşlarının çalışmalarında (2012), DAM'a dayalı sigara bırakma girişimlerinin bireylerin düşünme aşamasından hareket aşamasına ilerlemelerinde etkili olduğu bulunmuştur (19). Çalışmamızda DAM'a yönelik verilen sigara bırakma eğitimlerinin değişim aşamalarının ilerlemesine bakıldığında müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların son görüşmelerine göre değişim aşamalarının arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4. 12). Müdahale grubundaki kadınların %13.2'sinin sigarayı bıraktığı belirlenmiş, kontrol grubunda ise sigara bırakan kadına rastlanmamış, iki grup arasında sigara bırakma yönünden fark önemli ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.13). Çalışmamızda birinci görüşmeden sonra yapılan telefon görüşmesinde bir kadının “...*eğitim, sigarayı bırakma sebeplerimi ortaya çıkarmamı sağladı. Sigarayı bir haftaya kadar bırakma kararı aldım. Sigarayı azalttım, dün iki tane içtim. Diş doktoruna gidip dişlerimi temizleteceğim ve bir daha sigara içmeyeceğim...*”, başka bir kadının “...*eğitimden sonra içtiğim her sigarayı 10 dakika ertelemeye çalıştım, sayıyı da azalttım. Artık kurtulmak istiyorum...*” ifadeleri eğitimin kadınların sigara bırakma davranışları üzerinde etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlarla araştırmanın ikinci aşamasının H_1 hipotezinin kabul edildiği söylenebilir. Erol ve Erdoğan'ın 60 adölesanla üzerinde yaptıkları çalışmada bir kez DAM'a dayalı sigara bırakma eğitimi sonucunda 3. ayda adölesanların %18.3'ünün, 6. ayda değerlendirmelerinde ise %33.3'ünün sigarayı bıraktığı belirlenmiştir (49). Bu çalışma sonucunda bizim çalışmamıza göre sigarayı bırakma yüzdesinin yüksek çıkmasında örneklem grubunun adölesan olması nedeniyle bağımlılık süresinin yetişkin gruba göre daha kısa olmasının rolü olabilir. Pantaewan ve arkadaşlarının (2012) askerlerle yürüttükleri DAM'a dayalı sigara bırakma çalışmalarında bir kez eğitim uygulanan grupta eğitimden altı ay sonra yapılan değerlendirmede askerlerin %4,5'inin sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Çalışmanın askerlerle yürütülmesinin, bir kez girişim yapılmasının ve girişimden altı ay sonra verilerin toplanmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmüştür (115). Evers ve arkadaşlarının çalışmalarında (2012), DAM'a dayalı bir ay aralıklarla üç kez eğitim verilen müdahale grubunda, üçüncü ay değerlendirilmesinde kontrol grubuna göre

davranış değişimi tedavisinin etkili olduğu saptanmıştır (52). Carpenter ve arkadaşlarının (2003) sigara bırakma tavsiyesi nde bulundukları ve dört hafta nikotin replasman tedavisi uyguladıkları grubun %9'unun sigarayı bıraktığı saptanmıştır (31). The Rhode Island Üniversitesi Kanser Önleme ve Araştırma Merkezi'nin aktardığına göre bireylerin kimseden yardım almadan tek başına davranış değiştirme çabalarının araştırıldığı bir çalışmada, 200 sigara kullanıcısının değişim düşünceleri olmasına rağmen iki yıl süresince bu aşamada kaldıkları ve değişim yönünde harekete geçemedikleri belirlenmiştir (29). Tüm bu çalışmalar DAM'ın davranış değişiminde etkili olduğunu göstermekle birlikte, bireylerin ve girişimlerin özelliklerine göre sigara bırakma oranlarının değiştiğini göstermektedir.

DAM bireysel davranış değişikliğini dinamik bir süreç olarak değerlendirmekte ve davranış değiştirmeye çalışan bireylerin eski davranışlarına dönebileceğini kabul etmektedir (34,139,160). Müdahale ve kontrol gruplarında son görüşmelerde relaps açısından (sırasıyla %13.2, %15.3) önemli bir farklılık görülmemesine rağmen, değişim aşamasının ilerleyen kadın oranında önemli farklılık (sırasıyla %50, %7.7) dikkat çekmektedir (Tablo 4.14 ve Tablo 4.15). Bu sonuçlar bize literatürde belirtildiği gibi davranış değiştirmeye çalışan bireylerin eski davranışlarına dönebileceğini (34,139,160) ve müdahale grubundaki kadınların değişim aşamalarını adım adım artırarak değiştirdiklerini göstermiştir (181). Yine literatürde relaps yaşayan bireylerin %15'inin düşünmeme, diğer %85'inin ise düşünme ve hazırlık aşamalarına dönüş yaptığı belirtilmiştir (9). Bu bilgiler davranış değiştirmeye çalışan bireyin eski davranışına dönebileceği gibi, bu davranışını tekrar değiştirmeyi düşünmediklerini de göstermektedir. Ayrıca literatürde davranış değişiminde en başarılı bireylerin, genellikle eski davranışa dönme ve yukarıda sözü edilen aşamalar arası geçişi ortalama üç dört kez yaşamış olan bireyler olduğu belirtilmektedir (29,116).

DAM'da, bireyin değişim aşaması ilerledikçe; bilişsel yöntemlerden davranışsal yöntemlere doğru davranış değiştirme yöntemi kullanımının yoğunluğunun artması, değişimin yarar algısının yükselmesi, değişimin zarar algısının düşmesi ve öz yeterliğin yükselmesi beklenmektedir (146,182). Literatüre göre davranış değiştirmeye çalışan bireyler belirli yöntemler kullanmakta (132,139) ve Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin alt boyutlarından alınan yüksek puan

davranış değişimindeki kullanılan bu yöntemler hakkında bilgi vermektedir (131). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunun DDYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilk görüşmelerde iki grup arasında DDYÖ'nin alt boyutları bakımından (çevreyi yeniden değerlendirme alt boyutu hariç) puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunurken ($p>0.05$), son görüşmede önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Ayrıca son görüşmedeki değişim aşamalarına göre müdahale ve kontrol grubunun DDYÖ'nin puan ortalamaları incelenmiş ve verilen eğitimin müdahale grubunda hangi yöntemlerin kullanımını arttırdığı değerlendirilmiştir. Buna göre iki grup arasında; düşünmeme aşamasında kendisi ile anlaşma ve duyuşal uyarılma; düşünme aşamasında uyarıların kontrolü; hazırlık aşamasında ise bilinçlenme, duyuşal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme ve kendini yeniden değerlendirme alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Lenio (2006), davranış değiştirme yöntemlerinin her birisinin değişimin aşamalarıyla ilişkili olduğunu, yöntem kullanımının düşünmeme aşamasında hiç kullanılmadığını ya da çok az kullanıldığını, düşünme ve hazırlık aşamasında yöntem kullanımının arttığını ve hareket aşamasında en fazla olduğunu, devam ettirme aşamasında ise yöntem kullanımının azaldığını belirtmiştir (93). Literatürde değişimi düşünmeyen veya düşünmeye yeni başlayan bireylerde bilinçlenme, duyuşal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme gibi bilişsel yöntemlerin kullanıldığı, değişim için kendini hazırlayan bireylerin kendini yeniden değerlendirme yöntemlerini, değişim için harekete geçen bireylerin ise davranışsal yöntemleri (sosyal özgürleşme, karşıt koşullanma, güçlendirme, uyarıların kontrolü, destekleyici ilişkiler) daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (29,83,91,104). Bu sonuçlara göre kadınların değişim aşamaları ilerledikçe daha çok davranış değiştirme yöntemi kullanmalarında modelin önemli bir etkisinin olduğu düşünülmüştür.

DAM'da bir başka değişken Karar Alma (değişimin yararları ve zararları)'dır (160). Değişimin yararlarının ve zararlarının değişim aşamalarıyla önemli bir ilişkisi vardır. Bireysel kararlar, değişimin bir aşamasından bir sonrakine taşınması için sağlık davranışına uyumun yararlarına ve zararlarına dayalıdır (29,124,145). Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının yeni davranışa (sigarayı bırakmak) uyumlarını değerlendirmek için Karar alma Ölçeği puan ortalamaları

karşılaştırılmıştır. İki grup arasındaki KAÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark son görüşmede önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Ancak hem müdahale hem de kontrol gruplarının ilk ve son görüşmelerine göre aldıkları KAÖ puan ortalamalarını karşılaştırıldığında; her iki grupta da yararlar alt boyutu puan ortalamalarında düşme gözlenmiş, zararlar alt boyutu puan ortalamalarında değişme görülmemiştir. Her iki grupta da yararlar alt boyutunun ilk ve son görüşme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$); zararlar alt boyutunun ilk ve son görüşme puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlar verilen eğitimin müdahale grubu lehine değişimin yararlarında ve zararlarında farklılık ortaya koymadığını göstermektedir. Ancak değişim aşamalarına göre kadınların değişimin yarar ve zarar algılarına bakıldığında, müdahale grubunda hazırlık aşamasına doğru kadınların yararlar puan ortalamalarının yükseldiği, hareket aşamasına doğru ise zararlar puan ortalamalarının düştüğü tespit edilmiştir (Şekil 4.6, Tablo 4.18). Literatürde hareket ve devam ettirme aşamasındaki bireylerin, bir davranışın yararlarını ön plana çıkarma eğilimindeyken, düşünmeme ve düşünme aşamasındaki bireylerin ise davranışın yararlarından çok zararlarını ön plana çıkarma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Hazırlık aşamasındaki bireyler ise, davranışın yararlarının ve zararlarının dengede olduğu davranış eğilimi göstermektedir (29,50,120,163). Çalışmamızda düşünme aşamasındaki bir kadının “...sigara beni rahatsız ediyor aslında... Ağzı kokusuna neden olduğu için günde bazen 3-4 kez dişlerimi fırçalamak zorunda kalıyorum. Cildime de çok zararı oldu. Eskiden daha canlı ve parlak bir cildim vardı...”, düşünme aşamasındaki diğer bir kadının “...günde bir paket sigara içiyorum, günde 6.5 TL harcıyorum. Bu da beni maddi anlamda zorluyor...” ifadeleri düşünme aşamasındaki bireylerin daha fazla davranışın zararlı yönlerini ortaya çıkardığını göstermektedir. Hazırlık aşamasındaki bir kadının “...sigarayı bırakmayı en çok ailem için istiyorum. En çok ihtiyaç duydukları bir zamanda onları yalnız bırakmak istemiyorum. Merdiven çıkarken zorlanıyorum. Sigarasızlığa alışmak benim için çok zor olacak biliyorum, en büyük dostumdu ama deneyeceğim...” sözleri hareket aşamasında davranışın hem yararlarının ve hem de zararlarının ön plana çıktığını göstermektedir. Değişim aşamaları ilerledikçe bireylerin yararlar alt boyutunun puanlarında yükselme, zararlar alt boyutunun puanlarında ise düşme beklenmelidir.

Aşamalar ilerledikçe müdahale grubunda yararlar alt boyutunun puan artışı, zararlar boyutunun puan azalması literatürle (29,50,84,120,160) uyum göstermektedir.

Öz Yeterlik DAM'daki diğer bir değişkendir. Öz Yeterlik zorlayıcı durumlar karşısında sağlıklı davranışı sürdürebilme konusunda bireyin kendine olan güvenini yansıtmaktadır. Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının yeni davranışı sürdürebilme konusunda kendilerine olan güvenlerini değerlendirmek için ÖYÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Son görüşmede iki grup arasındaki ÖYÖ'nin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Ayrıca hem müdahale hem de kontrol gruplarının ilk ve son görüşmelerinde ÖYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur. Bunun üzerine değişim aşamalarına göre her iki grubun Öz Yeterlik Ölçeği puan ortalamaları da karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da değişim aşamaları ilerledikçe ÖYÖ puan ortalamalarında artış tespit edilmiş ancak müdahale grubunda görülen artış istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$); kontrol grubunda ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.18). Buradan eğitimlerin müdahale grubundaki kadınların öz yeterliklerini arttırdığı söylenebilir. Bu sonuçlar DAM ile uyumlu olup, literatürle (30,104,156) benzerlik göstermektedir. Nigg (2001) çalışmasında, öz yeterlik ile değişim aşamaları arasında pozitif bir korelasyon olduğunu tespit etmiş, değişim aşaması ilerledikçe bireylerin öz yeterliğinin de arttığını belirlemiştir (106). Çalışmamızda düşünme aşamasında bulunan bir kadının *“kendimi şu anda sigarayı bırakabilecek kadar güçlü hissetmiyorum”*, hazırlık aşamasındaki diğer bir kadının *“...istersem sigarayı bırakırım. Başka birşeye ihtiyacım olduğunu düşünmüyorum. Sigarayı bırakmak benim için sadece irade meselesi...”* sözleri değişim aşamalarının kadınların öz yeterliğini nasıl etkilediğini göstermektedir. Literatürde bireylerin öz yeterliğinin en fazla hareket ve devam ettirme aşamasında yükseldiği, davranış değişikliği sürecine kendilerini bilişsel açıdan yeterince hazırlamadıkları zaman relaps riskinin arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle değiştirilen davranışı devam ettirmenin daha zor olduğu ve davranış değiştiren bu bireylerde davranışı devam ettirmek için görüşmelerin devam etmesi gerektiği belirtilmiştir (104). Farklı çalışmalarda sigaranın bırakılması üzerinde önemli düzeyde bir etkiye sahip olan öz yeterliğin sigarayı yeni bırakan bireylerde, bırakıp yeniden başlayan bireylere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (30,156). Bununla birlikte sigaraya

yeniden başlamaya etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda, sigaraya tekrar başlamayı pek çok değişkenin etkilediği ancak öz yeterliğin davranış değişiminde ve devam ettirilmesinde oldukça etkili olduğu ileri sürülmüştür (29,146,182).

Sigarayı bıraktırma girişiminin sonunda, davranış değişimi gerçekleştirememiş bireyin, içilen sigara sayısını azaltması, düşük nikotin içeren sigara içmeye başlaması da sık görülen bir durumdur. Hazırlık aşamasındaki bir kadının “...zaten sigarayı azaltmıştım. İçmeden önce içtiğim her sigaranın yarısını kırıp atıyorum. Haftaya sigarayı bırakmaya karar verdim...”, diğer bir hazırlık aşamasındaki kadının “...çalıştığım yerde de bırakma sözümü çevremle paylaşıyorum. Arkadaşımla birlikte sigarayı azaltmaya başladım. Her sabah içtiğim sigarayı yarım saat sonra alıyorum...” ifadeleri bize bireylerin eski davranışlarının zarar algılarının yükseldiğini göstermekle birlikte, etkisiz bir baş etme yöntemi kullandıklarını göstermektedir. Ancak literatürde bireyin sigarayı azaltmasının tekrar değişime karar vermesi durumunda başarı şansını yükselteceği belirtilmektedir (29). Bu bilgidan yola çıkarak görüşmelerde müdahale ve kontrol gruplarının bir günde içtikleri sigara sayısı sorulmuştur. Müdahale grubunun son görüşmesinde bir günde içilen sigara sayılarında düşüş gözlenirken; kontrol grubunda değişiklik olmadığı göze çarpmaktadır. Müdahale grubunun ilk ve son görüşmedeki bir günde içtikleri sigara sayıları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$); kontrol grubunda ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Ayrıca müdahale ve kontrol gruplarının son görüşmelerde bir günde içilen sigara sayısı arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19). Bununla birlikte müdahale grubunun bir günde içtiği sigara sayısı ortalamaları ilk görüşmede 12.8 ± 10.4 , ikinci görüşmede 10.8 ± 6.5 , üçüncü görüşmede 9.3 ± 5.2 ve son görüşmede 9.3 ± 5.5 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.20). Müdahale grubunda görüşmelerde içilen sigara sayısının giderek azaldığı görülmüş ve yapılan istatistiksel analizde görüşmelere göre bir günde içilen ortalama sigara sayısı arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Farklı çalışmalarda sigara azaltmanın sigara bırakma oranlarını yükselttiği belirtilmektedir (11,29,31,69). Literatürde bireyin davranış değişimini gerçekleştirememiş olsa da, içilen sigara sayısını azaltmasının ileride gerçekleştirebileceği değişimin başarısını arttıracığına dikkat çekilmektedir (29,93). Çalışmamızın sonuçları literatürü destekler nitelikte

olup, müdahale grubunda yer alan kadınların bir günde içtikleri sigara sayısını azaltmalarının ilerleyen takiplerde bırakma şansını artıracakı öngörülmektedir.

Sonuç olarak, sigarayı bırakmak bireylerin yaşamlarında bazıları için dönüm noktası, bazıları için yeni bir başlangıç olabilir. Önemli olan bireyin kendine zarar veren bağımlılığının farkına varması ve bu bağımlılıktan kurtulabileceği stratejileri uygulamasıdır. Bu süreç özellikle uzun süre sigara içmiş bireyde kolay geçmeyecektir. Devam ettirme aşamasında ise davranış değişiminin yok olduğu gibi bir sonuç çıkarılmamalı, bireyin başarıyı devam ettirmesi tüm yaşamı boyunca desteklenmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Sonuçlar

- Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgular, sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş olan DAM ait Davranış Değiştirme Yöntemleri, Karar Alma ve Öz Yeterlik Ölçeklerinin Türkçe versiyonlarının yeterli derecede geçerli ve güvenilir ölçme araçları olduğunu göstermiştir.
- DAM ölçeklerinin Cronbach's Alpha (α) katsayıları: Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeğinin 0.90 (alt boyutlarının sırasıyla 0.70, 0.74, 0.74, 0.64, 0.67, 0.76, 0.86, 0.74, 0.54, 0.83); Karar Alma Ölçeğinin 0.78 (alt boyutlarının sırasıyla 0.88, 0.82), Öz Yeterlik Ölçeğinin 0.85 bulunmuştur.

6.2 Müdahale Çalışmasına İlişkin Sonuçlar

- Müdahale grubunun ilk ve son görüşmelerindeki değişim aşamalarında oluşan fark istatistiksel açıdan önemli ($p < 0.05$); kontrol grubunda önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).
- Müdahale ve kontrol gruplarında son görüşmelerde relaps açısından (sırasıyla %13.2, %15.3) önemli bir farklılık yokken, değişim aşaması ilerleyen kadın oranında önemli farklılık (sırasıyla %50, %7.7) tespit edilmiştir.
- Müdahale grubunun %13.2'si sigarayı bırakmış, kontrol grubu içinde ise sigarayı bırakan kadın tespit edilememiştir.
- Müdahale ve kontrol gruplarında son görüşmelerde Davranış Değiştirme Yöntemleri Ölçeği'nin tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p < 0.05$), Karar Alma ve Öz Yeteterlik Ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).
- Müdahale grubunda düşünmeme aşamasında bilinçlenme ve duyuşal uyarılma, düşünme aşamasında kendini yeniden değerlendirme ve destekleyici ilişkiler, hazırlık aşamasında duyuşal uyarılma ve kendini yeniden değerlendirme, hareket aşamasında ise çevreyi yeniden değerlendirme, kendini yeniden değerlendirme, kendisi ile anlaşma, karşıt koşullanma ve güçlendirme alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı görülmüştür.

- Müdahale grubunda son görüşmelerde kadınların değişim aşaması ilerledikçe Karar Alma Ölçeğinin yararlar alt boyutunun puan ortalamaları yükselmiş, zararlar alt boyutunun puan ortalamaları düşmüştür. Kontrol grubunda Karar Alma Ölçeğinin alt boyutlarında önemli bir değişme gözlenmemiştir. Müdahale grubunda Karar Alma Ölçeğinin yararlar alt boyutunun puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuş ($p<0.05$); zararlar alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise değişim aşamalarına göre Karar Alma Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).
- Çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubunda değişim aşamaları ilerledikçe Öz Yeterlik Ölçeğinin puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Ancak müdahale grubunda görülen artış istatistiksel açıdan önemli ($p<0.05$); kontrol grubunda ise önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).
- Müdahale grubunun son görüşmelerinde bir günde içilen sigara sayılarında kontrol grubuna göre düşüş gözlenmiş ve bu düşüş istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19).

ÖNERİLER

- DAM ölçeklerinin sigara içen yetişkinler için planlanan davranış değişimi programlarında ölçüm aracı olarak kullanılması,
- Değişim aşamalarına odaklı hazırlanan sigara bırakma rehberinin farklı çalışmalarda kullanılması,
- Davranış değişikliği oluşturmaya desteklemede kullanılan modeller hakkında tüm sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim ya da kurs düzenlenmesi, lisans eğitimlerinin müfredatı içine davranış değiştirme modellerinin entegre edilmesi,
- Davranış değiştirme çalışmalarının daha geniş zamana yayılması ve daha büyük örneklem grubuyla randomize kontrollü çalışmalarla yürütülmesi,
- DAM'ın farklı bağımlılık davranışlarında ve farklı örneklem gruplarıyla kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abbot, N.C., Stead, L.F., White, A.R., Barnes, J., Ernst, E. (2000). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2, CD001008.
2. Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
3. Alpar, R. (2006). Performans Testlerinde Geçerlilik ve Güvenirlik. *Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik*. (s. 299-306). 3. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
4. Alterman, A, Gariti, P., Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychol Addict Behav*, 15, 261-4.
5. American Lung Association. (2013) Women and Tobacco Use. Erişim: 31.01.2012. www.lungusa.org/stop-smoking/about-smoking/facts-figures/women-and-tobacco-use.html.
6. American Society for Reproductive Medicine (2004). Smoking and infertility. *Fertil Steril*, 82, 62-6.
7. Amos, A., Mackay, J. (2004). Tobacco and Women. P., Boyle, N., Gray, J., Henningfield, J., Seffrin, W., Zatonski. (Ed.). *Tobacco Science, Policy and Public Health*. (p. 329-51). New York; Oxford University Press.
8. Anatchkova, M.D., Redding, C.A., Rossi, J.S. (2007). Development and validation of transtheoretical model measures for Bulgarian adolescent non-smokers. *Subst Use Misuse*, 42, 23-41.
9. Anciaz, J.D., Nogler, R.A. (2003). Tobacco cessation in primary care: Maximizing intervention strategies. *Clin Med Res*, 3, 201-16.
10. Arkin, E., Maibach, E., Parvanta, C. (2002). General Public: Communicating to Persuade, D., Nelson, R., Brownson, P. Remington, C., (Ed.). *Communicating Public Health Information Effectively*, Washington: American Public Health Association.

11. Asfar, T., Ebbert, J.O., Klesges, R.C., Relyea, G.E. (2011). Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit? *Addict Behav*, 36(7),764-8.
12. Aswall, J.E. (1997). The Who Wants Governments to Encourage People to Stop Smoking. *BMJ*, 314, 1688.
13. Aveyard, P., Lawrence, T., Cheng, K.K., Griffin, C., Croghan, E., Johnson, C. (2006). A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *Br J Health Psychol*, 11(2), 263–78.
14. Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Manaseki, S., Griffin, C. (2009). The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Soc Sci Med*, 68(3), 397–403.
15. Aveyard, P., Sherrat, E., Almond, J. (2001). The change-in stage and update smoking status results from a clustur-randomizeed trial of smoking prevention and cessationusing the transtheoretical modelamong british adölescent. *Preventive Medicine*, 33, 313-324.
16. Aycan, S., Aşar, O., Özkan, S., Demirören, M., Evci, D. (2000). 21. Yüzyılda Herkes için Sağlık. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
17. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, *American Psychologist*, 37(2), 122-47.
18. Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. (p.11). Cambridge; New York: Cambridge University Press.
19. Barreto, R.B., Pincelli, M.P., Steinwandter, R., Silva, A.P., Manes, J., Steidle, L.J. (2012). Smoking among patients hospitalized at a university hospital in the south of Brazil: prevalence, degree of nicotine dependence, and motivational stage of change. *J Bras Pneumol*, 38(1), 72-80.
20. Barrett, P. (2007). Structural Equation Modelling: Adjudging Model Fit. *Personality and Individual Differences*, 42, 815-824.
21. Bayram, N. (2010). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş & AMOS Uygulamaları*, (s.78) Bursa: Ezgi Kitapevi.

22. Beck Institute. (2012). Cognitive Behavior Therapy, Erişim: 31.1.2012.
http://www.beckinstitute.org/what-is-cognitive-behavioral-therapy/?gclid=CIeH9pXD_K0CFQGFDgodzWA8rg. 2012.
23. Behr, J., Nowak, D. (2002). Tobacco smoke and respiratory disease. G. D'Amato and S.T. Holgate (Ed.). *Impact of Air Pollution on Respiratory Health*. (p. 161-79). Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon.
24. Bilir N. (2005). Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü. s.1-7. Erişim:22.03.2012.
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri.pdf.
25. Bilir, N. (2006). Tütün ve Kanser İlişkisi, Ülkemiz Açısından Önemi. Erişim: 03.12.2012. http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/tutun.pdf.
26. Bonovas, S., Fikioussi, K., Tsantes, A., Peponis, V. (2004). Epidemiological association between cigarette smoking and primary open angle glaucoma: a meta analysis. *Public Health*, 118, 256-261.
27. British Medical Association. (2004). *Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. (p.1-65). London: BMA, Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre.
28. Büyüköztürk, ř. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32, 470-483.
29. Cancer Prevention Research Center. (2012). Transtheoretical Model. Erişim: 23.2.2012.
<http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>.
30. Carey, K.B., Carey, M.P. (1993). Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking. *Psychol Addict Behav*, 7, 219-24.
31. Carpenter, M.J., Hughes, J.R., Keely, J.P. (2003). Effect of smoking reduction on later cessation: a pilot experimental study. *Nicotine Tob Re.*, 5(2), 155-62.
32. Castellsagué, X., Bosch, F.X, Muñoz, N. (2002). Environmental cofactors in HPV carcinogenesis. *Virus Res*, 89, 191-9.

33. Centers for Disease Control Prevention (CDC). (2006). Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13- 15 years-worldwide, 1999-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 55, 553-6.
34. Chang, L. (2006). A new health education for occupational health promotion- Transtheoretical Model approach. *International Congress Series* 1294, 115-118.
35. Cingözbay, B.Y., Işılak, Z., Tokatlı, A., Uzun, M. (2011). Editöre Mektuplar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 467.
36. Cole, T.K. (2001). Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Heart Lung*, 30, 148-58.
37. Corral, S., Calvete, E. (2000). Machiavellianism: Dimensionality of the Mach IV and Its Relation to Self-Monitoring in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 3-13.
38. Covino, N.A., Bottari, M. (2001). Hypnosis, behavioral theory and smoking cessation. *J Dent Educ*, 65, 340-7.
39. Çapri, B. (2006). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 62-77.
40. Davis, L.L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
41. Demir, R., Kaya, M., Üner, M., Erben, T. (1991). The Effects of Cigarette Smoking on Placental Barrier. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 1, 30-6.
42. Dempsey, D.A., Benowitz, N.L. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf*, 24, 277-322.
43. DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Velasquez, M. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and contemplation/action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
44. DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognit Ther Res*, 9(2), 181-200.

45. Dünya Sağlık Örgütü. (2005). Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. s. 1-20. (N. Bilir, Çev.). Ankara: Tütünsüz Yaşam Derneği (2005).
46. Eren, N. (1985). Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayın No:18,
47. Erentuğ, V., Bozbuğa, N.U., Mansuroğlu, D., Ardal, H., Göksedef, D., Özen, Y., Kırallı, K., Güler, M., Balkanay, M., İpek, G., Akıncı, E., Alp, M., Yakut, C. (2003). Elektif Abdominal Aort Anevrizma Cerrahi Onarımı Sonrasında Renal Disfonksiyon. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 11, 181-184
48. Ergul, S., Temel, AB. (2009). The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. *International Nursing Review*, 56(1), 102–108.
49. Erol, S. Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*, 72, 42–48.
50. Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için Transteoretik Modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 86-94.
51. Etter, J.F., Perneger, T.V., Ronchi, A. (1997). Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med*, 26(4), 580-5.
52. Evers, K.E., Paiva, A.L., Johnson, J.L., Cummins, C.O., Prochaska, J.O., Prochaska, J.M., Padula, J., Gökbayrak, N.S. (2012). Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addict Behav*, 37(9), 1009-18.
53. Ferguson, K.J. (1998). Health Behaviour. R.B.,Wallace, B.N., Doebbeling, J.M., Last (Ed.). *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, p. 811-815. 14. ed. Stamford, CT: Appleton and Lange.

54. Fiore, M.C, Bailey, W.C., Cohen, S.J. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; AHRQ Publication No: 00-0032,.
55. Fowles, J., Shusterman, D. (2004). Cigarette Science: Addiction By Desing. P., Boyle, N., Gray, J., Henningfield, J., Seffrin, W., Zatonski. (Ed.). *Tobacco Sience, Policy and Public Health*. (p.176). New York: Oxford University Pres.
56. Glynn, T.J., Manley, M.W., Pechacek, T.F. (1990). Physicianinitiated Smoking Cessation Program: The National Cancer Institute Trials. *Advances in Cancer Control: Screening and Prevention Research*, 339, 11–25.
57. Gomez- Zamudio, M., Renaud, L., Labrie, L., Masse, R., Pineau, G., Gannon, L. (2004). Role of pharmacological aids and social supports in smoking cessation associated with Quebec’s 2000 Quit and Win campaign. *Prev Med*, 38, 662-7.
58. Görpelioğlu, S. (2009). *Sağlıklı Yaşam Tarzı ve Davranış Değişikliği*. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi* 2009, Tanıtım Sayısı, 16-21.
59. Gözümlü, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 5(1), 3-14.
60. Green, L.W. (1998). Prevention and Health Education, R.B., Wallace, (Ed.). *Maxcy-Rosenau Public Health & Preventive Medicine*, 14. Ed. Stamford: Appleton & Lange A Simon & Schuster Company.
61. 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(6), 673–8.
62. Grimshaw, G.M., Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 18, CD003289.
63. Güleç, H. (2009). Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 175-186.

64. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. s.57. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
65. Ham, O.K. (2007). Stages and processes of smoking cessation among adolescents. *West J Nurs Res*, 29, 301-15.
66. Hansen, B.T., Kjaer, S.K., Munk, C., Tryggvadottir, L., Sparén, P., Hagerup-Jenssen, M., Liaw, K.L., Nygård, M. (2010). Early smoking initiation, sexual behavior and reproductive health - a large population-based study of Nordic women. *Prev Med*, 51(1), 68-72.
67. Haspolat, K., Gürkan, F. (2002). Akciğer hastalıklarında osteoporoz ve kemik tutulumu. *Dicle Tıp Dergisi*, 28, 31-45.
68. Haug, K., Irgens, L.M., Baste, V., Markestad, T., Skjaerven, R., Schreuder, P. (1998). Secular trends in breast feeding and parental smoking. *Acta Paediatr*, 87, 1023-7.
69. Health Development Agency. (2004). Smoking and public health: a review of reviews of interventions to increase smoking cessation, reduce smoking initiation and prevent further uptake of smoking, 2004. 1st. Ed. (p. 30) http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/smoking_evidence_briefing.pdf. Erişim: 10.04.2012.
70. Hodgetts, G., Broers, T., Godwin, M. (2004). Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract*, 11, 1-7.
71. Hoepfner, B.B., Velicer, W.F., Redding, C.A., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Pallonen, U.E., Meier, K.S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1363-72.
72. Hollis, J.F., Polen, M.R., Whitlock, E.P., Lichtenstein, E., Mullooly, J.P., Velicer, W.F., Redding, C.A. (2005). Teen Reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics*, 115, 981-99.

73. Hulton, J.L. (2001). The application of the transtheoretical model of change to adolescent sexual decision making. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(2), 95-115.
74. Janis, I.L., Mann, L. (1997). *Decision Making: A Psychological Analysis Of Conflict, Choice And Commitment*. New York: The Free Press.
75. Janson, C. (2004). The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *Int J Tuberc Lung Dis*, 8, 510-6.
76. Joesbury, K.A., Edirising, W.R., Phillips, M.R., Yovich, J.L. (1998). Evidence that male smoking affects the likelihood of a pregnancy following IVF treatment: application of the modified cumulative embryo score. *Hum Reprod*, 13, 1506-13.
77. Jöreskog, K.G., Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. (s.105-125). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Sörbom.
78. Kamisli, S. Öz, F. (2011). Evaluation of a Smoking Cessation Psychoeducational Program for Nurses. *Journal of Addictions Nursing*, 22(3), 117-123(7).
79. Karasar N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (s. 56-72). 7. Basım, Ankara: Sim Matbaası.
80. Karatay, G., Kublay, G., Emiroglu, O.N. (2010). Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1328-37.
81. Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z.A., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.
82. Kim, Y.H. (2003). Korean adolescents' exercise behavior and its relationship with psychological variables based on stages of change model. *Journal of Adolescent Health*, 34(6), 523-30.
83. Kim, Y.H. (2006). Adolescents' smoking behavior and its relationships with psychological constructs based on transtheoretical model: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 43, 439-46.

84. Kim, Y.H. (2007). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 936–44.
85. Klein, R., Klein, B.E., Moss, S.E. (2000). The epidemiology of retinal vein occlusion: the Beaver Dam Eye study. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 98, 133-141
86. Kleinjan, M., Brug, J., van den Eijnden, R.J., Vermulst, A.A, van Zundert, R.M., Engels, R.C. (2009). Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. *Addiction*, 103, 331-8.
87. Kreuter, M.W., Chheda, S.G., Bull, F.C. (2000). How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Rch Fam Med*, 9, 426-33.
88. Kublay, G., Terzioğlu, F., Karatay, G. (2008). Gebelik ve Sigara. Erişim: 30.01.2012. <http://www.saglik.gov.tr/GARD/dosya/1-36757/h/f-17-gebelik-ve-sigara.pdf>. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. s.7-11.
89. Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., Yener, G. (2009). The Reliability and Validity of The Caregiver Burden Inventory in Turkey. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 26(1), 60-73.
90. Küçükturan, G. (2005). Anne Baba Tutum Ölçeği. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 19, 238-250.
91. Lawrence, T. (1999). A stage-based approach to behaviour change, E.R., Perkins, I., Simnett, L., Wright, (Ed.). *Evidence Based Health Promotion*, (p.64-75). Wiley: Chichester.
92. Le Foll, B., Melihan-Cheinin, P., Rostoker, G., Lagrue, G., for the working group of AFSSAPS. (2005). Smoking cessation guidelines: Evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry*, 20, 431-41.
93. Lenio, J.A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *J Student Research*, 5, 73-86.

94. Lifrak, P., Gariti, P., Alterman, A., McKay, J., Volpicelli, J., Sparkman, T., O'Brien, C. (1997). Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict*, 6, 93-8.
95. Lindbohm, M.J., Sallmén, M., Taskinen, H. (2002). Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scand J Work Environ Health*, 28, 84-96.
96. Magil, F.N. (1993). *Survey Of Social Sciense (Psychology Series)*(p. 380-5), Salem Pres.
97. Manfredi, C., Crittenden, K.S., Warnecke R, Engler J, Cho Y, Shaligram C. (1999). Evaluation of A Motivational Smoking Cessation Intervention for Women in Public Health Clinics. *Preventive Medicine*, 28(1), 51–60.
98. Marchbanks, P.A., Le, N.C., Peterson, H.B. (1990). Cigarette smoking as a risk factor for pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*, 162, 639-44.
99. Mathers, V.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PloS Medicine*, 3(11), 442.
100. McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1998). Stages of change in psychotherapy - measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 368–75.
101. McNeill, A., West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 53, 1-19.
102. Miller, M., Wood, L. (2003). Effectiveness of smoking cessation interventions: Review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. *Aust N Z J Public Health*, 27, 300-9.
103. Miller, M.P., Gillespie, J., Billian, A., Davel, S. (2001). Prevention of smoking behaviors in middle school students: student nurse interventions. *Public Health Nurs*, 18, 77-81.
104. Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. The Guilford Press, New York, London, 274-275.

105. Mishel, M.H. (1998). Methodological Studies: Instrument Development. P.J., Brink, M.J., Wood. (Ed.). *Advanced Design in Nursing Research*. (p. 235-86). 2. Edition, New Delhi: SAGE Publications.
106. Nigg, C.R. (2001). Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 11-20.
107. Oberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide from exposure to second-hand smoke: aretrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377(9760), 8-14.
108. Oğuzöncül, F. (2012). Pasif Sigara Dumanının Sağlık Etkileri. Erişim: 03.12.2012.
http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/ferdane_oguzoncu1.pdf.
109. Örsel, O. (t.y.). Tütün ve Tütün Kontrolü. (s. 1-7). Erişim: 03.04.2012.
http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5-ppt-pdf/osman_orsel_tutun.pdf.
110. Özcebe, H. (2008). Çocuklar ve Sigara. Erişim: 30.01.2012
http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/Cocuklar_ve_Sigara.pdf. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. s.7.
111. Özgüven, İ.Ö. (2000). *Psikolojik testler*. (s. 83-120). Dördüncü baskı, Ankara: PDREM yayınları, Sistem Ofset.
112. Öztekin, Z. (1986). Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayın No:86/33, Kısa Dizi No:1.
113. Öztuna, F. (2005). Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25, 546-550.
114. Özvarış, ŞB. (2011). *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*. (p.40-59). (2. B.). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
115. Pantaewan, P., Kengganpanich, M., Tanasugarn, C., Tansakul, S., Termsirikulchai, L., Nityasuddhi, D. (2012). Three intervention levels for improving smoking behavior among Royal Thai Army conscripts. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 43(4), 1018-24.

116. Patten, S., Vollman, A., Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2000, 11: 57-66.
117. Peto, R., Lopez, A.D. (2001). Future worldwide health effects of current smoking patterns. C.E., Koop, C.E., Pearson, M.R., Schwarz. (Ed.). *Critical Issues In Global Health*. (p. 154-161). San Francisco: Wiley.
118. Pierce, A.G. (1995). Measurement. L.A., Talbot, (Ed.). *Principles and Practice of Nursing Research*. (p. 265-290). Mosby. St. Louis.
119. Pizacani, B.A., Martin, D.P., Stark, M.J., Koepsell, T.D., Thompson, B., Diehr, P. (2004). A prospective study of household smoking bands and subsequent cessation related behaviour: The role of stage of change. *Tob Control*, 13, 23-8.
120. Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E., Meier, K.S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. *Addictive Behavior*, 26, 551-557.
121. Pro-change Behavior System. (2012). Transtheoretical Model. Erişim: 28.03.2012. <http://www.prochange.com/ttm>.
122. Pro-Change Behavior Systems. (2012). Stage-Based Measures and Manuals. Erişim: 05.03.2012. <http://www.prochange.com/smoking-cessation-program>.
123. Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Levesque, D.A. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Adm Policy Ment Health*, 28(4), 247-61.
124. Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
125. Prochaska, J.O., Butterworth, S., Redding, C.A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., Flaherty-Robb, M., Prochaska, J.M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med*, 46(3), 226-31.

126. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-88.
127. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model. *J Consult Clin Psychol*, 51, 390-5.
128. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1985). Common processes of change for smoking, weight control, and psychological distress. Shiffman S, Wills T, eds. *Coping and Substance Abuse*. (p. 345-64). New York: Academic Press,
129. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. W.R., Miller, N., Heather, (Eds.). *Treating addictive behaviors: processes of change*. (p. 3–27). New York: Plenum Press.
130. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992, 28, 183–218.
131. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47(9), 1102–14.
132. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol*, 12(5), 399–405.
133. Prochaska, J.O., Goldstein, M.G. (1991). Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med*, 12, 727-36.
134. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2010). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. (7th ed.) Brooks & Cole.
135. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: W. Morrow.
136. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M.J., Abrams, D.B. (1992). Attendance and outcome in a worksite weight control program:

processes and stages of change as process and predictor variables. *Addict Behav*, 17, 35-45.

137. Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E. (1997). The Transtheoretical Model and stages of change. K., Glanz, F.M., Lewis, B.K., Rimer. (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, (p. 60-84). (2. Eds). San Francisco: Jossey-Bass.
138. Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S., Velicer, W.F. (1994). The Transtheoretical Model and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-86.
139. Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
140. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., (2004). Multiple risk expert systems interventions: impact of simultaneous stage-matched expert system interventions for smoking, high-fat diet, and sun exposure in a population of parents. *Health Psychol*, 23, 503-16.
141. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 520-8.
142. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Rossi, J.S., Tsoh, J.Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addict Behav*, 26, 583–602.
143. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Guadagnoli, E., Rossi, J.S., DiClemente, C.C. (1991). Patterns of change: dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behav Res*, 26, 83-107.
144. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S, Goldstein, M.G., Marcus, B.H, (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*, 13(1), 39–46.
145. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S, Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding C.A., Rosenbloom, D., Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.

- 146.Redding, C.A., Rossi, S.J., Rossi, R.S., Velicer, W.F., Prochaska, J.O.(2000). Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3 (Special Issue), 180–193.
- 147.Reime, B., Ratner, P., Seidenstücker, S., Janssen, P., Novak, P. (2005). Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among german industrial employees. *Am J Health Promotion*, 20(4), 259-266.
- 148.Reynolds, P., Hurley, S., Goldberg, D.E., Antonculver, H., Bernstein, L., Deapen, D. (2004). Active smoking, house hold passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. *J Natl Cancer Inst*, 96, 29-37.
- 149.Rice, V.H., Stead, L.F. (2009). Nursing interventions for smoking cessat
Cochrane Database Syst Rev. Erişim: 10.04.2012.
<http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001188.pdf>.
- 150.Rodgers, W.M., Courneya, K.S., Bayduza, A.L. (2001). Examination of the transtheoretical model and exercise in 3 populations. *Am J Health Behav*, 25, 33-41.
- 151.Rossi, J.S. (1992). *Common Processes of Change Across Nine Problem Behaviors*. Paper presentation at the 100th annual convention of the American Psychological Association. Washington, DC.
- 152.Sağlık Bakanlığı Havanı Koru Dumansız Hava Sahası. (2013). Erişim: 15.01.2013. <http://www.havanikoru.org.tr>.
- 153.Schumacker, R.E., Lomax, R.G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. (s: 79-122). Second Edition. Londra: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- 154.Sezer, R.E. (2002). Dünya’da ve Türkiye’de sigara tüketiminin eğilimleri. *Hipokrat Dergisi*, 11(3), 56-63.
- 155.Shafey, O., Dolwick, S., Guindon, G.E. (2003). *Tobacco Control Country Profiles*, (2. Ed.). Atlanta: American Cancer Society.

156. Shiffman, S., Paty, J.A., Kassel, J.D., Gnys, M., Zettler-Segal, M. (1994). Smoking behavior and smoking history of tobacco chippers. *Experiment Clin Psychopharm*, 2, 126- 42.
157. Shinitzky, H.E, Kub, J. (2001). The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs*, 18, 178-85.
158. Solberg, Y., Rosner, M., Belkin, M. (1988). The association between cigarette smoking and ocular diseases. *Surv Ophthalmol*, 42, 535-47.
159. Sönmez, V. (1999). Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlışlıklar. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 13-28.
160. Spencer, L., Adams, T.B., Malone, S., Roy, L., Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promot Pract*, 7(4), 428-443.
161. Swan, G.E., Javitz, H.S., Jack, L.M., Curry, S.J., McAfee, T. (2004). Heterogeneity in 12-month outcome among female and male smokers. *Addiction*, 99, 237-50.
162. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012). 15-49 Yaş Kadın İzlem Formu <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-62662/h/15-49-yaskadinizlemformu.doc>. Erişim: 6.3.2012.
163. Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. (s. 253-68). 3. Baskı, Ankara: Nobel Basımevi.
164. Taymoori, P., Niknami, S., Berry, T., Lubans, D., Ghofranipour, F., Kazemnejad, A. (2008). A school-based randomized controlled trial to improve physical activity among Iranian high school girls. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(18), 23-40.
165. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). *Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin)*. (s. 20). Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti.
166. Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Karatay, G. (2008). *Sigara ve İnfertilite*. (s. 61-73). Bilir N, (Ed.) Tütünle Mücadele Bilgi Serisi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 735. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

167. Tezcan, S., Yardım, N. (2003). Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberk Toraks*, 51, 390-7.
168. Tillis, T.S., Stach, D.J., Cross-Poline, G.N., Annan, S.D., Astroth, D.B., Wolfe, P. (2003). The transtheoretical model applied to an oral self-care behavioral change: development and testing of instruments for stages of change and decisional balance. *J Dent Hyg*, 77(1), 16-25.
169. Türk Toraks Derneği. (2009). Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 10(Ek 9).
170. Türkcan, A., Güler, N., Özçete, N., Özgür, S., Çakmak, D. (2005). Bir sigara bırakma programının değerlendirilmesi. *Türkiyede Psikiyatri*, 7, 33-7.
171. Türker, F.A., Dizdar, Ö. (2005). Lösemiler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 90-95. Erişim: 03.12.2012. <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/eylul05/9.pdf>.
172. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2011. Erişim: 23.02.2012. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>.
173. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (2012) Sigaranın zararları Erişim: 12.05.2012. <http://www.tapdk.gov.tr/tutunalkolkontrol/Sigaran%C4%B1n%20Zararlar%C4%B1%20Hakk%C4%B1nda%20Bilgi%20Notu,%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>.
174. US Department of Health and Human Services (1979). Smoking and health: A Report of the Surgeon General. (p.15). Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Surgeon Generals Report.
175. US Department of Health and Human Services (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services,

- Public Health Service, Centers for Health Promotion and Education. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No(CDC): 88, 8406.
- 176.**US Department of Health and Human Services. (1964). Reducing the health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. (p.34.) Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Surgeon Generals Report
 - 177.**US Department of Health and Human Services. (1996). *Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline*. No:18. Rockville, Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR Publication No: 96-0692.
 - 178.**Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol*, 48(5), 1279–89.
 - 179.**Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Rossi, J.S., Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-83.
 - 180.**Velicer, W.F., Fava, J., Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M., Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
 - 181.**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.
 - 182.**Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Rossi, J.S., Redding, C.A., Laforge, R.G., Robbins, M.L. (2000). Using the Transtheoretical Model for Population based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention, *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174–195.
 - 183.**Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull*, 111(1), 23–41.
 - 184.**Warren, C.W., Jones, N.R., Peruga, A., Chauvin, J., Baptiste, J., de Silva, V.C., el Awa, F., Tsouros, A., Rahman, K., Fishburn, B., Bettcher, D.W., Asma, S., Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Global

- Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *MMWR Surveill Summ* 2008, 57(1), 1-28.
- 185.** Watel, P.P., Halfen, S., Gremy, I. (2007). Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers: An exploratory study, *Addictive Behaviors*, 32(2), 377–383.
- 186.** Wewers, M.E., Stillman, F.A., Hartman, A.M., Shopland, D.R. (2003). Distribution of Daily smokers by stage of change: Current Population Survey results. *Prev Med*, 36(6), 710-20.
- 187.** White, A.R., Rampes, H., Ernst, E. (2002). Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000009.
- 188.** WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Air Quality Guidelines, 2000. p.1-10. Erişim Tarihi:31.01.2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74732/E71922.pdf. WHO regional publications. European series; No. 91
- 189.** Wold, B., Holstein, B., Griesbach, D. (2000). Control of adolescent smoking. *National policies on restriction of smoking at school in eight European countries*. University of Bergen: Research Centre for Health Promotion.
- 190.** Woodruff, S., Lee, J., Conway, T. (2006). Smoking And Quitting History Correlates Of Readiness To Quit In Multiethnic Adolescents. *American Journal of Health Behaviour*, 30(6), 663-674.
- 191.** World Health Organization (WHO). (2008). *Report on the Global Tobacco Epidemic*, 2008. p.6. Geneva: The MPOWER package.
- 192.** World Health Organization, List of World No Tobacco Day Awardees 2005. Erişim:10.04.2012. <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/awards/en/index4.html>.
- 193.** World Health Organization. (1998). Health Promotion Evaluation: recommendations to Policy-Makers, report of the World Health Organization European Working Group on Health Promotion Evaluation, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, World Health Organization.

194. World Health Organization. (2012). The Role of Health Professionals in Tobacco Control, Geneva, www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/en/index.html-21k. Erişim:31.1.2012.
195. Yalçınkaya-Alkar, Ö., Karancı, A.N. (2007). What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? *Addictive Behaviors*, 32(4), 836-849.
196. Yasin, S.M., Taib, K.M., Zaki, R.A. (2011). Reliability and construct validity of The Bahasa Malaysia version of Transtheoretical Model (TTM) questionnaire for smoking cessation and relapse among Malaysian adult smokers. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 1439-43.
197. Yazıcı, H., Özbay, Y. (2004). Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışlarıyla özyeterlik inançları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Sakarya Üniv Eg Fak Derg*, 7, 91-107.
198. Yürekli, A., Önder, Z., Elibol, H.M., Erk, N., Çabuk, A., Fisunoğlu, M., Erk, S.F., Chaloupka, F.J. (2010). *Türkiye’de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi*. Paris: Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği.
199. Zenzes, M.T. (2000). Smoking and reproduction: gene damage to human gametes and embryos. *Hum Reprod Update*, 6, 122-31.

EK 1. TANITIM FORMU

Sevgili Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı halen sigara kullananların, sigara alışkanlığı ile ilgili bazı davranış ve tutumlarını incelemektir. Bunun için sizden aşağıda yer alan anketi ve ölçekleri doldurmanız istenmektedir.

Size en rahat ulaşabileceğimiz ulaşım adreslerinizi vermeniz bu çalışma için çok önemlidir. Lütfen hiçbir soruyu yanıtsız bırakmayınız. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Ankete katıldığınız için teşekkürler...

Adınız Soyadınız:

Size ulaşabileceğimiz telefon numarası:

Varsa , size ulaşabileceğimiz ek tel no::.....

Adresiniz:.....

Varsa; E-Mail adresiniz:.....

Kaç yaşındasınız?.....

Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekâr

Öğrenim düzeyiniz nedir?

1. İlköğretim
2. Ortaöğretim
3. Üniversite
4. Lisans üstü

Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?.....

Günün ilk sigarasını ne zaman içersiniz?

1. İlk 5 dakika içinde
2. İlk 6.-30. dakika arası
3. İlk 31.-60. dakika arası
4. İlk 60. dakikadan sonra

Son 12 ay içinde sigarayı bırakmak için aşağıdaki girişimlerden hangisini denediniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. Hiçbir girişimde bulunmadım
2. Danışmanlık aldım
3. Reçeteli ilaçlar kullandım
4. Geleneksel ilaçlar kullandım
5. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

EK 2. ETİK KURUL İZNİ

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		06100 Sıhhiye-Ankara Telefon: 0(312) 3051082-Faks: 0(312) 3100580 E-posta: sckmak@hacettepe.edu.tr	
Sayı : B.30.2.HAC.0.20.03.04/359		16 Mayıs 2012	
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU			
Toplantı Tarihi : 11 MAYIS 2012 CUMA			
Toplantı No : 2012/04			
Proje No : LUT 12/07 (Değerlendirme Tarihi 13.04.2012)			
Karar No : LUT 12/07 - 9			
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Kafiye Eroğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Ayşe Koyun ile birlikte çalışacakları LUT 12/07 kayıt numaralı ve "Yetişkin Kadınlara Transteoretik Model ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.			
1. Prof. Dr. Nürten Akarsu	(Başkan)	9. Prof. Dr. Songül Vazıroğlu	(Üye)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken	(Üye)	10. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan	(Üye)
KATILMADI		11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül	(Üye)
3. Prof. Dr. Hakan S. Örer	(Üye)	12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen	(Üye)
KATILMADI		13. Doç. Dr. Melahat Gorduysus	(Üye)
4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu	(Üye)	14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan	(Üye)
5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsnüv Turnagöl	(Üye)
6. Prof. Dr. Meral Aksoy	(Üye)	16. Av. Meltem Onurlu	(Üye)
KATILMADI			
7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay	(Üye)		
8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal	(Üye)		

EK 3. EĞİTİM PLANI (MÜDAHALE GRUBU)

	Amacı	Süre	Hedefi	Aşamalara göre anlatılacak konular
Düşünme	İkilem ve farkındalık yaratmak	45-60 dakika	1.Eğitim sonunda, kadının sigara içmesinin sağlığına olan olumsuz etkilerinden 3 tanesini söylemesi 2.kadının, eğitim esnasında, sigaraya ilişkin algıladığı yarar ve zararları tartışması 3.Eğitim sonunda, sigaranın zararlı bir alışkanlık olduğunu ifade etmesi	• Sigaranın ortaya çıkardığı fizyolojik ve psikososyal değişikliklerini anlatmak, • Sigarayı bırakmanın yararları hakkında bilgi vermek, • Sigara bırakma nedenlerini belirlemek, • Gerçek yaşam öyküleri anlatmak ve davranış değişikliği önermek,
Düşünme	İkilemi çözmek	45-60 dakika	1.Nikotin yoksunluk belirtilerini sayması 2.Sigara bırakma yollarını söylemesi 3.Karşılaşacağı engellerle nasıl baş edeceğini açıklaması 4.Stresle baş etme ve gevşeme egzersizlerini bilmesi	• Nikotin yoksunluk belirtileri ile nasıl baş edileceğini anlatmak, • Öz-yeterliliğe arttırmak için olumlu düşünce ve davranışları desteklemek, • Sigarayı bırakma yollarını sunmak, • Sigarayı bırakmanın önündeki engellerle nasıl baş edilebileceğini öğretmek, • Stresle baş etme ve gevşeme egzersizleri hakkında bilgi vermek
Hazırlık	Hareket planı oluşturmak	45-60 dakika	1.Hareket planı oluşturması 2.Sigara içmek yerini yapacağı sağlıklı davranışları ifade etmesi 3.Bir ay içinde sigara bırakma zamanı belirlemesi 4.Sigarayı bırakmadan önce yapması gereken hazırlıkları bilmesi 5.Çevreden destek alacağını ifade etmesi	• Sigara içmeye teşvik edici uyarıların kayıt ve kontrol edilmesinin önemi irdelemek, • Hareket planı oluşturmak, • Sigara bırakıldığında oluşacak boşluğu doldurmak üzere alternatif davranışlar önermek, • Sigarayı bırakma nedenlerinin ve tarihinin belirlenmesinin önemi vurgulamak, • Sigara bırakma gününü belirlemek, • Sigarayı bırakmadan önce yapılması gerekenleri öğretmek, • Çevredeki diğer bireylerin kişisel destek sağlanması ile sürece olumlu katkılarını belirtmek,
Hareket	Eski davranışa dönmeyi engellemek	45-60 dakika	1.Kendini nasıl ödüllendireceğini ifade etmesi 2.Oluşabilecek nikotin çekilme belirtilerinde nasıl davranacağını bilmesi 3.En az altı ay sigara içmeden durabilmesi	• Kendini ödüllendirmenin önemini belirtmek, • Nikotin çekilme belirtileri ve baş etme yöntemlerini anlatmak, • Sigarayı teşvik eden durumlardan nasıl kaçınacağını anlatmak, • Çevre değişiminin önemini vurgulamak, • Relapstan kaçınmanın önemini vurgulamak,

EK 4. EĞİTİMİN İÇERİĞİ (DEĞİŞİM AŞAMALARI MODELİNE DAYALI SİGARAYI BIRAKMA EĞİTİMİ)

EĞİTİM KONUSU: Sigara, Zararları, Bırakma ve Bırakmışlığı Devam Ettirme Yolları

EĞİTİM AMACI:

- Düşünmeme aşamasında ikilem (sigaranın zararlarının ve sigarayı bırakmanın yararlarının farkına varmak) ve farkındalık yaratmak,
- Düşünme aşamasında ikilemi çözmek,
- Hazırlık aşamasında hareket planı oluşturmak,
- Hareket aşamasında eski davranışa dönmeyi engellemek,
- Devam ettirme aşamasında başarıyı desteklemektir.

EĞİTİM HEDEF GRUBU:

- Sigara içen (düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında olan),
- Okuma yazma bilen,
- 20-49 yaş arasında (ölçeklerin yetişkinler için geliştirilmiş olması nedeniyle),
- Gebelik, emzirme ve postmenopozal dönemde olmayan (özel bir grup olmaları nedeniyle eğitim içeriği farklı olması gerektiğinden araştırma dışında bırakılmıştır),
- Başka bir sigara bırakma programında yer almayan,
- Akşehir’de ikamet eden otuz sekiz kadın

EĞİTİM HEDEFLERİ:

- Sigaranın fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik olarak birey ve çevresine verdiği zararları bilmesi ve inanması,
- Sigarayı bırakabileceğini bilmesi ve inanması,
- Sigarayı bırakması,
- Sigarayı bıraktıktan sonra hiç içmeden durması.

EĞİTİM YAPILAN YER: Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Akşehir Devlet Hastanesi, Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Salonu

EĞİTİM SÜRESİ: Üç kez eğitim, bir kez izlem (toplam altmış gün)

EĞİTİM YÖNTEMİ: Anlatma, soru-cevap, beyin fırtınası, görsel imgeleme,

EĞİTİM MATERYALİ: Bilgisayar, Sigara Bırakma Rehberi

EK 5. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Müdahale Grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum - Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak yapılacak bilimsel bir araştırma olup, araştırmacının adı "*Yetişkin Kadınlara Transteoretik Model İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi*"dir. Bu araştırma, yetişkin kadınlara sigara bıraktırmak için kullanılan bir modele (Transteoretik Model) dayalı verilen sigara bırakma eğitimlerinin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada izlemler sırasında motivasyon kaynaklarınız ve değişme potansiyeliniz kendinize fark ettirilerek sigarayı bırakmanız amaçlanmaktadır. Bu çalışmada sizin öz-yeterliliğinizi arttırarak sigara içme davranışı üzerinde kontrol sağlamanız ve son hedef olarak sigarayı bırakmanız sağlanmış olacaktır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre dört ay olup, dört aylık süreçte araştırmacı ile birlikte görüşme zamanları ve içeriklerine karar vereceksiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel aktivitelerin zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırmacının sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır. Çalışmanın sizin için beklenen yararı; sigarayı bırakmanızı sağlayarak şu anki sağlık durumunuzu daha iyi bir düzeye çıkarmak olacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilemeyecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı Ayşe KOYUN tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Ayşe KOYUN’u hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı soyadı :

İmza :

Araştırmacı :

Adı Soyadı : Ayşe KOYUN

İmza :

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum - Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak yapılacak bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "*Yetişkin Kadınlara Transteoretik Model İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi*"dir. Bu araştırma, yetişkin kadınlara sigara bıraktırmak için kullanılan bir modele (Transteoretik Model) dayalı verilen sigara bırakma eğitimlerinin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Size dört aylık dönemde iki kez izlem yapılacak ve ziyaretler sırasında size yalnızca anketler uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre dört ay olup, dört aylık süreçte araştırmacı ile birlikte görüşme zamanları ve içeriklerine karar vereceksiniz.

Bu araştırmanın sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel aktivitelerin zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilemeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı Ayşe KOYUN tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Ayşe KOYUN’u hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı soyadı :

İmza :

Araştırmacı :

Adı Soyadı :Ayşe KOYUN

İmza :

EK 6. ARAŞTIRMA İZNİ

T.C
AKŞEHİR KAYMAKAMLIĞI
Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI: B.10.4.ISM.4.42.26.18-6/6
KONU: Araştırma anketi Hk.

21.03.2012

KAYMAKAMLIK MAKAMINA
AKŞEHİR

İlgi:Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünün 15.03.2012 tarih, 327 sayılı yazısı

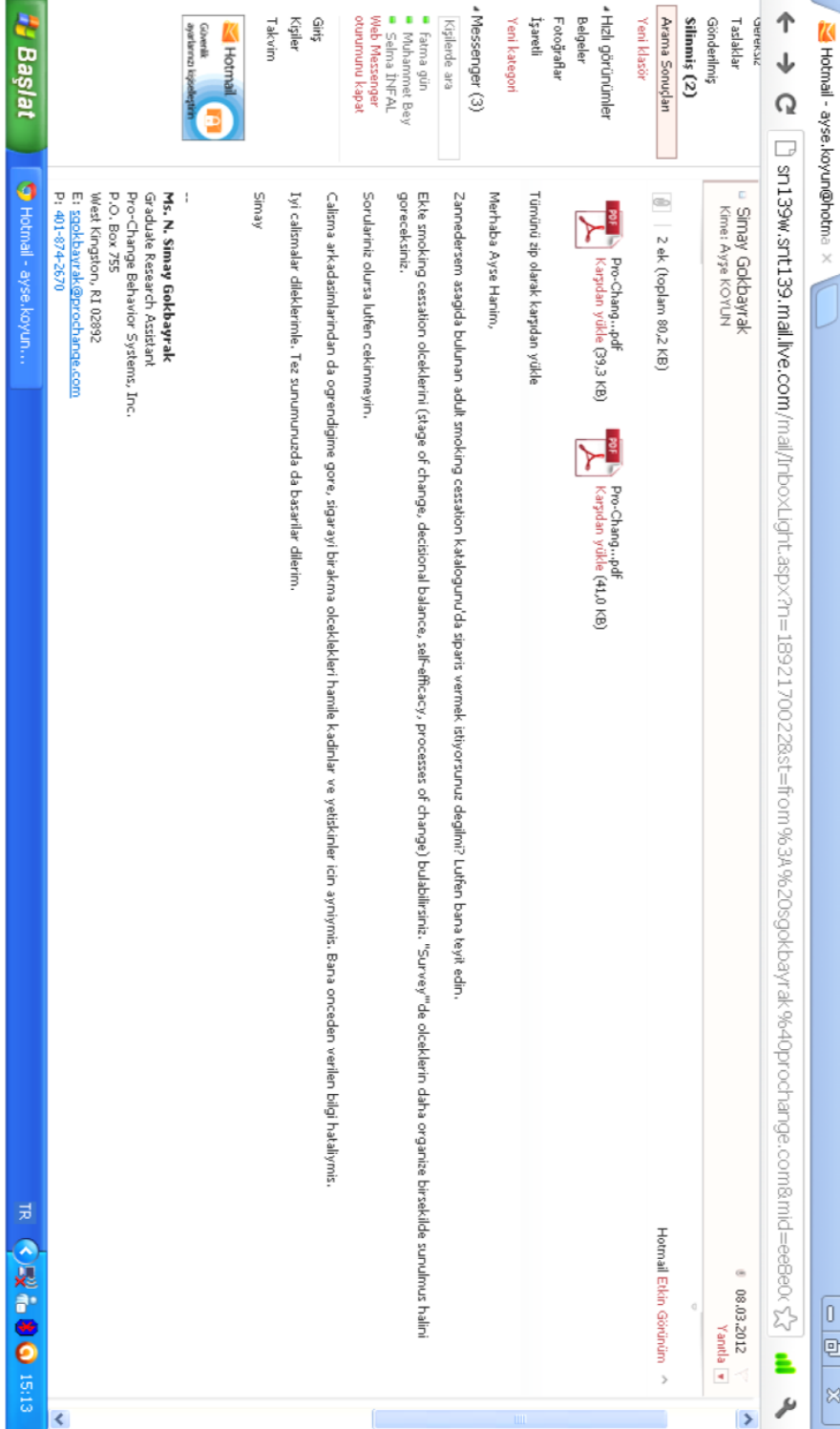
İlgi tarih sayılı yazı ile Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulunda görevli Öğretim Görevlisi Ayşe KOYUN Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın-Doğum sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D Doktora tezi kapsamında Akşehir Aile Sağlığı Merkezlerinde Sigara içen kadınlara **“Yetişkin Kadınlara Transteorik Model ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi”** konulu TEZ çalışması yapmak istediklerini talep etmektedirler.

İlgili evrak ve dökümanlar incelenmiş olup, Makamınızca da uygun görüldüğü taktirde Adı geçen Öğretim Görevlisinin belirtilen konuda Akşehir Aile Sağlığı Merkezlerinde Tez çalışması yapmalarını;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Ethem AKYEL
Sağlık Grup Başkanı

OLUR
21/03/2012
MEHMET TURKMAN
Tuzlukçu kaymakamı
Akşehir Kaymakam V.

EK 7. ÖLÇEKLERİN TEMİNİ İÇİN PRO-CHANGE BEHAVİÖR SYSTEMS YETKİLİLERİ İLE GÖRÜŞÜLEN ELEKTRONİK POSTALAR



Hotmail - ayse.koyun@hotmail.com

Hotmail - ayse.koyun@hotmail.com

Windows Live Messenger (3) Skype MSN

Hotmail

Gelen kutusu

Klasörler
Geri
Tasla
Gönderilmiş
Silinmiş (2)

Yeni klasör

Hızlı görüntüler
Belgeler
Fotoğraf
İşareti
Yeni kategori

Messenger (3)
Kıyıda ara

Gmail
Kıyılar
Takvim

Başlat

Hotmail - ayse.koyun...

TR

15:28

sn139w.snt139.mail.live.com/mail/itboxlight.aspx?m=1B921700228&st=from%3A%20sgokbayrak%40prochange.com&mid=ee8e0c

Re: Öncekinin Türkçe Çevirisi
Bununla ilgili iletileri görmek için, iletileri kontrolmaya götüre gurdum.

Sinay GÖKBAYRAK
Kime: Ayşe KOYUN

1 ek (51,1 KB)

ORTAK ÇEV...doc
Görüntü göster
Karıdan yükle (51,1 KB)

Zip olarak karıdan yükle

Ekteki dokümanla orınelırlrı ıllave ettim. Fark edeceklerındır ki İngilizce program ile yazdığım ıcn, unlen ısarırları ıkıdır. Herhangıl bir sorunuz olursa lütfen sormaya cıkımeıyn.

Size yolladıgınız öncekiler James Prochaska'ya değıl de Pro-Change Behavior Systems'a ılltır. James Prochaska ile teması geçmek ıltersanz ona ayrıca jcc@uriedu ile direk ıllazmanız gerekmektedir. Kendisi cık meşgul bırdır. Genellekle öğrenci kızırlarıyla bu şekilde pek ıllgırlımlıyır o yuzden size ne kadar dantımarlık, yapar pek emın değıllim. Ama, ben kendi Rıklarımı size ıllırebıllım ıltersanz, bana yeni bir doküman formatında yollayabıllırsanz...

Sinay

2012/4/4 Sinay Gokbayrak <sgokbayrak@prochange.com>
Ayrıca, 2. doküman ne yazıkki ıllımlıyo. Başka bir word formatında yollayabıllırsanz mıunkunee?

Forwarded message

EK 8. CONFIDENTIALITY AND NON-DISCLOSURE FORMU



P.O. Box 755 p. 401.874.4100
W. Kingston, RI 02892 f. 401.874.4103
USA info@prochange.com

James O. Prochaska, Ph.D. - Founder
Janice M. Prochaska, Ph.D. - President & CEO

November 8, 2012

Janice M. Prochaska, PhD
President & CEO
Pro-Change Behavior Systems, Inc.
P.O. Box 755
West Kingston, RI 02892

Dear Dr. Prochaska:

I am writing to assure you that I will be using Pro-Change measures for research purposes only. I understand that these measures are proprietary, and I will not disclose their contents to people outside the research team. I also accept responsibility for ensuring that no one on the research team or other staff members will use the measures for purposes other than research or disclose their content to persons outside of the team. The measures I will be using are _____; they will be used for research on _____. My use of these measures will begin on _____ (start date) and end on _____ (end date).

In research publications referring to these measures, the research team and I will use the appropriate citation provided by Pro-Change for the proprietary measures. The measures will be referred to in a general sense, and actual items included in the measures will not be published in any way.

I acknowledge and agree that the unauthorized disclosure of the measures by me or by any member of my research team will result in irreparable harm to Pro-Change for which there will be no remedy at law. In such event, Pro-Change will be entitled to obtain injunctive relief in addition to any other remedies available at law or in equity.

I further agree that any and all data gathered through my research in connection with the use of the measures will be made available to Pro-Change Behavior Systems, Inc. for its use.

Sincerely yours,

EK 9. ORJİNAL EĞİTİM KİTAPÇIĞI TEMİNİ İÇİN PRO-CHANGE BEHAVİOR SYSTEMS YETKİLİLERİ İLE GÖRÜŞÜLEN ELEKTRONİK POSTALAR

