

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK
GELİŞTİRİLEN SİGARA KULLANIMI ÖNLEME
PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

MURAT BEKTAŞ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK
GELİŞTİRİLEN SİGARA KULLANIMI ÖNLEME
PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI DOKTORA TEZİ**

MURAT BEKTAŞ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: YARD. DOÇ. DR. CANDAN ÖZTÜRK

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi **Murat BEKTAŞ** ‘İlköğretim Öğrencilerine Yönelik Geliştirilen Sigara Kullanımı Önleme Programının Etkisinin İncelenmesi’ konulu Doktora tezini 05.10.2009 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Yard. Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK
BAŞKAN



Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
ÜYE



Prof. Dr. Zuhale BAHAR
ÜYE



Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
ÜYE



Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	III
TABLOLAR DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
KISALTMALAR	XI
TEŞEKKÜR	XII
ÖZET	XIII
ABSTRACT	XV
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	6
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Sigara Nedir?	8
2.2 Tütünün Tarihçesi	8
2.2.1 Dünyada Tütünün Tarihçesi.....	8
2.2.2 Türkiye’de Tütünün Tarihçesi	9
2.3 Tütün Yaprağının Kimyasal Bileşimi	10
2.3.1 Su	11
2.3.2 İnorganik Maddeler	11
2.3.3 Organik Maddeler	11
2.4 Tütün Dumanının Kimyasal Bileşenleri	12
2.4.1 Nikotin	12
2.4.2 Katran (Tar)	12
2.4.3 Karbon Monoksit	12
2.4.4 İrritan Maddeler	13
2.4.5 Kanserojen Maddeler	13
2.5 Sigaranın Sistemler Üzerine Etkileri	13
2.5.1 Solunum Sistemi Üzerine Etkileri	13

2.5.2 İmmün Sistem Üzerine Etkileri	14
2.5.3 Endokrin Sistem Üzerine Etkileri	15
2.5.4 Kardiyο-Vaskuler Sistem Üzerine Etkileri	15
2.5.5 Gastro-İntestinal Sistem Üzerine Etkileri	16
2.5.6 Sinir Sistemi Üzerine Etkileri	16
2.5.7 Genito-Üriner Sisteme Etkileri	16
2.5.8 Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri	17
2.6 Sigara (Tütün) Bağımlılığı	17
2.6.1 Sigara Bağımlılığına Biyokimyasal Kuram Yaklaşımı	18
2.6.2 Sigara Bağımlılığına Psikososyal Kuram Yaklaşımı.....	18
2.7 Sigaranın Dünyada ve Türkiye’de Yaygınlığı	20
2.7.1 Dünyada Sigara Kullanma Yaygınlığı.....	20
2.7.2 Dünyada Çocuk-Gençler Arasında Sigara Kullanma ve Deneme Sıklığı.....	21
2.7.3 Türkiye’de Çocuk, Gençler ve Ebeveynler Arasında Sigara Deneme / Kullanma sıklığı.....	22
2.8 Sigara Kullanımının Dünya ve Türkiye Ekonomisine Etkisi	24
2.9 Çocuk ve Gençlerde Sigara Kullanımını Önleme Çalışmaları	25
2.9.1 Primordial Düzey Koruma Önlemleri.....	26
2.9.2 Birinci Düzey Koruma Önlemleri	26
2.9.3 İkinci Düzey Koruma Önlemleri	26
2.9.4 Üçüncü Düzey Koruma Önlemleri	26
2.10 Sigara Kullanımı Önleme Programları	27
2.10.1 Bilgi Verme Temelli Programlar	27
2.10.2 Sosyal Etki Temelli Programlar	28
2.10.3 Sosyal Beceri Temelli programlar	28
2.10.4 Çok Boyutlu Programlar	28
2.11 Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi ve Sigara Kullanımı Önleme Programı	28
2.11.1 Karşılıklı Belirleyicilik	30
2.11.2 Sembolleştirme Kapasitesi	33
2.11.3 Dolaylı Öğrenme Kapasitesi	34
2.11.4 Öngörü Kapasitesi	37
2.11.5 Öz Düzenleme Kapasitesi	39

2.11.6 Öz Yargılama Kapasitesi.....	38
2.12 Okul Hemşirelerinin Önleme Programlarındaki Yeri/Rolü	41
2.13 Bu Çalışmanın Dolduracağı Boşluk	42
2.14 Literatür İncelemesi	43
2.14.1 Dünyadaki Çalışmalar	43
2.14.2 Türkiye’deki Çalışmalar.....	48

I. AŞAMA

3. GEREÇ VE YÖNTEM51

3.1 Çocuk ve Ebeveyn “Karar Denge Ölçek”lerinin Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması.....	51
3.1.1 Araştırmanın Tipi	51
3.1.2 Araştırmanın Örneklemi.....	51
3.1.3 Veri toplama Araçları.....	51
3.1.3.1 Sosyo Demografik Veri toplama Formu.....	52
3.1.3.1.1 Ebeveyn Demografik Veri Toplama Formu	52
3.1.3.1.2 Çocuk Demografik Veri Toplama Formu	52
3.1.3.2 Karar Denge Ölçeği	52
3.1.3.2.1 Ebeveyn Karar Denge Ölçeği	52
3.1.3.2.2 Çocuk Karar Denge Ölçeği	53
3.1.4 İşlemler.....	53
3.1.4.1 Ölçek Maddelerinin Türkçe’ye Çevrilmesi	53
3.1.4.2 Uzman Görüşü Alınması	54
3.1.4.3 Ön Uygulama	54
3.1.4.4 Verilerin Toplanması.....	54
3.1.4.5 Verilerin Değerlendirilmesi	55

4. BULGULAR56

4.1 Karar Denge Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasına İlişkin Bulguları.....	56
4.1.1 Güvenilirlik analiz sonuçları	56
4.1.1.1 Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	56
4.1.1.2 İç Tutarlılık analizi.....	57

4.1.1.2.1 Çocuk ve Ebeveyn KDÖ Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Analizi	58
4.1.2 Geçerlilik Analizleri	61
4.1.2.1 KDÖ'nün Kapsam Geçerliliği	61
4.1.2.2 Çocuk ve Ebeveyn KDÖ'nün Yapı Geçerliliği	61
4.1.2.2.1 Açıklayıcı Faktör Analizleri	61
4.1.2.2.2 Doğrulayıcı Faktör Analizleri	61
4.1.2.2.3 Bilinen Grup Karşılaştırması	64
4.1.2.2.4 Ölçek Tepki Yanlılığı	64
5. TARTIŞMA.....	65
5.1 Karar Denge Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguları...	65
5.1.1 Karar Denge Ölçeğinin Güvenirliği	65
5.1.1.1 Karar Denge Ölçeği Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi.....	65
5.1.1.2 Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Analizi.....	65
5.1.1.3 KDÖ Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Korelasyon Analizi ve t Testi ile Değerlendirilmesi	66
5.1.2 Karar Denge Ölçeğinin Geçerliliği	68
5.1.2.1 Ölçeklerin Kapsam Geçerliliği	68
5.1.2.2 Karar Denge Ölçeğinin Yapı Geçerliliği	68
5.1.2.2.1 Faktör ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri	68
5.1.2.2.2 Bilinen Grup Karşılaştırılması.....	70
5.1.2.2.3 Ölçek Tepki Yanlılığı	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1 Sonuçlar.....	71
6.2 Öneriler.....	71

II. AŞAMA

7. GEREÇ VE YÖNTEM	72
7.1 Araştırma Tipi.....	72
7.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	72
7.3 Araştırma Örnekleme	72
7.4 Araştırmanın Etik Boyutu	75
7.5 Araştırmanın Değişkenleri	75
7.5.1 Bağımsız Değişkenler	75
7.5.2 Bağımlı Değişkenler	75
7.6 Veri Toplama	75
7.6.1 Veri Toplama Araçları	75
7.6.1.1 Demografik Veri Toplama Formu	75
3.2.6.1.1.1 Ebeveyn Demografik Veri Toplama Formu.....	75
3.2.6.1.1.2 Çocuk Demografik Veri Toplama Formu	75
7.6.1.2 Karar Denge Ölçeği	76
3.2.6.1.2.1 Ebeveyn Karar Denge Ölçeği	76
3.2.6.1.2.2 Çocuk Karar Denge Ölçeği	76
7.8 Girişim Programının Hazırlanması ve Uygulanması.....	81
7.9 Verilerin Toplanması	85
7.10 Verilerin Değerlendirilmesi	87
7.11 Çalışmanın Güç Analizi ve Etki büyüklüğü	87
7.12. Çalışmanın Sınırlılıkları	89
8. BULGULAR	90
8.1 Girişim Programlarının Çocukların Karar Denge Ölçeği Yarar / Zarar Algısına Ve Sigara Deneme Durumlarına Etkisi	90
8.2 Girişim Programlarının Çocukların Sigara Kullanımın Deneme Durumuna Etkisi	96
9. TARTIŞMA.....	99
9.1 Önleme Programının Çocukların Karar Denge Ölçeği Yarar / Zarar Algısına Ve Sigara Deneme Durumlarına Etkisi	99

9.1.1 Çocuk KDÖ Yarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	99
9.1.2 Çocuk KDÖ Zarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	103
9.1.3 Girişim Programlarının Çocukların Sigara Kullanımın Deneme Durumuna Etkisi	106
10. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	110
10.1 Sonuçlar	110
10.2 Öneriler	110
KAYNAKLAR	111
EKLER.....	121
EK-1 Etik Kurul Belgesi	
EK-2 Milli Eğitim Bakanlığı İzinleri	
EK-3 Ebeveyn Karar Denge Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Yayını	
EK-4 Ebeveyn Formu	
EK-5 Öğrenci Formu	
EK-6 Ebeveyn Onay Formu	

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Çocuk Formu Alt Boyutlarından Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması	56
Tablo 2. Ebeveyn Formu Alt Boyutlarından Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması.....	57
Tablo 3. Çocuk Formu Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan ve Maddelerin Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 4. Ebeveyn Formu Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan ve Maddelerin Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları	59
Tablo 5. Ebeveynlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Karar Denge Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6. Çocukların Sigara Deneme Durumlarına Göre Karar Denge Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 7. Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri	73
Tablo 8. Bilgi Temelli Girişim Grubu Program İçeriği	81
Tablo 9. Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Programı Eğitim İçeriği	84
Tablo 10. Ebeveyn Eğitim İçeriği	85
Tablo 11. Okul Eğitim İçeriği	85
Tablo 12. KDÖ Yarar ve Zarar Alt Boyutları Puan Ortalamaları Baz Alınarak Hesaplanan Çalışma Gücü ve Etki Büyüklüğü.....	88
Tablo 13. Çocuk Karar Denge Ölçeği Yarar Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	90
Tablo 14. Çocuk Karar Denge Ölçeği Yarar Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri	91
Tablo 15. Çocuk Karar Denge Ölçeği Zarar Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	93
Tablo 16. Çocuk Karar Denge Ölçeği Zarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri	94
Tablo 17. Sigara Kullanımını Önleme Programı Sonrası Çocukların Sigara Kullanımını Deneme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	96
Tablo 18. Grupların Kendi İçinde Girişim Öncesi Ve Sonrası Sigara Kullanımı Deneme Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	97

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Ebeveyn Karar Denge Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi	62
Şekil 2. Çocuk Karar Denge Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	63
Şekil 3. Çalışma Akış Şeması.....	78
Şekil 4. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi	79
Şekil 5. Çalışmanın Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisine Göre Yapılandırılması.....	80
Şekil 6. Veri Toplama Akış Şeması.....	86

KISALTMALAR

WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KDÖ	Karar Denge Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
GFI	Goodness Fit Index
CFI	Comparative Fit Index
NFI	Normed Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
RMSE	Root Means Square Error of Approximation

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince ve tüm tez aşamamda her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen danışmanın ve değerli hocam

Sayın Yard. Doç. Dr. Candan Öztürk'e

Uzman görüşlerinde öneri ve değerlendirmeleri ile katkı veren

Sayın Öğretim Üyelerine

Çalışmanın okullarda yapılabilmesi için gerekli izinleri veren

Milli Eğitim Bakanlığı'na

Çalışma süresince destek veren

Değerli Okul Müdür, Müdür Yardımcıları ve Öğretmenlere

Çalışmama çocuklarının katılması için izin veren

Değerli Anne ve Babalara

Çalışmama gönüllü olarak katılan ve büyük bir istekle etkinliklerde yer alan

Değerli Öğrencilere

Tezime katkılarından dolayı

Tez Juri Üyelerime

Tezimi okuyarak katkı veren

Hocalarıma ve Arkadaşıma

Her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen

Aileme

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN SİGARA KULLANIMI ÖNLEME PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Murat Bektaş

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

İnciraltı-İzmir

Amaç: Bu çalışma çocuk/ebeveyn Karar Denge Ölçeklerinin Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ve ilköğretim öğrencilerine yönelik geliştirilen sigara kullanımı önleme programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Örnekleme rastgele seçilen 288 ilköğretim dört, beş, altı, yedi ve sekizinci sınıf öğrencisi ile ebeveynleri alınmıştır. Veriler Mayıs-Haziran 2006 tarihlerinde toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde faktör analizi, bağımlı gruplarda t testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, korelasyon analizi ve cronbach alfa analizi kullanılmıştır. İkinci aşamada rasgele seçilen orta-alt sosyo ekonomik gruptaki dört ilköğretim okulundan 485 ilköğretim dört ve beşinci sınıf öğrencisi ile ebeveynleri çalışma kapsamına alınmıştır. Okullar rastgele dört gruba ayrılmıştır. Birinci grup girişimsiz kontrol grubu, ikinci gruba Bilgi temelli girişim grubu, üçüncü grup sosyal yeterlilik temelli girişim grubu, dördüncü grup ise sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubudur.. Veriler girişim öncesi, girişim sonrası altıncı ayda, girişimden bir yıl ve iki yıl sonra toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi, tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi, Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ebeveyn Karar Denge ölçeği yarar alt boyutu cronbach alfa değeri .86, zarar alt boyutu .83 olarak saptanmıştır. Yarar alt boyutu faktör yükleri .32-.73 arasında, zarar alt boyutu faktör yükleri .38-.72 arasında saptanmıştır. Çocuk ölçeğinin yarar alt boyutu cronbach alfa değeri .74, zarar alt boyutunun alfa değeri .78 olarak bulunmuştur. Yarar alt boyutu faktör yükleri .31-.79 arasında, zarar alt boyutu faktör yükleri .39-.69 olarak saptanmıştır. Grupların yarar algı puan ortalamaları zaman, grup ve grup*zaman açısından değerlendirilmiş, üç faktör yönündende anlamlı farklılık bulunmuştur. Zarar Alt boyutunda sadece zaman faktöründe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sosyal bilişsel öğrenme

grubundaki öğrencilerin sigara deneme oranı diğer gruplardaki çocuklardan düşük bulunmuştur ($p = .001$).

Sonuç: Çocuk ve ebeveyn karar denge ölçeği Türk kültüründe kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır. Sigara kullanımını önleme programının sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundaki çocukların sigara deneme oranını azaltmada, yarar ve zarar algısını değiştirmede etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karar Denge Ölçeği, Geçerlilik ve Güvenirlilik, Sigara, Sigara Önleme Programı

ABSTRACT
INVESTIGATION OF EFFECT OF DEVELOPED SMOKING PREVENTION
PROGRAM TOWARD PRIMARY SCHOOL STUDENT

Murat BEKTAŞ

Dokuz Eylul University School of Nursing

Inciraltı / Izmir

Objective: To determine the validity and reliability of Child and Adult Decisional Balance Scale and to determine investigation of effect of developed smoking prevention program toward primary school student.

Method: This study was performed in two stage. First stage, validity and reliability of Decisional Balance Scale. The sampling consisted of 288 4-8 grade student and their parents. Data were collected May- June 2006. In evaluation of the data factor analyse, paired simple t test student t test, correlation and cronbach alfa was used. The second stage was quasi-experimentel and it was performed four middle socio-economic status primary schools. The sampling consisted of 485 fourth and fifth grade student and their parents. Schools were randomly divided into four groups. First group was no intervention group, second group was smoking education group, third group was smoking education and social skills group, and fourth group was smoking education, social skills, school and parent education group. Data were collected before education, after education, a year after education, and two year after education. In evaluation of the data repeated manova, repeated anova, anova, Bonferroni adjusted t test, student t test and Chi-Square test was used.

Results: The Adult Decisional Balance Scale pros subscale's Cronbach alpha value was found to be 0.86 and the cons subscale was 0.83. The Pros scale's factor load was .32- .73, and cons scale was .38-.72. The child Decisional Balance Scale pros subscale's Cronbach alpha value was found to be .74 and the cons subscale was .78. The Pros scale's factor load was .31- .79, and cons scale was .39-.69. The groups pros means was evaluated related to group, time and group*time, there was significant statistical difference related to all of factors. The social Cognitive Learning Based Group's student smoking trying ratio lower than other group (p= .001).

Conclusion: Child and Adults Decisional Balance Scale are valide and reliable tools for using in Turkish Culture. Smoking prevention program is effective of reduce children smoking rate, changing the perception of smoking pros and cons.

Key words: Decisional Balance Scale, Validity and Reliability, Smoking, Smoking Prevention program.

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara fertilizasyon döneminden başlayarak yaşam boyunca insan sağlığını olumsuz etkileyen, en önemli önlenebilir mortalite ve morbitite nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca sigara kullanımı başta kanser olmak üzere dünyada ilk sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. (Buzgan, Çom, Irmak, Baykan, Aydın, & Taner, 2007; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; European Tobacco Control Report, 2007).

Günümüzde dünyada 1.4 milyar kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Sigara tüketimine bağlı olarak her yıl 5.4 milyon insan ölmektedir. Mevcut sigara içme örüntüsü devam ettiği sürece 2030 yılına kadar 180 milyon kişinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle öleceği ve bu ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği tahmin edilmektedir. Bunun nedeni sigara pandemisinin gelişmiş ülkelerde sigaraya karşı açılan davalar ve yürütülen çalışmalar sonucunda özellikle gelişmekte olan ülkelere doğru kaymasıdır (Buzgan ve ark., 2007; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; European Tobacco Control Report, 2007). Dünyada sigara içen erişkinlerin %80'inin sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı, sigara içen ergenlerin ¼'ünde sigaraya başlama yaşının 10 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (Buzgan ve ark., 2007; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; European Tobacco Control Report, 2007; Simay, 2001). Bunun en büyük nedeni olarak sigara endüstrisinin ayakta kalabilmek için erişkinlerdeki ölümleri ve kendiliğinden bırakmaları karşılayacak kadar yeni içici bulma gereksinimidir. Bunun için en iyi kaynak ise uzun dönemli müşteri olabilecek olan çocuklar ve gençlerdir (Buzgan ve ark., 2007; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; European Tobacco Control Report, 2007).

Gelişmekte olan diğer ülkeler gibi Türkiye'de de sigara tüketimi hızla artmaktadır. Türkiye'de 1985 yılında 64.8 milyar adet olan sigara tüketimi 1999 yılında %87.5'lik bir artış göstererek 121.5 milyar adete ulaşmıştır. Türkiye'de halen 17 milyon sigara içicisi olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl en az 100 bin kişi sigaranın sebep olduğu zararlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Şu anda sigara içen 17 milyon kişiden dört milyonu hayatından yedi yıl, dört milyonu 22 yıl kaybederek öleceklerdir. Türkiye verimli çağında, yetişmiş 4 milyon insan gücü kaybedecektir. Sigara içen 17 milyon kişi sigara alabilmek için günlük 17 milyon dolar harcamaktadır. Yıllık sigara harcamaları altı buçuk milyar doları bulmaktadır. Sigaranın

yol açtığı 50 hastalığın tedavisine Türkiye'nin yıllık sağlık harcaması 2 milyar dolar civarında olduğu hesaplanmaktadır. Türk vatandaşları sigara satın almak ve sigaranın neden olduğu hastalıkları tedavi ettirmek için yılda 8.5 milyar dolar harcamaktadırlar. Sigara bu nedenlerle benzeri olmayan bir sağlık sorunudur (Sezer, 2007; Buzgan ve ark., 2007).

Türkiye'de yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden çalışmalara göre toplumumuzda 15 yaş üstü erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü, tüm nüfusun ise %43.6'sı sigara içmektedir (PIAR, 1998; Peşken 1995; Ögel ve Liman, 2001). Dünya Sağlık Örgütü Global Tütün Epidemisi (2008) raporuna göre ise erkeklerin % 60-65'i ve kadınların % 20-24'ü sigara kullanmaktadır. Genel nüfusun ise % 44'ü sigara içmektedir. Ülkemizde Ögel ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptığı çalışmada lise 2.sınıf öğrenciler arasında günlük sigara kullanım oranının %22 olduğu saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Madde ve Suç Ofisinin (2003) Türkiye'de altı ilde yaptığı çalışmada 15-16 yaş grubu öğrencilerin %18'inin 1-2 kez sigara kullanma deneyimi olduğu belirlenmiştir. Tüm dünyada 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık % 45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008).

Ayrıca her yıl dünyada içilen sigaraların %2'sinin, Akdeniz ve Doğu Avrupa bölgesinde içilen sigaraların %14'unun ülkemizde tüketilmesi sorunun bizim açımızdan önemini ve önceliğini ortaya koymaktadır. Bu durum sigara kullanımı önleme çalışmalarının bizim açımızdan gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sigara kullanımını önleme ve azaltma çalışmalarının temel ilkesi ise sigaraya başlama oranını düşürmektir. Bu açıdan sigaraya başlama yaşının ve başlama nedenlerinin bilinmesi, çocuklarda ve gençlerde içme oranlarının saptanması çalışmalara ışık tutacaktır. Ayrıca sigaraya başlama yaşının düşmesinin diğer önemli bir nedeninde çocuklara sigaranın zararlarının yeterli olarak anlatılmamasından kaynaklandığı görülmektedir (Peşken, 2005; Akdur, 2009; Özcebe, 2008; Özyardımcı, 2002). Ancak yapılan çalışmalar sadece bilgi verme temelli ve tek boyutlu eğitim programlarının tek başına sigara kullanımını önlemede yeterli olmadığını, sınırlı kaldığını ve uzun dönemli sonuçlarda etkisiz olduğunu göstermektedir. Bu nedenle geliştirilecek eğitim programların sigara içme konusundaki sosyal normları değiştirecek, sigara içmenin sosyal kabul edilebilirliğini azaltacak, sigara kullanımının uzun dönemli olumsuz etkilerini anlatacak, sigara kullanımı ile ilgili yanlış algılamaları düzeltecek, sigarasız bir çevre isteklerini destekleyecek, çocuk ve gençlerde sosyal becerileri geliştirecek bir yapıya sahip olması

gerekmektedir. Sigara kullanımını önleme programlarının etkili olabilmesindeki diğer önemli nokta ise yapılan girişimlerin okul, aile ve toplum temelli olmasıdır (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

Yapılan çalışmalar ebeveyn ve akranları sigara içen çocukların sigaraya başlama oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Zhang ve Qui, 1993; Herken ve Özkan, 1998). Şu anda sigara içmeseler bile yaşamlarının bir döneminde ebeveynlerin sigara içmiş olmalarının 12-14 yaş arasındaki çocukların sigaraya başlamalarında önemli bir etken olduğu görülmektedir. Bu ebeveynlerin belli bir yaşta sigara kullanmış olması, sonra bırakmış olsalar dahi zihindeki model örnek alındığı için sigara kullanımına yol açabildiğini göstermektedir. Ebeveynlerin sigaraya karşı dikkat ve tutumlarının çocukların sigaraya başlamalarında etkili olduğu ise birçok çalışmayla ortaya konmuştur (Zhang ve Qui, 1993; Herken ve Özkan, 1998; Murray ve Ark., 1985). Bandura Sosyal Bilişsel teorisinde insanların birbirinden gözlem, taklit ve örnek yoluyla kısacası model olarak öğrendiklerini belirtmektedir (Bandura, 1989). Dolayısıyla çocuklar da sigara içme alışkanlıklarını ebeveynlerinden, akranlarından ve sosyal çevrelerinden model olarak öğrenmektedirler. Çocukların zihinlerinde oluşturdukları şemalar sonraki yaşamlarındaki olumlu ya da olumsuz sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Bandura, 1989). Özellikle Murray ve arkadaşları annesi sigara içen kız çocukları ile babası sigara içen erkek çocuklarının diğer çocuklara oranla daha fazla sigara içtiklerini belirlemişlerdir (Murray ve Ark., 1985). Bu durum Bandura'nın Sosyal Bilişsel öğrenme teorisindeki model almanın ve zihinde oluşturulan şemaların sigara içme alışkanlığındaki önemini ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda çocuğun sigara kullanmasında asıl belirleyicinin baba olduğu, ebeveynlerin sigara kullanımının, çocukların sigara kullanımını deneme oranını arttırdığı belirlenmiştir (Biglan ve ark., 1995; Brook ve ark., 1983; Hops ve ark., 1990). Yine ebeveyn tutumlarının sigarayı denemede değil sürdürmede etkili olduğu, ebeveyn kontrolünün çocukların sigara kullanımını etkilediği, sigara ya da alkol kullanan ebeveynlerin çocuklarına ayırdıkları zamanı arttırdıklarında çocukların sigara ve alkol kullanımında azalma olduğu görülmüştür (Aitken, 1990; Cohen ve ark., 1994; Rimeirs ve ark., 1990).

Yukarıdaki çalışma sonuçları sigara kullanımını önleme ve azaltma programlarına ailenin ve toplumun etkin katılımının önemini ortaya koymakta, sigaraya başlamada hem sosyal öğrenmenin hem de çocuk ebeveyn etkileşiminin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar bağımlılık geliştikten sonra yapılan girişim

programlarının hem çok pahalı olduğunu hem de başarısının istendik düzeyde olmadığını göstermektedirler. Bu nedenle çocuklara yönelik sigara kullanımını önleme programlarının geliştirilmesi ve bunun özellikle çocukların sigaraya başlama dönemi olan adolesan dönemden önce başlatılması son derece önemlidir (Sarah ve ark, 2005; Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009; Susman, 1995). Yine birçok araştırmacı bu programların ilköğretim döneminde başlatılması gerekliliğine inanmakta, planlanan önleyici girişimlerin yaş grubuna ve gelişimsel özelliklerine göre özel olarak hazırlanması gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu çalışmalar yaş grubuna özel ve değişik yöntemlerin birlikte kullanılarak geliştirilen girişim programlarının, çocukların sigaradan kendilerini korumada etkili olduğunu göstermektedir (Rasmussen ve ark., 2002; Sussman, 2005; Cote ve ark., 2004; Thomas & Perera, 2009; Tobler,1986; Bruvold, 1993).

Thomas (2004) yaptığı sistematik incelemede girişimsel sekiz çalışmanın sigara prevalansı üzerinde pozitif etkisinin olduğunu, yedi çalışmada ise bir etki saptamadığını ortaya koymuştur. Storr ve arkadaşlarının (2004) birinci sınıflar üzerinde yaptıkları 15 yıllık takipsel bir çalışmada girişimlerin çocukların sigaraya başlamalarını önlemede etkili olabileceğini belirlemişlerdir. Hanewinkel ve Asshauer (2004) ise yaptıkları girişimsel çalışmada girişim programının sürdürülmesinin sigara kullanımı önlemede birkaç ay etkili olduğunu saptamışlardır. Thomas'ın (2004) yaptığı inceleme çalışmasında, çok boyutlu önleme yaklaşımlarının sigara kullanımını önlemede daha etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Bu çalışma sonuçları yaş grubuna özgü ve çok yönlü girişim programlarının çocukların sigaraya yönelik tutumlarını değiştirdiğini ve sigaraya başlamalarını önlemede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye 'de ise yapılan girişim programlarının genelde bilgi verme temelli olduğu, bu programların çocukların bilgi düzeylerini arttırmada etkili fakat davranış değiştirmede sonuçlarının yeterli olmadığı görülmüştür (Filiz, 2007; Gökğöz, 2004; Sarı ve Öztürk, 1994).

Ayrıca 2010 sağlık hedefleri arasında sigara kullanımının 15 yaş altında % 0'a ve 15 yaş üstü nüfusta % 20'nin altına çakılması hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşmada da etkili planlama ve girişimlerin yapılması önerilmektedir (Buzgan ve ark., 2007; Ergüder, 2008). Bu hedefe ulaşmada önemli bir adım ise sigara kullanımını önlemeye yönelik programların geliştirilmesidir. Bu programların uygulanması ve hayat geçirilmesi için en uygun ortam ise okullardır (Selekman, 2006; De Jesus, 2000). Amerikan Hemşireler Birliği sigara kullanımını azaltma ve önlemede hemşirelerin koruyucu ve savunucu rolü olduğunu vurgulamaktadır.

Amerikan Okul Hemşireleri Birliği ise okul sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir yeri olan okul hemşirelerinin temel sorumluluklarından birinin çocukların sağlığını korumak ve geliştirmek olarak belirlemiştir. Okul hemşirelerinin çalışma yapacağı 10 önemli alandan birinin sigara ve madde kullanımının önlenmesi konusunda olduğu yayınlanmıştır. Okul hemşiresinin sorumluluğunun ise çocukların sigaraya başlamasını önleme, çocuklar arasında sigara kullanım oranını azaltma ve pasif sigara içiciliğinin zararlarından çocukları koruma olarak vurgulamıştır. Ayrıca hemşire okul ortamında öğrencilerle, öğretmenler ve diğer okul personeliyle, ailelerle, diğer sağlık kuruluşlarıyla ve farklı kurumlarla en çok iletişimde olan okul sağlık ekibi üyesidir. Bu konumu sorunları daha iyi görmesini, sorunlar altında yatan temel nedenleri daha iyi fark edebilmesini ve çözümler için birden çok kaynağı harekete geçirebilecek işbirliğini sağlayabilmesine olanak vermektedir. Dolayısıyla okul sağlığı hemşiresi sektörler arası işbirliği ile kampanyalar düzenleyerek tüm grupları bu kampanyalara katacak ve aktif rol alılabilecek okul sağlığı ekip üyelerinden biridir. Okul hemşireleri sigara önlenmesi konusunda çocuklara, okul personeline ve ailelere danışmanlık hizmeti vererek, sigara kullanmayan bir toplum oluşturmada rollerinden birini daha yerine getirmiş olacaktır. Yukarıdaki rollerine ek olarak sağlık eğitimciliği rolü de sigara ve zararları konusunda okul hemşiresinin programlar hazırlamasını gerektirmektedir. Bu programların okul ortamında çok büyük kitlelere ulaştırabilecek bir potansiyele sahip olması hemşirenin danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle okul hemşireleri sigara kullanımı önleme ve azaltma programlarının geliştirilmesinde bununla birlikte yürütülmesinde sorumluluk alacak birinci düzeydeki profesyonellerdir (Edwards, 2002; Selekman, 2006). Botmer ve Fridlund'ın (2001) sigarasız bir kuşak geliştirilmesinden kimin sorumlu olduğunu belirlemeye yönelik yaptıkları çalışma örneğine aileleri, öğrencileri, okul personeli ve okul hemşirelerini almışlardır. Çalışma sonucunda okul hemşireleri dördüncü sıralamada sigara kullanımı önleme ile ilgili sorumluluklarını üçüncü sıraya koymuşlardır. Öğrenciler, okul personeli ve aileler hemşirenin bu rolünü dördüncü sıraya koymuşlardır. Çalışma sonucu özellikle okul hemşirelerinin ve toplumun sigara kullanımını önleme de okul hemşirelerinin sorumluluğunu yeteri kadar algılamadıkları, hemşirelerinde bu tür programların geliştirilmesini ve uygulamasını kendi sorumlulukları olarak görmediklerini ortaya koymaktadır. Oysaki sağlıklı bir kuşak oluşturulmasının önemli sorumlularından biri de okul hemşireleridir (Selekman, 2006).

Ülkemizde özellikle ilkokul çocuklarına yönelik sigara kullanımını önleme programlarının olmayışı, sekiz yıllık zorunlu eğitime geçişle birlikte ilkokul çocuklarının ortaokul çocuklarıyla bir arada oluşu, son on yılda yaşanan ekonomik krizler ve çeşitli yollarla yapılan açık ya da gizli reklamlar, Milli eğitim müfredatında sigara ve madde bağımlılığını önlemeye yönelik yeterli konuların olmayışı, ayrıca ülkemizde yapılan sigara ve madde bağımlılığını önleme programlarının tamamına yakınının ilkokul sonrası dönemi hedeflemesi, okul sağlık hizmetlerinin yeterli olmayışı ve yeterli okul sağlığı hemşiresinin bulunmayışı ilkokul çocuklarını sigara ve diğer bağımlılık yapan maddeler açısından risk altına sokmaktadır. Ayrıca bağımlılık gelişmeden önlenmesi, geliştikten sonra kurtulma için harcanacak bedelden daha az ve ekonomiktir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın iki temel amacı vardır.

Birinci amaç çocuk ve ebeveynlerinin sigara kullanımına yönelik yarar ve zarar algılarını tanımlayan Karar Denge Ölçeğinin Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmek,

İkinci amaç ise ilköğretim öğrencilerine yönelik geliştirilen sigara kullanımını önleme programının etkinliğini değerlendirmektir.

1.3. Araştırma Hipotezleri

H₁: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli girişim grubu, Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu, Bilgi Temelli girişim grubu ve Girişimsiz Kontrol grubu arasında fark vardır.

H₂: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden eğitimden altı, on sekiz ve otuzuncu aylar arasında fark vardır

H₃: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır

H₄: Her grubun kendi içinde yarar puan ortalamaları arasında zamana (girişim öncesi, altı, onsekiz ve otuzuncu aylar) göre fark vardır.

H₅: Öğrencilerin zarar algı puan ortalamaları yönünden Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli girişim grubu, Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu, Bilgi Temelli girişim grubu ve Girişimsiz Kontrol grubu arasında fark vardır.

H₆: Öğrencilerin zarar algı puan ortalamaları yönünden girişim sonrası altı, on sekiz ve otuzuncu aylarda fark vardır

H₇: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır

H₈: Her grubun kendi içinde zarar puan ortalamaları arasında zamana (girişim öncesi, altı, onsekiz ve otuzuncu aylar) göre fark vardır?

H₉: Öğrencilerin sigara deneme durumları açısından girişim öncesi gruplar arasında fark yoktur

H₁₀: Öğrencilerin sigara deneme durumları açısından girişim sonrası gruplar arasında fark vardır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1 Sigara Nedir?

Türk Dil Kurumu sigarayı, % 1-4 oranında nikotin içeren kıyılmış tütün yapraklarının ince kâğıda sarılarak silindir biçimine getirildiği, ağızdan dumanı çekilen nesne olarak tanımlamaktadır (Büyük Sözlük, 2008). Sigaranın içeriğini oluşturan tütün ise patlıcangiller (T. Solanaceae) familyasından, domates ve patatesle akraba olan, 3 m kadar boylanabilen, tüysüz ve mumsu bir örtü ile kaplı, taç yaprakları uzun saplı ve tüpsü, salgı tüyleri bulunan bir tür bitkidir (Anderson, 2005; Büyük Sözlük, 2008). Tütün kelimesi eksiden beri dilimizde var olmakla birlikte genellikle yanan cisimden çıkan siyahımsı gaz ya da buhar anlamında kullanılmaktadır (Büyük Sözlük, 2008). Tütün sadece sigara olarak değil, çiğneme, pipo, nargile vb. yollarla da kullanılmaktadır (Anderson, 2005).

2.2. Tütünün Tarihçesi

2.2.1 Dünyada Tütünün Tarihçesi

Yaygın olarak yetişen tütün bitkisinin kökeni Avustralya ve Güney Amerika kıtalarıdır. Meksika'daki bir yerli efsanesine göre tütünü ilk kullananlar sarı yapraklarının çekiciliği nedeniyle kuşlardır. Efsaneye göre tütün kuşa daha yüksek uçma, daha güçlü olma ve daha iyi görme yeteneği vermiştir. Efsanevi öykülerinde, yerli insanların savaşta ve barışta güç verdiklerine inandıkları için barış çubukları içtiklerinden bahsetmektedirler (Gordon ve Goldin, 1984; Anderson, 2005; Gilman ve Zhou, 2004).

Tütünü ilk kullanıldığına dair bilimsel veriler Maya uygarlığına ait kalıntılarda pipoya benzer kalıntıların bulunmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu nedenle tütünü ilk içenlerin M.Ö. 6000 yıllarında Mayalar ve Aztekler olduğu sanılmaktadır (Gordon ve Goldin, 1984; Anderson, 2005; Gilman ve Zhou, 2004). Maya dilinde “Sigar” kelimesinin anlamının tütün içen kişi olması da, tütünün ilk defa mayalar tarafından kullanıldığını destekleyen bulgulardan biridir. Tütün yaprağı kıta Avrupa'ya ise ilk kez 1492 yılında Cristoph Clombus ve tayfaları tarafından getirilmiştir. Clombus ve tayfaları kıta Avrupa'ya tütünü yerlilerin hem tedavi hem de dini amaçlı olarak kullandıkları bir bitki olarak tanıtmışlardır. Tütün tohumunu Avrupa'ya ilk getiren kişi Fransız papaz Andre Thevet Rio'dur. Tütünü kıta Avrupa'da ilk defa yakarak içen kişiler ise Lois de Torres ve Rodrigo de Jerez olmuştur. Sigara daha sonra hızla yayılarak

bütün Avrupa’da tüketilir hale gelmiştir. Avrupa’nın değişik ülkelerinde sigara içme kulüpleri kurulmuştur (Gordon ve Goldin, 1984; Anderson, 2005; Gilman ve Zhou, 2004).

İngiliz James Will 1761 yılında tütün ile kanser arasındaki ilişkiyi ilk kez ortaya koymuş, 1823 yılında Reiman tütün bitkisindeki etkin maddenin “nikotin” olduğunu belirlemiştir. Sigara tüketiminin artması üzerine talepleri karşılayabilmek için sigara üreten makineler ilk defa 1880 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Sigara üretimi zamanla sanayi halini almış, üretimi yapan ülkeler büyük gelir elde etmişlerdir. Sigara tüketimi 1900’lü yıllarda giderek artmış, sigara kullanmaya başlama yaşı ise giderek düşmüştür (Pekşen, 1995). Sigara ile kanser arasındaki ilişkiyi gösteren tıbbi çalışmaların 1930’lu yıllarda ortaya çıkmasıyla birlikte sigaranın zararlarına dikkat çekilmeye başlanmıştır. İlk kez resmi olarak sigaranın zararlı olduğu Amerika Birleşik Devletleri’nde Surgeon General tarafından 1964 yılında yayımlanan raporda açıklanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu salgını durdurabilmek için 1970 yılından itibaren sigaraya karşı savaş açmış, birçok program geliştirmiştir. Son olarak hem hükümetlerin, hem sivil toplum örgütlerinin hem de bireylerin katıldığı MPOWER programı ile sigaraya karşı etkin bir program yürütmektedir (WHO, 2008). Amerikan Psikiyatri Derneği 1979 yılında sigara kullanımını bir hastalık olarak kabul etmiş ve DSM III içerisinde yer vermiştir (Mangan ve Golding, 1984). DSÖ 2003 yılında “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini” hazırlayarak üyelerinin imzalamasını istemiştir.

2.2.2 Türkiye’de Tütünün Tarihçesi

Tütün ilk defa 1601 yılında İngilizler tarafından İstanbul’a getirilmiş, soğuk algınlığına karşı ilaç olarak satılmıştır. Ülkeye ilk girdiği andan itibaren tütün kullanımının dinen uygun olup olmadığı tartışılmış ve bu tartışmalara rağmen sigara kullanımı ülkemizde hızla yayılmıştır (Akçiçek, 1993). Devrin padişahlarından I. Sultan Ahmet (1603-1617) ve Genç Osman (1618-1622) tütün kullanımını yasaklamıştır. Tütün İstanbul’da büyük yangınların çıkmasına neden olmuştur. Bu nedenle IV. Murat tütünü çok sert bir şekilde yasaklayan ve yasağa uymayanlara idam cezasının verildiği kanunlar çıkarmıştır. Yaklaşık olarak 100 bin kişinin bu nedenle idam edildiği değişik tarihçiler tarafından ileri sürülmüştür (Akçiçek, 1993). Osmanlı 1861 yılına kadar tütünün büyük bir bölümünü yurtdışından almış, 1861 yılında ise tütün ekimi yeterli olduğu için dış alım durdurulmuştur. Osmanlı döneminde tütünün dini ve sağlık açısından zararlarını anlatan “Duhan reddiyeleri” ve “Tütün risaleleri” yayımlanmıştır. Tütün vergisi 1880 yılında “duyunu umumiye’ye” bırakılmıştır. Binsekizyüz

seksen üç (1883) yılında Fransızların yönetiminde “Reji” yönetimi kurularak tütün ekim ve satımı Reji yönetiminin kontrolüne verilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu’nun yıkılışından sonra 1923 yılında İzmir’de toplanan İktisat kongresinde Reji yönetiminin kaldırılmasına karar verilmiştir (Akçiçek, 1993; Pekşen, 1995). Aynı yıl tütün üretimi, işletimi ve satışı 558 sayılı yasa ile devlete bağlı olarak kurulan Tekel işletmesi tarafından yürütülmeye başlamıştır. Bin dokuz yüz seksen üç (1983) yılında çıkartılan 2929 sayılı yasa ile tütün ve ürünlerinin ithalatı serbest bırakılmış, bunun sonucunda çok uluslu sigara şirketleri ile yerli şirketler arasında ortaklıklar kurularak sigara üretimi artmıştır (Peşken, 1995).

Dünya genelinde 1980’li yıllarda sigara tüketiminin hızla artması nedeniyle birçok ülkede sigara kullanımını önlemek için etkin çalışmalar başlatılmış ve yasalar çıkartılmıştır. Fakat ülkemizde gerek sigara şirketlerinin baskısı gerekse hükümetlerin uygun önleme programları geliştirip, yürürlüğe koyamaması nedeni ile ancak 1996 yılında “Tütün ve Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” çıkartılabılmıştır. Bu kanunla birlikte sigara ile ilgili reklamlar yasaklanmış, toplu alanlarda sigara kullanımına dair yaptırımlar getirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 yılında hazırladığı “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”ne Türkiye Cumhuriyeti 2004 yılında imza atmıştır. Bunun sonucunda “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmış, 2006 yılında yayınlanan bir genelge ile yürürlüğe girmiştir (Akçay, 2007). Bu imza ile Türkiye Cumhuriyeti ilk kez resmi olarak tütün kullanımının ölümcül sonuçları olduğunu kabul etmiştir. En önemli gelişmelerden biri ise 19 Ocak 2008 tarihinde 26761 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun”dur. Yapılan değişiklikle ev dışındaki toplu yaşam alanlarında tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı yasaklanmıştır. Böylece bireylerin tütün ürünlerinin zararlarından korunması, tütün kullanımını özendirici reklamların önlenmesi, tütün ürünlerini tanıtan ve özendiren kampanyaların engellenmesi, bireylerin temiz hava soluyabilmesi amaçlanmıştır (26761 Sayılı Resmi Gazete, 2008).

2.3 Tütün Yaprağının Kimyasal Bileşimi

Tütün içildiğinde duyu organlarında sert, yumuşak, yakıcı, keskin, kokulu ya da ferahlatıcı gibi kelimelerle ifade edilen değişik izlenimler bırakırlar. Sigara dumanının bıraktığı bu etki tütün yaprağının bileşimi ile ilgilidir. Tütünün bileşiminde su, inorganik ve organik maddeler yer almaktadırlar (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998).

2.3.1 Su

Kuru tütün yaprağında su oranı bazik grup tütünlerde %10, asidik grup tütünlerde ise %10'un altındadır. Tütün yaprağındaki su oranı tütünün yanmasını, kokusunu ve lezzetini etkilemektedir (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.3.2 İnorganik Maddeler

Kuru tütün yaprağında % 10-25 oranında inorganik madde bulunur. Tütün yaprağında bulunan inorganik maddeler Kalsiyum oksit (CaO), Potasyum oksit (K₂O), Magnezyum oksit (MgO), Klor (Cl), Penta oksit (P₂O₅) ve sulfat (SO₄)'tır. İnorganik maddelerin yanması sonucu oluşan kül miktarı tütün tipine göre değişmektedir. İnorganik maddeler tütünün içilmesi sırasında tat ve kokuyu etkilememektedir. Ancak bu maddeler tütünün yanma hızını ve biçimini etkilemektedirler. Tütünün yanmasını potasyum ve magnezyum olumlu, klor ise olumsuz yönde etkilemektedir (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.3.3 Organik Maddeler

Tütün yaprağında bulunan organik maddeler ile inorganik maddeler arasında ters yönde bir ilişki vardır. Organik madde oranı arttıkça inorganik madde oranı azalmaktadır. Tütün yaprağında azotlu bileşikler önemli bir yere sahiptir. Azotlu bileşiklerin tütün yaprağındaki az bir miktarda değişimi bile tütün kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Azotlu bileşikler sigara kullanımı sırasındaki sertlik ve tokluk özelliklerinden sorumludur.

Diğer önemli bir madde ise alkaloidlerdir. Bu sınıfın en önemli temsilcisi ise "nikotin"dir. Tütün yaprağında bulunan diğer alkaloidler nornikotin, nikotein, isonikotin, nikotemin, nikotyrin, anabasin, myosamin'dir. Bu alkaloidlerin %90-95'i nikotin oluşturmaktadır. Tütünde bulunan alkaloidlerden özellikle myosamin ve nornikotin kanserojen oldukları, ayrıca myosaminin sigaranın içimi sırasında kötü koku vermesi nedeni ile tütün yaprağında fazla olmasının istenmediği bilinmektedir (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

İçeriğindeki diğer organik maddeler ise Proten-N, Çözünür-N bileşikleri, Amino asitler, karbonhidrat bileşikleri, şeker, nişasta, fenolik bileşikler, organik asitler, petrol eteri ekstraktı maddeler, renk maddeleri ve sterollerdir. Ayrıca bir çok kimyasal ilaç kalıntısı tütün yaprağının bileşiminde bulunup, bu kalıntılardan en önemlisi ise uzun süre tütün yaprağında varlığını koruyabilen organik pestisitlerdir (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.4 Tütün Dumanının Kimyasal Bileşenleri

Sigara incelendiğinde içerisinde 4000'den fazla mutajenik, sitotoksik, karsinojenik ve antijenik maddeler içerdiği görülmektedir. Tütünün yakılmasıyla 980-1050 °C'lik bir ısı ortaya çıkar ve ısının etkisiyle tütündeki maddeler kısmen ya da tamamen başka maddelere dönüşür. Tütünün yakılmasıyla ana akım ve yan akım olarak adlandırılan iki ayrı duman akımı meydana gelmektedir. Aktif sigara içen kişinin içine çektiği duman ana akım dumanı, sigaranın yanan ucundan çevreye yayılan duman yan akım dumanıdır. Her bir akımda gaz ve partikül fazı olmak üzere iki ayrı faz bulunmaktadır. Ana akım dumanında % 92 gaz, % 8 partikül komponenti bulunurken, yan akım dumanının neredeyse tamamı gaz fazında oluşur. Yan akım dumanı, ana akımdan daha toksik ve kanserojendir (Akçay,2007). Gaz fazını oluşturan başlıca toksinler; karbon monoksit, karbondioksit, azot oksitler, uçucu nitröz aminler, hidrojen siyanür, kükürt içeren uçucu bileşikler, alkoller, serbest oksijen radikaller, aldehit ve ketonlardır. Partikül fazında ise; katran ve nikotin en önemli toksik komponentleri oluşturur. Katran (tar) son derece güçlü karsinojenleri içeren, sigaranın kanser yapıcı etkilerinden sorumlu tutulan bileşiklerin tümüne verilen isimdir (Akçay,2007; Özyardımcı, 2002).

Sigara dumanının pH'ı sigara dumanının lezzeti ve sertliğini belirlemektedir. Sigara dumanının pH'ı 4.5-9.0 arasında değişmektedir. Sigara dumanının ana akımında çapı 0.3-1 Nm arasında değişen milimetre başına 4×10^9 dolayında tanecik bulunur (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

Uzmanlara göre sigara dumanının sağlığa zararlı maddelerini nikotin, Katran (Tar), karbon monoksit, iritan maddeler ve kanserojen maddeler olarak sınıflayabiliriz (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.4.1 Nikotin: Nikotin, birkaç doğal sıvı alkoloitten biridir. Tütün alkaloidlerinin % 90-95'ini oluşturur. Bir sigarada ortalama 0.05 ile 2.5 mg arasında nikotin bulunmaktadır.

2.4.2 Katran (Tar): Katran, tanecikli fazın diğer iki bileşeni olan nem ve nikotin çıkarıldıktan sonra kalan kısımdır. Katran polinükleer aromatik hidrokarbonları, N-Nitrosaminler ve diğer aromatik aminleri içermektedir (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.4.3 Karbon Monoksit: Renksiz ve kokusuz bir gazdır. Sigara dumanında bulunma oranı % 2.9 ile 5.1 arasındadır. İnsan sağlığına en zararlı olan gazlardan biridir. Karbon monoksit solunum yoluyla kan akımına geçtikten sonra oksijenden 220 kez daha fazla hemoglobinle birleşme gücüne sahiptir. Dolayısıyla ortamdaki az bir miktardaki karbon monoksit bile

tehlikeli olabilmektedir. Kana geçen karbon monoksitin hızla hemoglobine bağlanması sonucu karbon monoksit hemoglobin oluşur. Sonuçta kanın dokulara oksijen taşıma kapasitesi azalır. Kandaki karbon monoksit oranı % 2'nin üstünde olduğunda baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, koordinasyon bozukluğu, aşırı duyarlılık ve kardiyovasküler değişiklikler başlar. (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.4.4 İrritan Maddeler: Sigara dumanında en önemlisi akrolein olan yaklaşık olarak 10 adet irritan madde bulunmaktadır. Bu maddelerin tamamına yakını silyatoksiktir. İrritan maddeler bronşların mukus salgısını arttıran ve bronşları döşeyen titretili epitelin, mukusu yukarı ve dışa doğru iten hareketini, dolayısıyla koruyucu etkisini azaltmaktadır. Bu maddeler solunum sisteminin enfeksiyonlara yatkınlığına ve kronik solunum yolu hastalıklarını gelişimine zemin hazırlamaktadırlar (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.4.5 Kanserojen Maddeler: Sigara dumanı kanser sürecini hem başlatıcı hem de hızlandırıcı maddeler içermektedir. Sigaradaki kanserojen maddeler nitrosadimetilamin, nitrosodietilamin, nitrosopirrolidin, benzo(a)piren, benzo(a)antrasen, hidrazin gibi maddelerdir. Sigara dumanındaki benzo(a)piren gibi aromatik hidrokarbonlar kanser oluşumunda çok etkilidir. Bu maddeler DNA ile reaksiyona girerek genetik mutasyona yol açabilir. Ayrıca sigara kullanımı kanser tedavisinde ilaç rezistansına yol açabilmektedir. Yine sigara dumanında bulunan katrandaki fenoller, yağ asitleri, serbest yağ asitleri gibi maddeler ise oluşmaya başlamış olan kanserin çok daha büyük bir hızla ilerlemesine neden olurlar (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.5 Sigaranın Sistemler Üzerine Etkileri

Sigara kullanımı başta kanser olmak üzere dünya genelindeki ilk sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. Bu risk faktörleri tütünün içinde bulunan maddelerin vücut sistemlerini etkilemesiyle ortaya çıkmaktadır (Buzgan ve ark., 2007; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; European Tobacco Control Report, 2007).

2.5.1 Solunum Sistemi Üzerine Etkileri

Sigaranın solunum sistemi hastalıkları ile ilişkisi ilk kez 1870'li yıllarda ortaya konmuş olup resmi olarak ilk defa açıklanması ise 1964 yılında Amerikan Cerrahlar

Birliği'nin raporu ile olmuştur.

- Sigaranın içinde bulunan partiküler maddeler akciğerin santral, periferik ve alveo-kapiller alanlarında birikerek siliaların yapı ve fonksiyonunu bozmaktadır.
- Sigara dumanının içeriğinde yer alan karbon monoksit, nitrik oksit ve sülfür oksit gazları siliaları doğrudan etkileyerek siliaların fonksiyonlarının bozulmasına, sayısının azalmasına ve mukus artışına yol açarken, sertbest radikaller ve peroksit ise epitelyum hasarına, aşırı mukus salınımına ve nötrofil elastazının salınımını arttırarak goblet hücre hiperplazisine neden olmaktadır.
- Sigara alveolar makrofajları aktive etmekte, fibroblastları etkileyerek kollojen ve elastin yapımına zarar vermektedir.
- Sigara dumanındaki toksik metabolitler parankim doku ve DNA hasarına, periferik hava yollarında inflamasyon ve atrofiye, alveolar kayıplara, küçük arter sayısında azalmaya neden olur.

Sonuç olarak düzenli sigara kullanımı KOAH, astım gibi kronik solunum yolu hastalıklarına ve akciğer kanserine yol açmaktadır (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.5.2 İmmün Sistem Üzerine Etkileri

Sigara immün sistem hücrelerinden özellikle T hücre yanıtını baskılamaktadır. T hücre yanıtının baskılanması dolaylı olarak humoral immüniteyi etkilemekte ve enfeksiyonlara yatkınlığa neden olmaktadır. Tütün içeriğindeki hidrokınon ve katekol, T hücresinin IL-2 etkisi ile çoğalmasını baskılayarak hücrenin S fazına girmesini engellemektedir. Bununla birlikte T hepler ve T supresör hücre oranını değiştirmektedir. Ayrıca Hidrokınon (HQ) hücre içinde bir nükleer transkripsiyon faktörü olan NF- $\kappa\beta$ 'nin aktivasyonunu değiştirerek hücrenin G1 fazından S fazına geçişini engellemektedir. Hücre siklusu kontrolünün bozulması aynı zamanda tümör gelişimi üzerinde de etkili olmaktadır (Özyardımcı, 2002; McCue, 2000). Hidrokınon ve katekol maddelerinin diğer bir etkisi ise DNA hasarıdır. Vücutumuzda bulunan savunma sistemlerinden biride Bronş assosiye lenfoid doku (BALT)'dur. Bu sistem M hücrelerin, lenfositlerin ve yüksek endotelial venüllerden oluşmaktadır. Ancak bu sistem sadece sigara içen kişilerde aktif olmaktadır.

Sigara dumanı immün sistem hücrelerinden B hücreler ve makrofajlar üzerine de baskılayıcı etki göstermekte, çoğalma yeteneklerini bozmaktadır. Monosit sayısında azalmaya

yol açmaktadır. Sonuç olarak sigara özellikle hücrel, humoral ve fagositer sistemin fonksiyonlarını bozmaktadır (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; McCue, 2000; Özyardımcı, 2002).

2.5.3 Endokrin Sistem Üzerine Etkileri

Sigara içerisinde bulunan nikotin, kotinin ve tiosiyanat endokrin sistem üzerine etki eden önemli maddelerdir. Özellikle tiosiyanat tiroid bezini etkilemektedir. Bu maddenin iyodun tiroid tarafından geri alımını engelleyerek antitroid etki yarattığı bilinmektedir. Ayrıca tütün dumanında bulunan hidroksipirin metabolitlerinin tiroid peroksidazi ve T₄'ün T₃'e dönüşümünü engelleyerek antitroid etki yaptığı saptanmıştır. Sigara kullanımının plazmadaki kalsitonin düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

Adrenal bezlerde sigara kullanımından etkilenmektedir. Sigara renin salınımını azaltan bir baroreseptör mekanizmasını harekete geçirerek renin seviyesini düşürmektedir. Ayrıca sigara kullanımı plazma katekolemin düzeylerinin arttırmaktadır (Özyardımcı, 2002). Sigara kullanımı hipotalamusta nikotin aracılığıyla antidiüretik hormon salınımını arttırmakta, artan antidiüretik hormon ise ACTH salınımını uyarmaktadır. Dolayısıyla sürekli sigara tüketimi hipertansiyon sıklığını arttırmaktadır (Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.5.4 Kardio-Vasküler Sistem Üzerine Etkileri

Sigara vasküler endotele zarar vermekte, zarar gören endotelde ateroskleroz gelişimi kolaylaşmaktadır. Sigara kullanımı karbon monoksit üretimini, plazma vizkositesini, fibrinojen seviyesini arttırmakta ve lipoprotein yapısını bozmaktadır. Aşırı kolesterol birikimi endotel hücrelerinde kolesterol miktarının artmasına ve aterom plağının büyümesine yol açmaktadır. Düzenli sigara kullanımında düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL), yüksek dansiteli lipoproteinlere (HDL) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Aktif sigara kullanımı serum HDL düzeyini azaltmakta, buna karşın trombosit agresyonunu, serum fibrinojen seviyesini, LDL oksidasyonunu arttırmaktadır. Artan yağ asitleri damar duvarındaki metabolik faaliyeti etkilemekte ve aritmilere yol açmaktadır. Ayrıca sigara kullanımı kan basıncında yükselmeye neden olmaktadır (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.5.5 Gastrointestinal Sistem Üzerine Etkileri

Sigara kullanımı tükürük sekresyonunun salınımını azaltmaktadır. Nikotinin parasempatik ganglionları aktive etmesi sonucu barsak peristaltizminde artış görülmektedir. Bununla birlikte gastrik boşaltımı yavaşlatmakta, pepsin sekresyonu ve gastrik asit salınımını arttırmakta, duodenum pH ve bikarbonat oranı ile pankreas bikarbonat oranında azalmaya yol açmaktadır. Sigara kullanımı alt özefagus sfinkterlerin basıncını ve pilor motor aktivitesini azaltmaktadır (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.5.6 Sinir Sistemi Üzerine Etkileri

Sigaranın sinir sistemindeki etkisinden nikotin sorumludur. Nikotin çizgili kaslarda gevşemeye, iştahta azalmaya neden olur. Öğrenme ve dikkati artırır. Aortik ve karotik glomus kemoreseptörlerini uyararak solunum merkezini harekete geçirir, solunum sayısını ve hızını artırır. Fibrinojen miktarını ve trombosit agresyonunu artırır, arteryal vazokonstriksiyon yoluyla serebral kan akımını azaltır. Bunun sonucunda bireylerde serebral hastalıklara ve kanamalara yatkınlık meydana gelir. Hipotalamusu etkileyerek arka hipofizden ADH, ön hipofizden ACTH salınımını artırır, LH ve prolaktin salgılanması baskılanır (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.5.7 Genito-Üriner Sisteme Etkileri

Sigara renal sistemde semptomimetik uyarılmaya neden olarak kan basıncını yükseltir. Bununla birlikte glomerüler filtrasyon hızını, filtrasyon fraksiyonunu ve renal kan akımını azaltarak renovasküler direncin artmasına neden olur. Renal arterler dahil arteriyel damarlarda yapısal lezyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca sigara toksik tubuler hasara neden olmaktadır. Sigara kullananlarda proksimal tubuler hücre hasarını gösteren üriner enzim atılımı artmaktadır. Tütünün içinde bulunan kadmiyum tubulointerstisyel nefrit gelişimine ya da şiddetlenmesine neden olmaktadır. Dolaşımdaki monositlerin, lokal fibroblastların aktivasyonunu başlatır. Sonrasında sitokinler, kemokinler, lökotrienler ya da toksik serbest oksijen radikalleri salınır. Sistemik ya da lokal inflamasyonla glomerüler ya da tubuler hasara neden olur (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

Sigaranın içinde bulunan kadmiyum, kotinin ve benzopirenin insan gamet hücreleri üstüne etkileri olduğu belirlenmiştir. Kotinin, nukleus ve sitoplazmadaki proteinlere bağlanarak follikül maturasyonunu ve oositin mayotik oluşumunu bozar. Benzopiren sigara

içen kişilerin over dokusunda, luteal hücrelerinde ve stromal arterlerinde saptanmıştır. Over hücrelerinde DNA hasarına yol açar. Sigara kullanımının fertilizasyon oranını düşürdüğü, oosit sayısını azalttığı, tubal mukozada silier aktiviteyi bozduğu görülmüştür. Sigara aynı zamanda mayotik içciklenmeyi de bozabilmektedir. Ayrıca kullanılan sigara miktarına bağlı olarak seminal plazmadaki kotinin düzeyi yükselmekte, bu da sperm kalitesini bozmaktadır (Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.5.8 Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri

Sigara kullanımının kas iskelet sistemi üzerinde meydana getirdiği önemli sorunlardan biri osteoprozdur. Nikotinin osteoproza nasıl yol açtığı tam olarak bilinmemekle birlikte, bununla ilgili iki ayrı görüş bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; nikotinin östrojenin antagonisti olan serbest oksijen radikallerini artırarak osteoproza yol açtığı, bir diğeri ise; nikotinin osteoblast fonksiyonlarını bozarak osteoproza neden olduğudur. Sigaranın neden olduğu diğerk bir önemli sorun bel ağrılarıdır. Bel ağrısının nedeni olarak kronik öksürük ve bu öksürüğün yol açtığı disk basıncındaki artış görülmektedir. Ayrıca uzun süre sigara içenlerde vasküler ve hematolojik değişiklikler nedeniyle intervertebral diskin yeterli beslenememesi ve diffüzyon kapasitesindeki değişiklikler bel ağrılarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Sigaranın etkisiyle osteoblast işlevleri bozulduğundan kemik yapımı azalır. Sigaranın etkisiyle osteoblast fonksiyonları bozulduğundan kemik yapımı azalır. Bu durum da kırıkların iyileşmesini geciktirir (Özkayın, 2003; Özyardımcı, 2002; Ergün, 1998; Karlıkaya ve ark., 2006).

2.6 Sigara (Tütün) Bağımlılığı

Bağımlılık tanımı yapılması oldukça güç olan bir kavramdır. Birçok tanımı olmasına rağmen en çok kabul gören tanımlardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün bağımlılık tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütüne göre bağımlılık; kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğerk uğraş ve nesnelere belirgin olarak daha fazla öncelik vermesi olarak tanımlamaktadır. Bağımlılık kavramı içerisinde bireyin davranışlarının kontrolünün psikoaktif madde altına girmesi, kendine ve topluma zarar verdiği halde madde kullanımına kompulsif olarak devam etmesi, madde arama etkinliğinin her şeyin önüne geçmesi, kullanılan madde miktarının giderek artırılması ve bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması yer almaktadır (Özyardımcı, 2002).

Sigara bağımlılığı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından “düzenli olarak günde bir sigara içmek” şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca hem Dünya Sağlık Örgütü hem de International Classification of Diseases and Health Problems-10 (ICD-10) sigara kullanımını hastalık sınıflarından biri olarak tanımlamışlardır (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003).

Sigara Bağımlılığı ile ilgili iki temel yaklaşım vardır. Bunlar Biyokimyasal ve Psikososyal kuramlardır (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003).

2.6.1 Sigara Bağımlılığına Biyokimyasal Kuram Yaklaşımı

Biyokimyasal kuram yaklaşımına göre sigara bağımlılığının temel sorumlusu nikotindir. Nikotin alkaloid bir madde olup, 60 mg'i dakikalar içinde kişiyi öldürmeye yetmektedir. Aynı zamanda sigara dumanı ile inhale edilen nikotin 10-15 saniye içerisinde beyne ulaşarak, santral sinir sistemini uyarmaktadır. Böylece hem uyarıcı hem de gevşetici etki ortaya çıkmaktadır. Nikotin, beyin ve diğer organlardaki nikotinik kolinerjik reseptörlere etki etmektedir. Etkisini presinaptik aralıkta, asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırarak göstermektedir. Salınan bu nörotransmitterlerin sigara içme isteğini arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca dopamin ve norepinefrin salınımının ödül sistemi ile ilgili merkezleri aktive ettiği, haz duygusunun ortaya çıkmasına neden olduğu, iştahı azalttığı belirlenmiştir. Yine asetilkolin salınımının davranışsal uygulamaların yapılmasındaki performansı ve belleği arttırdığı, beta endorfinlerin salınımının ise anksiyete ve gerginliği azalttığı ifade edilmektedir. Nikotin zona kompakta, substansia nigra ve ventral tegmental bölgelerindeki dopaminerjik reseptörleri ateşlemektedir. Böylece beyindeki ödül merkezini uyarmaktadır. Uzun süre sigara kullanımında nikotin beyin ödül merkezindeki haz duygusunu hissetme yeteneğini baskılamakta, sigara içilmediğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla birey yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırabilmek için kan nikotin düzeyini belirli bir seviyede tutmaya çalışır. Bunun sonucunda düzenli bir sigara kullanma davranışı ortaya çıkar (Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.6.2 Sigara Bağımlılığına Psikososyal Kuramlar Yaklaşımı

Sigara bağımlılığının nedenleri ile ilgili ileri sürülen dört psikososyal kuram yaklaşımı vardır.

- Birinci psikososyal kuram yaklaşımına göre; sigara içme bir alışkanlıktır. Bu kuramı destekleyen uzmanların bazıları nikotin bağımlılığının diğer madde bağımlılıkları ile

eşdeğer olduğunu, bazıları ise daha dikkatli davranarak sigara içmenin bir alışkanlık ya da öğrenilmiş bir davranış olduğunu savunmaktadırlar (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006).

- İkinci psikososyal kuram yaklaşımına göre; sigara içme çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve gerçekçi bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere dayanmaktadır (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006).
- Üçüncü psikososyal kuram yaklaşımına göre; sigara içme özellikle benlik kontrolü zayıf olan bireylerin heyecan ve yenilik arayışları içinde ortaya çıkardıkları bir davranıştır (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006).
- Dördüncü psikososyal kuram yaklaşımı ise sigara kullanmanın bir seçim olduğunu, sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığını, bu konularda objektif olarak yanlış olsalar bile buna uygun davrandıklarını ya da davranmaya çalıştıklarını ileri sürmektedir (Özyardımcı, 2002; Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006).

Sigara bağımlılığının sadece psikolojik nedenlere değil çevresel ve fizyolojik nedenlere de bağlı olduğu birçok uzman tarafından kabul edilmektedir. Yine sigara kullanma miktarının bağımlılık türüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigara bağımlılığı sınıflandırılırken günde 20 adetten az sigara tüketenlerin psikolojik, 20 adetten fazla tüketenlerin fizyolojik bağımlılıkları olduğu kabul edilmektedir. Uzmanların bir kısmı tüm madde alım davranışlarının öğrenildiğine inanır. Madde alımının çeşitli pekiştirici farmakolojik etkileri yanı sıra kişi maddenin ödüllendirici etkisini belli mizaçlar, durumlar ya da çevresel etmenlerle ilişkilendirmeye başlar. Bunun sonucunda maddenin kullanımını arttıran belli işaretler ve bu işaretlerle kurulan ilişkiler ortaya çıkar. Bu duruma sigarayı yemek sonrası, çay ya da kahve ile birlikte içmek örnek olarak verilebilir. Bu olaylarla sigara kullanımı arasındaki ilişki pek çok kez yinelenir, sonuçta çevresel olaylar sigara içmeye gereksinim duymak için önemli işaretler haline gelir (Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

Madde kullanımını etkileyen diğer önemli faktörler arasında; içinde bulunulan gelişimsel dönem ve yaşam stresleri, sosyal statü ve kişilik özellikleri bulunmaktadır (Gençöz, 2003; Karlıkaya ve ark., 2006; Özyardımcı, 2002).

2.7 Sigaranın Dünyada ve Türkiye'deki Yaygınlığı

Sigara kullanımı başta kanser olmak üzere dünya bazındaki başlıca sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. Yapılan çalışmalar sigara kullanımı oranının, morbiditesinin ve mortalitesinin arttığını göstermektedir (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008).

2.7.1 Dünyada Sigara Kullanma Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı istatistiklerine göre her altı saniyede bir kişi sigara ve sebep olduğu hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Dünya genelinde her on ebeveyn ölümünden biri sigaradan kaynaklanmaktadır. Mevcut durumda her yıl 5.4 milyon kişinin sigara nedeniyle öldüğü, önlem alınmaması ve sigara içme örüntüsünün böyle devam etmesi durumunda 2030 yılına kadar her yıl sekiz milyon kişinin sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 20. yüzyılda 100 milyon kişinin sigara ve sebep olduğu problemler nedeniyle yaşamını kaybettiğini, 21. yüzyılda ise bir milyar kişinin sigara kullanımı nedeniyle yaşamını kaybedeceğini rapor etmiştir (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008).

Global Tütün Epidemisi 2008 raporuna göre; 2005-2030 yılları arasında sigara ve sebep olduğu problemler nedeniyle 180 milyon kişinin yaşamını kaybedeceği, sigara kaynaklı ölümlerin % 80'inin ise gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği kabul edilmektedir. Yine aynı rapora göre dünyada yaklaşık bir milyar 400 milyon kişi sigara içmektedir. Sigara içme örüntüsünün bu şekilde devam etmesi durumunda 2030 yılında bir milyar 800 milyon kişinin, 2050 yılında ise iki milyar 200 milyon kişinin sigara kullanacağı tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun % 29'u tütün ve tütün ürünlerini kullanmaktadır. Tütün ve tütün ürünü kullananların % 47.5'i erkek, % 10.3'ü kadındır. Gelişmiş olan ülkelerde sigara kullanma oranı giderek azalırken, gelişmekte olan ülkelerde ise sigara kullanma oranı giderek artmaktadır. İstatistiklere bakıldığında sigara kullananların % 20'si gelişmiş ülkelerde, % 80'i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır. Yaklaşık olarak dünyada sigara içen kişilerin üçte ikisi Türkiye'nin de içinde yer aldığı Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya Federasyonu, Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Bangladeş, Almanya'nın dahil olduğu 10 ülkede yaşamaktadırlar. Rapora göre 2008 yılında en çok tütün ürünü tüketen ülke Çin olmuştur (WHO, 2008; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol raporu, 2007; Akdur, 2009).

Avrupa Tütün Kontrolü 2007 Raporuna göre; Avrupa Bölgesi sigara içme oranı % 28.6'dır. Erkekler arasında sigara içme oranı % 40, kadınlar arasında ise % 18.2'dir. Avrupa bölgesinde sigara kullanma oranları 2002 Avrupa Tütün Kontrol Raporu'nda % 28.8, 2005 raporunda ise % 28.6 olarak saptanmıştır. Görüldüğü gibi sigara kullanma oranları 2002, 2005 ve 2008 yılları arasında anlamlı bir değişim göstermemiştir. Sigara kullanma oranı erkekler arasında çok küçük bir düşüş gösterirken (2002 yılında % 40.9, 2005 yılında % 40 ve 2008 yılında % 40), kadınlar arasında hafif bir yükselme göstermektedir (2002 yılında % 17.8, 2005 yılında %18.2 ve 2008 yılında % 18.2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 raporuna göre sigara kullanımı Avrupa bölgesinde 1.6 milyon erken ölüme neden olmuştur (Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol raporu, 2007).

2.7.2 Dünyada Çocuk- Gençler Arasında Sigara Deneme ve Kullanma Sıklığı

Dünyada çocuk ve gençler arasındaki sigara deneme ve kullanma yaygınlığını belirleyen küresel verilerin iki kaynağı vardır. Birincisi Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan Okul Çağı Çocukları Sağlık Davranışları Araştırması, diğeri ise Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte Hastalık önleme ve Kontrol Merkezi tarafından yürütülen Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması'dır (Akdur, 2009; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol Raporu, 2007; Bilir ve ark., 2007; WHO, 2008).

Bu çalışmaların sonuçlarına göre 11 yaş grubunda sigara kullanım sıklığı yaklaşık % 2, 13 yaş grubunda % 8 ve 15 yaş grubu için % 24'tür. Sigara kullanım sıklığı 11 yaşından başlayarak giderek ivme kazanan bir şekilde hızla artmaktadır (Bilir ve ark., 2007; (WHO, 2008; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol raporu, 2007; Akdur, 2009).

Okul Çağı Çocukları Sağlık Araştırması ve Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Avrupa Bölgesi Araştırması sonuçlarına göre; Belarus, Estonya, Gürcistan, Litvanya, Rusya Federasyonu, Slovakya ve Ukrayna gibi Doğu Avrupa ülkelerinde 15 yaş grubu erkekler arasında haftalık sigara kullanma sıklığı % 30'dan yüksek iken, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya ve İspanya gibi Batı Avrupa ülkelerinde ise 15 yaş grubu kızlar arasında sigara içme oranı % 30'dan fazladır (Akdur, 2009; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol Raporu, 2007; WHO, 2008).

Avrupa Bölgesinde 15 yaş grubu erkekler arasında sigara içme oranının %15'in altında (düşük) olduğu ülkeler ise Arnavutluk, Bosna Hersek, Yunanistan, Kazakistan, Kırgızistan, Sırbistan-Karadağ, İsveç ve Türkiye'dedir. Sigara içme sıklığı özellikle

Ermenistan'da (%0,5) çok düşüktür. Sigara içme sıklığı Arnavutluk, Bosna Hersek, Gürcistan, Yunanistan, Kazakistan, Kırgızistan, Moldova Cumhuriyeti ve Türkiye'de %10'un da altındadır (Akdur, 2009; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol Raporu, 2007; WHO, 2008).

Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması 2001-2004 sonuçlarına göre; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde 15 yaş grubu erkeklerde sigara kullanma oranının en yüksek olduğu ülke % 41 ile Ukrayna, en düşük olduğu ülke ise % 10.2'lik oranla Kırgızistan'dır. Kızlarda ise % 32.8'lik oran ile Çek Cumhuriyeti en yüksek sigara kullanma oranına sahip iken % 0.5 ile Ermenistan en düşük orana sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sigara kullanımını önleme ve sigarayla savaşta örnek ülke olarak Ermenistan gösterilmektedir (Akdur, 2009; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol Raporu, 2007; WHO, 2008).

Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması raporu sonuçlarına göre Avrupa bölgesinde ilköğretim yedi, sekiz ve lise birinci sınıflardaki erkek öğrencilerin %34.9'u ve kız öğrencilerin %21.5'i (ortalama %29.3'ü) sigarayı denemişlerdir. Halen sigara kullananların %50.4'ü (kızlarda %42.9, erkeklerde %53.5) bakkaldan veya marketten sigara almaktadır ve bunların %86.7'si sigara satın alırken yaşlarından dolayı herhangi bir güçlüğü karşılamadıklarını bildirmişlerdir (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı, 2008).

Birçok ülkede tüm yaş grupları içinde erkeklerin sigara içme sıklığı kızların sigara içme sıklığından yüksek bulup, gelişmekte olan ülkeler de genç kızlar arasında sigara kullanma yaygınlığının giderek arttığı belirlenmiştir (Akdur, 2009; Avrupa Bölgesi Tütün Kontrol Raporu, 2007; WHO, 2008).

2.7.3 Türkiye'de Çocuk, Gençler ve Yetişkinler Arasında Sigara Deneme / Kullanma sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü Global Tütün Epidemisi 2008 raporuna göre Türkiye'de 13-15 yaş grubu erkeklerin % 11.1'i, kız çocukların % 4.4'ü sigara kullanmaktadır. Bu yaş grubunda ortalama sigara kullanma oranı % 8.4'tür. Rapora göre 18 yaş üstü günlük sigara kullanım oranı erkeklerde % 49.9, kadınlarda ise % 15.6'dır. Her iki cinsiyetin ortalama günlük sigara kullanımı oranı % 32.7'dir. Şuanki sigara içme oranı (her gün içmeyenlerde dahil) ise erkeklerde % 52, kadınlarda % 17.3'tür. Türkiye'de ortalama sigara kullanma eğilimi ise % 34.6'dır (WHO, 2008).

Türkiye'de değişik zamanlarda yapılan çalışmalarda farklı sigara içme oranları saptanmıştır. Küresel Gençlik Tütün Kullanım Araştırması Türkiye Bölümü 2003 sonuçlarına göre ilköğretim 7-8. ve Lise 1. sınıflarda okuyan 15957 genç arasında halen sigara

kullananların oranı %9,1'dir. Erkeklerin sigara kullanma oranı %11.9, kızların ise % 5'tir. Kızların % 21.5'i ve erkeklerin % 34.9'u sigara kullanımını denemiştir. Öğrencilerin ortalama sigara kullanımını deneme oranı % 29.3'tür. Rapora göre 13-15 yaş grubundaki her üç çocuktan biri sigarayı denemiştir. Şimdiye kadar en az bir kez sigara kullandığını ifade edenlerden % 29.5'i yani yaklaşık üçte biri sigara kullanımını denemeyi on yaşından önce yapmıştır (Ergüder, 2008; Özcebe, 2008).

Bektaş ve Öztürk'ün İzmir ilinde 2006 yılında rastgele seçilen 100 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrenciler arasında sigara kullanma yaygınlığını % 21 olarak saptanmıştır. Sigara kullanan öğrencilerin % 82.5'inin her gün 3-5 adet, %7.9'unun 5-10 adet sigara tükettiği belirlenmiştir.

Utkan ve arkadaşlarının 2005 yılında Ankara'da bir Anadolu lisesinde hazırlık, lise bir ve ikinci sınıfa devam eden 497 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin sigara kullanım sıklığını erkeklerde % 4.4, kızlarda ise % 0.4 olarak saptamışlardır.

Sarı ve Öztürk'ün 2005 yılında 124 ilkokul öğrencisiyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 8.9'unun yaşamları süresince en az bir kez sigara kullanımını denedikleri, öğrencilerin sigara kullanımını deneme yaş ortalamalarını 11 yaş olduğu tanımlanmıştır.

Ögel ve Arkadaşlarının 2004 yılında İstanbul İlinde 43 lisede 3483 öğrenciyi kapsayan çalışmalarında yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranını % 37 olarak bulmuşlardır. Öğrencilerin % 26.1'inin seyrek, % 30.8'inin sık sigara kullandığı belirlenmiştir.

Karlıkaya'nın 2002 yılında Edirne'de lise öğrencileri arasından rastgele seçtiği 101 öğrenci ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 75'inin sigara kullanımını denediği, erkek öğrenciler arasında deneme oranının % 42.6 ve kız öğrencilerin arasında % 23.4 olduğu belirlenmiştir.

Göksel ve arkadaşlarının 2001 yılında İzmir'deki lise öğrencileri arasında sigara içme sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 1049 öğrenciye anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda sigara kullanma sıklığı % 23.2 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunda istatistiksel olarak cinsiyete göre fark olmasa da kızların sigara kullanma oranının (%24.1) erkeklerden (% 22.7) yüksek olduğu saptanmıştır. Sigarayı ilk deneme yaş ortalamasının 13.3 yaş olduğu, sigara başlama yaşı ve sigara kullanma süresi ile günlük sigara kullanım adeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı küçüldükçe ve sigara kullanım yılı arttıkça günlük içilen sigara adetinin arttığı belirlenmiştir.

Ögel ve arkadaşlarının 2001 yılında İstanbul, İzmir, Sivas, Diyarbakır, Adana, Mersin, Trabzon, Eskişehir ve Kocaeli'yi kapsayan dokuz ilde ilk ve orta öğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını belirlemek için yaptıkları çalışmada 11989 ilköğretim ve 12270 ortaöğretim öğrencisine anket uygulanmıştır. ilköğretim öğrencilerinin yaşam boyu en az bir kez sigara kullanım oranının % 16.1, orta öğretim öğrencilerinin % 55.9 olduğu ve sigara kullanım yaygınlığının erkekler arasında daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çelik ve arkadaşlarının 2000 yılında Manisa ilinde 1052 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada sigara kullanım oranını % 29.1 olarak belirlemişlerdir. Öğrencilerin % 13.1'i her gün, % 15.9'u ara sıra sigara içtiğini belirtmiştir. Çalışmaya göre sigara kullandığını belirten öğrencilerin % 17.2'i erkek, % 7.1'i kızdır.

Ögel ve arkadaşlarının 1998 yılında Adana, Ankara, Antalya, Denizli, Diyarbakır, Eskişehir, Erzurum, İstanbul, İzmir, Kocaeli, Malatya, Muğla, Sivas, Trabzon ve Van'ı kapsayan 15 ilde 15-17 yaş grubundaki 18599 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 22'sinin her gün sigara kullandığı, son 30 dünde sigara kullanma oranının % 31.7, son 12 ayda sigara kullanma oranının % 48.6 olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin % 6.6'sı yoğun ve düzenli olarak sigara kullandığı görülmüştür.

Herken ve arkadaşlarını 1997 yılında Konya İlinde ortaokul, lise, üniversite ve çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören 12-21 yaş arasında 1559 öğrenciyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 16.6'sının sigara kullandığını belirlemişlerdir.

Aydemir'in 1992 yılında İzmir ilinde ortaokul birinci sınıfa devam eden 670 öğrenci ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 7'sinin sigara kullanımını denediği belirlenmiştir.

Türkiye'de sigara kullananların yaş ortalamasının giderek düştüğünü görülmektedir. Sigara kullanımı halen ilköğretim öğrencilerinde % 9, lise öğrencilerinde % 29-50 ve üniversite öğrencilerinde % 21-48'dir. Çalışan gençler arasında halen sigara kullanım oranı ise % 58'dir (Özcebe, 2008).

2.8 Sigara Kullanımının Dünya ve Türkiye Ekonomisine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü Global Tütün Epidemiyoloji Raporuna göre sigara kullanımı her yıl Amerika Birleşik Devletleri'ne 92 milyar dolara mal olmaktadır. Her yıl sigara kaynaklı sağlık harcamaları ise 81 milyar dolara ulaşmaktadır. Almanya sigaranın sebep olduğu sağlık sorunlarına yaklaşık yedi milyar dolar, Avustralya ise bir milyar dolar harcamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde pasif sigara içiciliğinin doğrudan neden olduğu problemlere

yıllık olarak 5 milyar dolar harcanırken, dolaylı olarak sebep olduğu problemlere de 5 milyar dolar harcamaktadır. Hong Kong yönetimi pasif sigara içiciliğinin sebep olduğu sağlık sorunlarını tedavi edebilmek için her yıl 156 milyon dolar harcamaktadır. Fakir ülkeler sigara kullanımına zengin ülkelerden daha fazla para ödemektedir. Düşük gelirli ülkelerde kişiler gelirlerini yiyecek, barınma, eğitim ve sağlık gibi zorunlu ihtiyaçlarına harcamaktansa sigaraya vermektedirler. Bangladeş'te düşük gelirli aileler eğitime harcadıkları paranın on katını sigaraya vermektedirler. Endonezya'da düşük gelirli grup yıllık gelirlerinin % 15'ini, Mısır'da ise % 10'unu sigaraya harcamaktadırlar. Çin'de 50 milyon kişi sigaranın neden olduğu ekonomik sorunlar nedeniyle fakirleşmektedir. Meksika halkının % 20'sini oluşturan düşük gelirli grubun % 11'i gelirlerini sigaraya harcamaktadır. Sonuçta global olarak sigara kullanımı fakirleşmeye neden olmakta, özellikle fakir ülkeler daha da fakirleşmektedir (WHO, 2008).

Türkiye'de halen 17 milyon sigara içicisi olduğu, her yıl 100 bin kişinin sigara nedeniyle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Sigara alabilmek için Türk halkı günlük ortalama 17 milyon dolar harcamaktadır. Yıllık sigara harcamaları altı buçuk milyar doları bulmaktadır Sigara için 17 milyon kişiden dört milyonu hayatından yedi yıl, dört milyonu 22 yıl kaybederek öleceklerdir. Türkiye verimli çağında, yetişmiş dört milyon insan gücünü kaybedecektir. Sigaranın neden olduğu 50 hastalığın tedavisine Türkiye'nin yıllık sağlık harcamasının 2 milyar doları bulduğu tahmin edilmektedir. Türk vatandaşları sigara satın almak ve neden olduğu hastalıkları tedavi ettirmek için yılda 8.5 milyar dolar harcamaktadır (Buzgan ve ark., 2007; Sezer, 1992; Sezer, 2007; TBMM Araştırma Komisyon Raporu 323, 2008). Türkiye sigaranın sebep olduğu zararları azaltmak için tütün çerçeve programını kabul etmiş, bu programla 2006 yılından 2010 yılına kadar sigara kullananların oranını 15 yaş üzerinde % 20'nin altına, 15 yaş altında ise % 0'a yaklaştırmayı hedeflemiştir. Bu hedeflerin gerçekleşmesiyle 35934 kişinin erken ölümden kurtulması ve yaklaşık olarak 10 milyar dolar kar sağlanması hedeflenmiştir (Ergüder, 2008).

2.9 Çocuk ve Gençlerde Sigara Kullanımını Önleme Çalışmaları

Sigara kullanımını önleme çalışmaları çocuk ve gençler arasında sigara içme sıklığını, sigara kullanımından kaynaklanan ölüm ve kayıpları azaltacaktır. Önleme çalışmaları dört farklı düzeyde ele alınabilmektedir (Karlıkaya ve ark., 2006; Kasatura, 1998; Özyardımcı, 2002; Sezer, 1992).

2.9.1 Primordial Düzey Koruma Önlemleri

Primordial düzey koruma önlemleri toplumsal düzeyde sigara kullanma ve maruziyetini önleme girişimlerini içermektedir. Bu girişimler arasında yasal düzenlemelerin yapılması ve uygulamaya konulması, toplu yaşama alanlarında sigara kullanımının önlenmesi, sigaradan alınan vergilerin ve sigara ücretlerinin yükseltilmesi, sigara paketleri üzerine uyarıcı yazıların okunacak büyüklükte yazılması, çocuklara sigara satışının önlenmesi ve sıkı kontrolü içermektedir (Karlıkaya ve ark., 2006; Kasatura, 1998; Özyardımcı, 2002; Sezer, 1992). Türkiye büyük oranda bu girişimleri ocak 2008'de kabul ettiği Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kontrolü yasasıyla sağlamıştır (Ergüder, 2008).

2.9.2 Birinci Düzey Koruma Önlemleri

Bu düzey bireysel boyutta sigara kullanma ve sigara dumanı maruziyetini önlemeye yönelik girişimleri içermektedir. Toplumun bilinçlenmesi, sigaraya yönelik algıların, tutumların ve davranışların değiştirilmesi hedeflenmektedir. Bu girişimler yaş gruplarına özgü sigara ve zararları hakkında bilgilendirmeyi, sosyal beceri ve yeterlilik düzeylerini geliştirici programları, tütün kontrolüne yönelik okul politikalarının geliştirilmesini, müfredatta sigara kullanımını önleme ve sosyal beceri geliştirme programlarının yer almasını, televizyon ve radyolarda eğitici programların yapılmasını, toplu çalışma alanlarında bu programların sürekli hale getirilmesini içermektedir (Karlıkaya ve ark., 2006; Kasatura, 1998; Özyardımcı, 2002; Sezer, 1992). Bu doktora çalışmasında bu düzeye yönelik girişimler kullanılmıştır.

2.9.3 İkinci Düzey Koruma Önlemleri

Bu düzey girişimler sigara kullananların saptanmasını, sigarayı bırakmaları için sigara içenlere özgü danışmanlık hizmetlerinin verilmesini, ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda kişilerin sigara kullanma öykülerinin alınmasını, sigara bıraktırma polikliniklerinin açılmasını ve ortaya çıkan sağlık sorunlarının erken tanınmasını içermektedir (Karlıkaya ve ark., 2006; Kasatura, 1998; Özyardımcı, 2002; Sezer, 1992).

2.9.4 Üçüncü Düzey Önlemler

Bu düzey girişimler sigara kullanımına bağlı ortaya çıkan sağlık problemlerinin tedavi edilmesini, meydana gelen fonksiyon kayıplarının yeniden en üst düzeye çıkarılmasını kapsamaktadır (Karlıkaya ve ark., 2006; Kasatura, 1998; Özyardımcı, 2002; Sezer, 1992).

2.10 Sigara Kullanımı Önleme Programları

Dünya Sağlık Örgütü Global Tütün Epidemisi 2008 raporuna göre sigara kullanımı deneme yaşının giderek düştüğü, bir çok ülkede ilk sigara deneme yaşının 10 yaş altına indiği belirtilmektedir. Sigara kullanımının dünya genelinde fakirleşmeye yol açtığı, bu fakirleşmeden zaten kısıtlı imkanı olan gelişmekte olan ülkelerin daha çok etkilendiği görülmektedir. Erken başlayan ve uzun yıllar süren sigara kullanımı kronik sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Sigara kullanımının ve pasif sigara içiciliğinin neden olduğu sağlık sorunlarının, dolaylı ya da doğrudan neden olduğu ekonomik kayıpların gösterdiği en önemli sonuç sigara kullanım sıklığının azaltılmasının gerektiğidir. Sigara kullanım sıklığının azaltılması ile dünya ve ülke çapında sağlık düzeyinin yükselmesi sağlanacaktır. Sigara kullanım oranının azaltılması ise ancak sigaraya yönelik önleme programları ile gerçekleşebilir. Önleme programlarındaki gecikme ise her yıl bir milyondan fazla çocuğun sigara ile tanışmasına neden olmaktadır (WHO, 2008; WHO Tobacco Free Initiative, 2008). Ayrıca önleme programlarının sigara bıraktırma programlarına göre daha ucuz olması, sigara içen kişinin düzenli içici olduktan sonra sigarayı bıraksa bile yeniden başlama oranının çok yüksek olması, önleme programlarının hedefleri çok geniş bir grubu karşılarken buna karşın bıraktırma programlarının çok küçük bir grubu hedef alması, adölesanların hazır olmaması durumunda bıraktırma programlarının sigara içme oranında artmaya neden olması, en önemlisi nikotin bağımlılığı geliştikten sonra gençler arasında sigara bıraktırmanın çok zor olması sigara kullanımını önleme programlarına olan gereksinimi ve bu programların değerini ortaya koymaktadır (Susman ve Ark., 1995).

Sigara Kullanımını önleme programlarının büyük bir bölümü hedef gruba ulaşım kolaylığı nedeniyle okullarda uygulanmaktadır. Çocuk ve gençlerin sigara kullanımını önlemede dört farklı tipte girişim programı kullanılabilir (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

2.10.1 Bilgi Verme Temelli Programlar: Bu programlar tek boyutlu olup sadece sigaranın farmakokimyasal etkileri, sağlık üzerine zararları ve korunma yöntemlerinin anlatıldığı girişimleri içerirler. Bu programlar bilgi vermenin davranışta değişikliğe yol açacağını savunmaktadır (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

2.10.2 Sosyal Etki Temelli Programlar: Bu programlar yüksek riskli durumların tanımlanmasını, sigaranın içmenin sosyal sonuçlarını, sigara kullanımına ailenin, kardeşlerin, arkadaşların ve rol modellerin etkilerinin tartışıldığı girişim programlarıdır. Reddetme becerilerinin öğretilmesi ve uygulanmasını, toplumunun sigara kullanımını önleme konusunda ortak bir görüşe ulaşmasını amaçlamaktadır (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

2.10.3 Sosyal Beceri Temeli Programlar: Sigara deneme ve kullanımını sürdürmede sosyal becerilerin etkili olduğu düşünülerek geliştirilen programlardır. Bu model çocukların sigara kullanımını öğrenmede rol modelin, taklitin, pekiştirmenin, bilişsel gelişiminin ve benlik kavramının etkili olduğunu savunmaktadır. Bu girişim programlarında farkındalık, duygularını tanıma, beden imajı ile davranışlar arasındaki ilişki, kişinin güçlü ve zayıf yanları, beden dili, ben dili, problem çözme, stres yönetimi, hayır deme, hakkını savunma ve zaman yönetimi gibi temel sosyal beceriler öğretilmektedir (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

2.10.4 Çok Boyutlu (Multi-model) Programlar: Bu programlar çocuklara, ebeveynlere, okula ve topluma yönelik girişimleri birlikte içeren paketler olarak geliştirilmiş programlardır. Bu programların amaçları birey, aile, okul ve içinde yaşanılan toplumda sigara kullanımını önlemeye yönelik bir işbirliği ve bütünlük yaratmaktır. Aile ortamının, okul yönetmeliklerinin ve ülke politikalarını değiştirilmesi hedeflenmektedir. Bu programlar yukarıdaki üç girişim programını aynı anda bünyesinde bulundurabilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle en etkili programlar olarak tanımlanmaktadır (Thomas, 2004; Thomas & Perera, 2009).

Yukarıdaki programlar genel olarak sosyal bilişsel öğrenme, teoriler üstü model, sosyal kimlik teorisi, sosyal ağ teorisi, primer sosyalleşme teorisi, negatif ve pozitif pekiştirme modelleri, planlanmış davranış teorisi gibi bir teoriye ya da birden fazla teoriye temellenerek oluşturulmaktadır (Kobus, 1998; Tiffany ve ark., 1999).

2.11 Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi ve Sigara Kullanımı Önleme Programı

Teori ve modeller davranışı etkileyebilecek faktörleri bir bütün şeklinde görmeyi, hedefe ulaşmak için kullanılacak yolları belirlemeyi sağlamaktadır. Sigara kullanımı ile ilgili davranışların doğru olarak tanımlanması, bağımlılık davranışları arasındaki ilişkilerin net bir şekilde açıklanabilmesi, çocukların gelecekteki davranışlara yönelik tahminlerde bulunulabilmesi, amaca uygun olarak çocukların davranışlarının değiştirilebilmesi ve bu

davranışların hassas bir şekilde tanımlanabilmesi için teori kullanımına ihtiyaç vardır. Ayrıca araştırma planının hazırlanmasında, hipotezlerin test edilmesinde, bulguların tartışılmasında, teori ve modellerin rehber olarak kullanılması önerilmektedir (Fawcett, 2005; McAlister, Perry ve Parcel, 2008; Tiffany ve ark., 2004).

Bu doktora çalışmasında Bandura tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi kullanılmıştır.

Sosyal bilişsel öğrenme teorisi sağlık davranışlarını etkileyen psikososyal yapılar ile davranışta değişime yol açan yöntemleri birlikte ele alması ve değerlendirmesi nedeniyle önemli bir teoridir. Ayrıca bu teori insan davranışının, bireyin kişisel özellikleri ve çevresi ile etkileşim içinde olduğunu, birbirini etkileyen dinamik ve üç boyutlu bir model olarak açıklanabileceğini savunmaktadır. Aktif bir sosyal çevre içindeki bireylerin, davranışları gözledikleri ve bir süreç içinde davranışları öğrendiklerini savunur. En önemlisi sosyal bilişsel öğrenme teorisi bir davranışı ele almayı, o davranışların sonuçlarını tahmin etmeyi, davranışla ilgili öngörü ve bireysel düzenlemelerde bulunmayı, davranışı yapma yeterliliğini değerlendirmeyi, sonuçta davranışları sergilemeyi ve davranışla ilgili deneyimleri değerlendirmeyi sağlar. Sosyal bilişsel öğrenme teorisi davranışın, bireysel faktörlerin ve çevrenin etkileşiminin tek boyutlu olmadığını, birbirini etkileyen sinerjik bir yapıya sahip olduğunu savunur. Bu özellikleri nedeniyle davranışları ve yapılan girişimleri geriye dönük şekilde de değerlendirmeyi sağlar (Bandura, 1989).

Yukarıda tanımlanan özellikleri nedeniyle bu doktora çalışmasında sosyal bilişsel öğrenme teorisinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi 1977 yılında sosyal öğrenme teorisi olarak Bandura (1977) tarafından geliştirmiş, 1980 yılların ilk yarısında üzerinde çalışmaya devam ederek, 1986 yılında teorisinin adını Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi olarak değiştirmiştir. Sosyal Bilişsel Öğrenme teorisi içinde bulunan toplumun sosyal yapısının kişisel özellikler kadar sağlığı etkilediğini, sağlığı geliştirmek için sadece kişinin davranışlarını değiştirmenin yetmeyeceği, sağlığı geliştirmek için sosyal sistemleri değiştirmek gerektiğini savunur. Dolayısıyla çevrenin davranışı ve davranışın da çevreyi etkilediğini vurgular. Davranışın hem dışsal uyarılardan hem de içsel bilişsel faktörlerden etkilendiğini ileri sürer (Bandura, 1997, Bandura, 1989; Crain, 2005; Senemoğlu, 2004; Gözüm ve Bağ, 1998).

Bandura (1989) bu görüşlerden yola çıkarak kuramının temel savlarını şöyle belirlemiştir.

- a) İnsanlar, başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenebilir.
- b) Öğrenme, davranış değişikliğine yol açan veya açmayan içsel bir süreçtir.
- c) Davranış amaca yöneliktir.
- d) İnsanlar kendi davranışlarını öz düzenleme yapabilirler. Davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilirler.
- e) Ödül ve ceza, davranışı doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da etkiler. Davranış, önceki deneyimlerden alınan ödül veya pekiştireçlerden daha fazla etkilenir.

Bandura (1989) kuramını karşılıklı belirleyicilik, sembolleştirme kapasitesi, öngörü kapasitesi, dolaylı öğrenme kapasitesi, öz düzenleme kapasitesi ve öz yargılama kapasitesi olarak altı ilkeye dayandırmıştır.

Sigara kullanımı davranışının incelenmesi sonucunda Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi'nin temel savları ve ilkeleri, çocukların sigaraya başlama ve sürdürme davranışlarını açıklamada ve gerekli girişimlerin planlanmasında yol gösteren birer rehber olarak ele alınabileceği ve girişim programlarında kullanılması sonucu olumlu davranışlar oluşturulabileceği görülmektedir.

2.11.1 Karşılıklı Belirleyicilik

Bandura, bireysel faktörlerin, bireyin davranışlarının ve çevrenin karşılıklı olarak birbirini etkilediğini, bu karşılıklı etkileşimlerin bireyin davranışlarını şekillendirdiğini ileri sürmektedir. Bir davranışın ortaya çıkmasında bu üç faktörün etkisi her zaman eşit olmayabilir. Bazen çevre ön plana çıkarken bazen bireysel faktörler davranışın ortaya çıkmasını ya da çıkmamasını etkileyebilir (Bandura, 1989; Bandura, 1998).

a) Bireysel Özellikler- Davranış İlişkisi: Bireyin beklentileri, inançları ve amaçları davranışlarını şekillendirmekte ve yön vermektedir. Duygu, düşünce ve eylem arasındaki etkileşim, karşılıklı belirleyicilik ilkesinde bireysel özellikler ile davranış arasındaki ilişkiyi yansıtır. Bireyin yaş, cinsiyet, ırk gibi fiziksel özellikleri, beklentileri, inançları, sahip olduğu benlik kavramı, iç ya da dış denetim odaklı olması, hedefleri ve niyeti, davranışını biçimlendirmektedir. Ayrıca İç kontrol odaklılık, yüksek bir özyeterlilik ve olumlu bir benlik algısına sahip olma, olumlu sağlık davranışı geliştirilmesine sigara içme gibi olumsuz davranışların kontrol edilmesinde etkili bireysel özellikler olduğu görülmektedir (Bandura, 1989; Bandura, 1998; Bandura, 1994)

Yapılan çalışmalar uzun dönemde stresiyle olumsuz baş eden, düşük bir benlik saygısına sahip, nikotin yoksunluğunda öfke kontrolünde yetersizlikler olabilecek kişilik özellikleri sigara deneme ve kullanımını sürdürme davranışlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırabileceğini göstermektedir (Abroms, Morton, Haynie ve Chen, 2005; Karataş ve Öztürk, 2009; Sussman, 2005; Cote, Godin ve Gagne, 2004). Ayrıca Türkiye’de yapılan araştırmalarda da erkeklerin kızlara oranla sigara deneme ve kullanma miktarının fazla olduğu belirlenmiştir. Yine düşük öz yeterlilik ve depresif kişilik özellikleri ile sigara deneme-kullanma arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar kişilik özelliklerinin sigara kullanımında etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Buzgan ve ark., 2007; PIAR 1998; Ögel ve Liman, 2001, 2004; Herken ve Özkan, 1998; Tekinsoysal, 2003).

Dolayısıyla sigara deneme ve kullanma durumunu arttıran çabuk öfkelenme, dış kontrol odaklı olma, stresiyle yeterli baş edememe gibi kişilik özellikleri olan çocukların belirlenerek, Stresle baş etme, öfke kontrolü, karar verme, hayır deme gibi uygun sosyal beceri eğitimleri ile çocukların sigara deneme ve kullanma oranları düşürülebilir.

b) Çevre-Bireysel Özellikler: İnsanların beklentileri, inançları, duygusal isteği ve bilişsel yeterliği sosyal etki yoluyla düzenlenir ve geliştirilir. Ayrıca insanlar fiziksel özellikleri nedeniyle sosyal çevreden farklı tepkiler alabilir. Bu nedenle bireylerin sosyal statüsü ve gözlemlenebilen kişilik özellikleri sosyal çevreyi etkiler (Bandura, 1989; Bandura, 1998; Bandura, 1994).

Yapılan araştırmalar çocuğun içinde bulunduğu toplumda sigara içme olumlu karşılanan bir davranışsa, çocukta bu davranışın gelişmesinin kolaylaştığını göstermektedir. Ayrıca model alınan ya da ünlü birinin sergilediği davranış sağlıklı olmasa da toplumca kabul edilebilirliği ve davranışa aktarılabilirliği daha kolay olmakta, etkileşim içinde bulunan çevreyi etkilemekte ve çevre içerisinde bulunan diğer bireylerin davranışlarını değiştirebilmektedir. Tek yönlü olmayan, karşılıklı bir etkileşimi içeren bir değişim döngüsü görülmektedir. Yine öğretmenlerin, akranlarının ya da okul çevresinin sigara içmeyi normal bir davranış olarak görmesi ve kendilerinin bu davranışı sıklıkla sergilemesi, çocukta sigara içme alışkanlığının başlamasını ve sürdürmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca içinde yaşanılan kültürün özellikleri, sosyoekonomik durumu da davranışı etkilemektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde sigara deneme ve içme oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak da bireyin yaşadığı zor koşullarla yeterli olarak baş edememesi,

çevrelerinde baş etmeyi kolaylaştıracak yeterli kaynağın olmayışı olarak belirtilebilir (Cote, Godin ve Gagne, 2004; PIAR 1998; Ögel Ve Liman, 2001).

Bu bölgelerde sektörler arası işbirliği ile sağlıklı çevre koşullarının oluşturulması, iş olanaklarının artırılması, sivil toplum örgütleri ile birlikte değişik kursların açılması, çocukların sosyal aktivite alanlarının artırılması gibi girişimler ebeveyn ve çocukların stresli durumlarla daha kolay baş etmesini, çevre üzerinde daha kolay denetim sağlamasını, çevre koşullarının yaratacağı olumsuz kişilik özelliklerini en aza indirmesini sağlayacaktır.

c) Davranış-Çevre İlişkisi: Bandura, yaşamın her gün değişime uğradığını, davranışın çevreyi değiştirdiğini ve çevrede meydana gelen değişimin bireyin davranışını değiştirdiğini savunmaktadır. Bandura'ya göre birey içinde bulunduğu çevrede hem bir ürün hem de bir üreticidir. Bu nedenle çevrenin sadece fiziksel boyutu içeren tek bir kavramdan oluşmadığını, maruz kalınan çevre, seçilmiş çevre ve yapılandırılmış çevre olarak üç bölüme ayrıldığını savunmaktadır. Çocuğun çevresi içinde; yaşadığı yer küre, bölge, kültür, aile ve okulu yer almaktadır. Bandura, davranışı değiştirmek için maruz kalınan çevrede değişiklik yapılmasının sınırlı olduğunu belirtmektedir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalarda anne-baba ve kardeşi sigara içen ya da sigara içen sayısının fazla olduğu çevrede çocukların sigara deneme ve kullanım oranlarının daha fazla olduğu, oteriter ebeveynlerin çocuklarının daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir. Yasal olarak toplu ortamlarda sigara içiminin yasaklandığı çevrelerde çocukların sigara içiminin daha az olduğu, televizyondaki sigara reklamlarının sigaraya yönelik olumlu algılar geliştirerek sigara deneme ve içme oranlarını arttırdığı saptanmıştır. Çevrede yapılan sigara karşıtı düzenlemelerin ise sigaraya yönelik olumlu algıları azalttığı, sigara deneme ve sürdürme oranlarını düşürdüğü görülmüştür. Yine içinde bulunulan çevre sigara gibi maddelere kolay ulaşım sağlıyorsa, sigara gibi maddelerin kullanımında artış saptanmaktadır (Hahn ve ark., 2005; Birney, Hardie ve Crowley, 2006; Gingiss, Boerm ve Gray, 2006; Shiffman, 1996; Sussman, 2005; Cote, Godin ve Gagne, 2004; Meshack ve ark., 2004; Harakeh ve ark., 2004; Sarı ve Ozturk, 2005; Tekinsoysal, 2003).

Tüm bu çalışmalar çevre ve davranış arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ülkelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün MPOWER programına kayıt olması ve gereklerini yerine getirmesi için sivil toplum örgütlerinin harekete geçirilmesi, sigarasızlaşmayla ilgili hükümet programlarının oluşturulması için kampanyalar yapılması ve çocukların aktif olarak bu kampanyalara katılmasının sağlanması gereklidir. Bazı kültürlerde

tütün kullanımı geleneksel törenlerde kabul gören bir davranıştır. Dolayısıyla içinde bulunulan toplumun kültürel olarak tütün ürünlerine bakışı saptanmalı, nargile ya da tütün çiğneme gibi davranışlarda ele alınarak, toplu nargile kahveleri gibi sigara kullanma oranını artırıcı ve özendirici mekanlar kapatılmalıdır. Toplu alanlarda sigara içiminin yasaklanması, okulda ve çocukların topluca bulunduğu alanların yakınında sigara satış ve içiminin yasaklanması, market ve dükkanlarda göstermelik değil de gerçekten çocuklara sigara satışının yapılmaması, okullarda sigara karşıtı programların yapılması ve çocukların aktif olarak katılması sağlanarak sigara deneme ve kullanma oranı azaltılabilir.

2.11.2 Sembolleştirme Kapasitesi

Bireylerin çevrelerini anlamak ve yönetmekte kullandıkları önemli bir yetenek de sembolleştirme kapasitesidir. Bir çok dış etken bilişsel süreçleri aracılığıyla davranışı etkiler. Bilişsel süreçte, çevredeki durum gözlenir, anlamlandırılır ve bu bilgi geleceği düzenlemede bir araç olarak kullanılır. Anlamlandırma sürecinde gözlemler resim, söz ya da diğer semboller şeklinde kaydedilir. Bu kayıtlar gerçek bilişsel modeller içinde denenir, dönüştürülür. Bu süreç bireyin bir davranışı yapıp yapmamasına karar vermesine rehberlik eder (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar, çocukların özdeşim yaptığı ebeveynlerden birinin sigara içmesi, her iki ebeveynin sigara içmesi, reklamlar ya da sosyal çevrede sigara içenlerin fazla olması, akran grubunda sigaraya yönelik olumlu ifadeler ya da davranışlar çocukların bilişsel süreçlerinde sigaraya yönelik olumlu şemaların oluşmasına yol açtığını göstermektedir. Ayrıca çevresinde sigara kullanımının stresle baş etme yolu olarak öğrenen çocuk, sigara içme konusunda olumlu şemalar geliştirmektedir. Bu şemalar çocukların sigara deneme ve içmeyi sürdürme davranışlarını kolaylaştırmaktadır (Sussman, 2005; Cote, Godin ve Gagne, 2004; Ögel, 2005; Meshack ve ark., 2004; Harakeh ve ark., 2004; Martin ve Bush, 2000). Sigara kullanımını önleme ve sosyal beceri programlarının çocukların sigara deneme ve içmeyi sürdürme davranışlarını azalttığını belirlenmiştir (Wiehe ve ark., 2005; Byrne ve Mazanov, 2005; Hamilton, Cross, Resn,cow ve Hall, 2005; Hanewinkel ve Abhauer, 2004; Thomas, 2004).

Bu nedenle çocuklara stresli durumlarla nasıl baş edileceği, nasıl hayır diyeceğinin, hakkını savunma davranışını nasıl sergileyeceğinin ya da sigara kullanan bir grupta nasıl davranılacağıının öğretilmesi gereklidir. Bu becerileri öğrenen çocuk sigarayı denemesinin

istenmesi gibi olumsuz bir tutumla karşılaştığında zihninde böyle bir durumda kullanacağı baş etme yöntemlerini ya da davranışları önceden belirleyip yollar oluşturacak, gerçek durumda bu yolları denemeye başlayacak, başarılı olanı kullanacaktır.

Ayrıca girişim programlarında eğiticiler, sözel ifadelerin sembolleştirmede etkili olduğunu göz önünde bulundurarak, eğitim içeriğini çocukların gelişim dönemine uygun olarak hazırlamalı, açık, anlaşılır bir dil kullanarak sunmalı, ergenlerin hatırlamalarını kolaylaştıracak konunun önemini anlatan resim, şekil ve videolardan, akış şemalarından yararlanmalıdır (Karataş ve Öztürk, 2009).

2.11.3 Dolaylı Öğrenme Kapasitesi

Kişiler başkalarının davranışlarını ve davranışların yol açtıkları sonuçları gözlemleyerek öğrenirler. Bandura bireylerin sadece kendi yaptıkları ile öğrenselerdi, öğrenmelerinin çok sınırlı olacağını ileri sürmektedir. Bireyler kendi yaşantıları ve diğer insanların deneyimlerini gözlemleyerek çok şey öğrenmektedirler. Bandura gözlem yoluyla öğrenme ile takliti birbirinden ayırmakta, taklitte davranış aynen tekrarlanırken, gözlem yoluyla öğrenmede davranış bilişsel süreçlerden geçirilmekte, bireye yarar getirecekse davranış uyarlanarak ortaya çıkmakta ya da zararlı bir sonucu varsa davranış yapılmamaktadır (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Sigara içen bir çocuğun gruba alınmaması, gruba katılmak isteyen diğer çocuklarda sigara içme davranışını köreltirken, sigara içen bir gruptaki çocuklar grup içinde kalabilmek için bu davranışı tekrarlamaktadır. Yine annesi ya da babası sigara içerken rahatladığını-başının ağrısının geçtiğini söylüyorsa, çocuk sıkıldığında ya da başı ağrıdığına sigara içmeyi deneyebilecektir (Sussman, 2005; Cote, Godin ve Gagne, 2004; Ögel ve Erol, 2005; Meshack ve ark., 2004; Harakeh ve ark., 2004; Martin ve Bush, 2000).

Burada görüldüğü gibi gözlem yoluyla öğrenme sigara deneme-kullanmayı öğrenmede etkili bir süreçtir. Bu süreçte dikkat etme, hatırd tutma, davranışı meydana getirme ve motivasyon süreçleri yer almaktadır (Bandura, 1989).

a) *Dikkat Etme Süreci:* Gözlem yoluyla öğrenmenin ilk basamağı model alınan davranışa dikkat edilmesidir. Dikkat etme süreci modelin özellikleri, duyu organlarının yeterliği, davranışın gözlemcinin amacına uygun olması ve gözlemcinin geçmişte aldığı pekiştirmelerden etkilenmektedir. Davranışı sergileyen modelin ünlü bir kişi olması, yaşı,

cinsiyeti, statüsü, gücü gibi özellikler dikkat sürecini etkilemektedir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar rol modellerin, filmlerin, reklamların, yakın arkadaşların ve ebeveynlerin sigara içmesinin, çocukların sigara içmeyi deneme ve sürdürme davranışını arttırdığı görülmüştür (Bandura, 1989; Crain, 2005; Senemoğlu, 2004; Gözüm ve Bağ, 1998; Martin ve Bush, 2000; Tekinsoysal, 2003).

Özellikle eskiden çizgi filmlerde ya da çocuğun fantastik dünyasına hitap eden kahramanların sigara içmesinde, çocuklar bu kahramanın sigarayı nasıl tuttuğuna, nasıl içine çektiğine ve sonraki davranışına dikkat etmekte, ilk başta bir oyunmuş gibi denemektedirler. Bu davranışlar çocuğun zihninde sigaraya karşı olumlu algılar oluşturmaktadır. Bu olumlu algılar ise sigarayı deneme ve sürdürme davranışında artmaya neden olmaktadır. Sigara deneme ve kullanma oranını düşürebilmek için kampanyalarla çocuklara rol model olan bireylerin sigara içmemesi ya da toplu alanlarda sigara içme davranışını sergilememesi sağlanmalıdır. Çizgi filmler, filmler ve reklamlar da sigara ve anımsatacak sahnelerin yer almasına izin verilmemelidir. Bazı filmlerdeki sigara ile ilgili sahnelerin mozaiklenmesi ya da çizgi filmlerde eskiden sigara içen kişinin ağzında sigara yerine bir ot yerleştirmesi çocukların dikkatini çekmekte, zihinlerinde oluşturdukları sigara ile ilgili şemaları hatırlatarak sigaraya yönelik ilgi uyandırarak deneme oranını artırabilmektedir. Dolayısıyla bu sahnelerin de çıkarılması son derece önemli birer girişim olacaktır.

b) Hatırda Tutma Süreci: Gözlem yoluyla öğrenilen bilgiden yararlanmak için modelin davranışlarının hatırlanması gerekir. Çocuk modelden edindiği bilgileri sembollere dönüştürmekte, bu sembolleri kolaylıkla hatırlayacak şekilde organize etmektedir. Sırası geldiğinde model davranışla ilgili kodlanan bilgileri hatırlayarak kullanmaktadır. Çocuk sigara kullanımı ile ilgili ebeveynlerinin ya da model aldığı bireyin sözlü ya da sözsüz verilerini beyninde kodlamakta, sigara deneyimi için uygun koşullar oluştuğunda bu bilgileri hatırlayarak davranışına yön vermektedir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Bauman (1990) çalışmasında, anne ya da babası yaşamlarının bir döneminde sigara kullanan ve şu anda bırakmış olan çocukların diğer çocuklara oranla daha fazla sigara kullanımını denediği belirlenmiştir. Bu da dikkat etme ve hatırda tutma sürecinin ne kadar uzun ve etkin olduğunu göstermektedir (Bandura, 1989).

Dolayısıyla çocuklarda sigaraya yönelik olumsuz algılar oluşturacak sigaranın zararları, sigara içen bireylerin yaşadığı sosyal sorunlar ve bireysel baş etmedeki yetersizlikler

gibi konular senaryolarla çocuklara verilerek çocuklarda sigaraya yönelik olumsuz şemalar oluşturulmalı, çocuk olumsuz sağlık davranışları ile karşı karşıya kaldığında bu şemaları hatırlayarak sigara deneme ve kullanma davranışından sakınmalıdır.

c) Davranışı Meydana Getirme Süreci: Model alınan davranışın gösterilebilmesi için bireyin fiziksel ve psikomotor becerilerinin de davranış sergilemeye uygun olması gerekir. Bandura davranışın sergilenmesinde psikomotor becerinin gelişmiş olmasının yeterli olmayacağı, bireyin bu davranışı yapabileceğine olan inancının davranışı sergilemesini etkilediğini belirtmektedir. Bu inanç öz yeterlilik olarak vurgulanmaktadır (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar öz yeterlilik düzeyi düşük olan çocukların sigara deneme ve sigara kullanımı sürdürme davranışlarının daha fazla olduğunu, bu çocukların daha fazla olumsuz sağlık davranışları gösterdikleri belirlenmiştir. Öz yeterlilik düzeyi düşük olan çocukların dış denetim odaklı oldukları, dolayısıyla çevrelerinden gelen olumsuz yönlendirmelerden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (Cote, Godin ve Gagne, 2004; Tekinsoysal, 2003; Ergül, 2005).

Aynı zamanda düşük bir öz yeterlilik düzeyi çocuklarda olumsuz bir benlik kavramı gelişimine yol açmaktadır. Olumsuz benlik kavramı ise stresli durumlarla yeterli baş edememeyi, dolayısıyla sigara gibi istenmeyen olumsuz sağlık davranışlarının gelişimini kolaylaştırmakta ve öz yeterlilik düzeyinde düşmeye neden olmaktadır. Bu durum kısır bir döngüye yol açmaktadır. Dolayısıyla hem düşük bir öz yeterlilik algısına hem de olumsuz bir benlik kavramına sahip olan çocuklar sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarını daha fazla sergilemektedirler (Bandura, 1989; Ögel ve Erol, 2005).

Sigara deneme ve kullanma oranını düşürmek için çocukların kişisel özellikleri, benlik kavram ve öz yeterlilik düzeyleri saptanmalıdır. Olumlu bir benlik ve yüksek bir öz yeterlik algısı oluşturmak için stresle baş etme, kendinin olumlu ve olumsuz yönlerini belirleme, duygularını tanıma-öfke kontrolü, hayır diyebilme, verimli ders çalışma ve zaman yönetimi gibi kişisel gelişim programları hazırlanmalıdır. Ayrıca çocuklara birbirlerine geribildirim alma ve geri bildirim verme kuralları öğretilerek davranışların pekiştirilmesi sağlanabilir. Bu girişim programları çocukta kendine yönelik olumlu tutumlar geliştirerek sigara deneme-kullanma gibi olumsuz sağlık davranışlarının oranını azaltacaktır.

d) Motivasyon Süreci: Bandura motivasyon sürecini, öğrenilenleri performansa dönüştürmeyi sağlayan süreç olarak tanımlar. O, öğrenme ile performansı birbirinden ayırır.

Kişilerin yeni davranış ya da becerileri gözlem yoluyla öğrendiklerini ancak onu yapmaya ihtiyaç duyuncaya kadar ya da motive oluncaya kadar davranışı göstermediklerini ileri sürer. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, gözlenen davranışın gözlemci tarafından yapıp yapılmayacağını davranışın çevreden aldığı tepkinin belirlediğini, davranışın sonunda ödül varsa davranışın tekrarlanmaya istekli olduğunu ama davranışın sonunda ceza varsa davranışın sergilenmediğini ifade eder. Ayrıca dolaylı pekiştireçlerin de doğrudan pekiştireçler kadar etkili olduğunu vurgular (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Örneğin sigara içtiği için parmakları kesilen birini tanımak ya da kanser olan birini görmek, kendisi yaşamasa da sigaraya yönelik olumsuz bir algı oluşturacak ve sigara içme davranışının ortaya çıkmasını önleyecektir.

Sigaraya yönelik verilen eğitimlerde sigara içen bireylerin yaşadıkları sorunların çocuklara gösterilmesi, verilen zararların anlatılması ve sigaradan uzak kalınca ne tür yararların sağlandığının anlatılması, sigara kullanımını önlemede motive edici davranışlar olarak belirtilebilir. Ayrıca geribildirim vermeyi öğrenmiş çocukların, sigara içen arkadaşlarına sigaraya yönelik olumsuz geribildirimler vermesi de çocukların sigara deneme ve içme oranını azaltacaktır. Ayrıca bu dönemde model alınan kişilerin sigaraya yönelik tutumları çocukların sigara kullanımını denemelerini ya da denememelerini etkilemektedir.

2.11.4 Öngörü Kapasitesi

Davranışı gerçekleştirmeye yönelik bireyin kendini motive edebilme ve gerçekleştireceği etkinliklere ilişkin bir rehber oluşturabilme yeteneğidir. Bireyin davranıştan beklentisi, o davranışın sonucuna bağlıdır. Eğer birey davranışa yönelik beklentilere sahip ise; o davranışı gerçekleştirmeye yönelik kendini hazırlar. Beklentilere yönelik davranışların düzenlenmesine öngörülü davranışlar denir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Çocuk sigara içme davranışını zihninde canlandırır, sigara içerse neler olur ve neler yaşar, kullanmazsa neler kazanır ve yaşar. Bunun sonucunda çocuk sigara kullanma ya da kullanmama için kendini motive eder, davranışları için bu zihinsel egzersizler yol gösterici olur (Bandura, 1998).

Çocukta öngörü kapasitesini geliştirebilmek için sigaraya yönelik yapılandırılmış senaryolar, filmler ve küçük skeçler hazırlanabilir. Çocuklar bu senaryoları canlandırarak karşılaştıkları durumları ve yaşayacakları sorunları görebilirler. Böylece gelecekte sigaraya yönelik davranışlarını belirler, sigara deneyip- denemeyeceğine karar verebilirler.

2.11.5 Öz Düzenleme Kapasitesi

Öz düzenleme bireylerin kendi davranışlarını kontrol edebilme yeteneğidir. Öz düzenleme sistemleri, bireylerin kendi davranışlarını, düşüncelerini, duygularını ve motivasyonlarını kontrol edebilmelerine olanak sağlar. Bu süreç, dış denetim odaklı davranışların yerini iç denetim odaklı davranışların almasına yardımcı olduğu için çok önemlidir. İnsanlar ne kadar çalışıp ne kadar uyuyacağına, ne yiyip ne içeceğine ve toplumda nasıl davranacağına kadar pek çok davranışlarını kendileri kontrol eder. Denetim odağı, belirli bir olay ya da ödülün bireysel çabaların sonucunda elde edilmesini bekleme durumudur. Eğer birey davranışlarının sonucunu şans, olasılık ya da güçlü kişilere bağlıyor ise bu bireyin dış denetim odaklı olduğunu gösterir. Birey, yaşadığı olayları, kendi davranışlarının bir sonucu olarak meydana geldiğini algılıyorsa; iç denetim odaklıdır. Bandura, insanların yaşamlarının kontrolünün kendileri dışında olduğunu düşündüklerinde; anksiyete, depresyon, madde kullanımı gibi birçok sorun yaşayacağını ileri sürmektedir. Öz düzenleme sürecinde; birey hedefler belirler ve bu hedeflere ulaşmaya çalışır. Bireyin hedeflerine ulaşmasında motivasyonun artırılması gerekir. Motivasyon derecesini belirlemede üç önemli faktör vardır. Birincisi, bireyin davranışları gerçekleştirmeye yönelik öz-yeterliliğin artırılmasıdır. Birey, davranışı gerçekleştireceğine ilişkin kendini yeterli hissediyorsa daha çok çalışır. Diğer önemli bir etken geri bildirimdir. Geri bildirimler, bireyin hedeflerine ulaşmasına ilişkin inancını artırır ve daha gerçekçi hedefler koymasını sağlayarak davranış üzerindeki kontrolünü artırır. Son madde ise hedeflerin başarılması için belirlenmiş bir zamanın olmasıdır. Bireysel düzenlemede, bireyin davranışları üzerindeki kontrolü büyük önem taşır (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar sigara kullanan adölesanların sigara zarar algılarının artmasıyla birlikte, sigarayı bırakmaya daha kolay karar verdikleri, bunun için plan yaptıkları, plan yapan adölesanların sigarayı daha kolay bıraktığı belirlenmiştir (Ergül, 2005; Tekinsoysal, 2003).

Öz düzenleme kapasitesini geliştirmek için çocuklara sigarayla ilgili değişik durumlar karşısında sergilenen farklı davranışlar verilerek, bu davranışın nasıl oluştuğu, duyguların bu davranışın ortaya çıkmasını nasıl etkilediğini, geçmiş deneyimlerin karar vermede nasıl etkili olduğunu, kendisinin ve diğer kişilerin davranışını nasıl değiştirdiğinin farkına varması sağlanabilir. Bu girişimlerle çocuğun davranışlarını etkileyen durumların tanınması, davranışlarını nasıl düzenleyeceğini ve kontrol edeceğini görmesi sağlanarak, sigara deneme ve kullanma durumu azaltılabilir.

2.11.6 Öz Yargılama Kapasitesi

Bireyin kendi hakkında düşünme, deneyimlerini analiz edebilme, hissettikleri hakkında düşünebilme ve yargıda bulunma yeteneğidir. Bandura, bireyin kendisi ile ilgili bu yargısına “öz yeterlik algısı” adını vermektedir. Öz yeterlik algısı, hedeflere ulaşmada ve problemleri çözmeye kilit rol oynamaktadır. Öz-yeterlilik, bireysel düzenlemenin de en önemli belirleyicisidir. Birey davranışları öğrenir, davranışı kontrol edebilme gücünü elde eder, davranışı gerçekleştireceğine ilişkin inancını artırır ve davranışı sergiler. Dört temel psikososyal süreç, öz-yeterliği harekete geçirerek öz yeterlik algısını etkilemektedir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

a) Bilişsel Süreç: Bu süreçte, birey düşüncelerini izler, bu düşüncelere göre davranır, davranışlarının sonuçlarını değerlendirir ve gerekiyorsa uygun şekilde değiştirir. Bandura'nın bu davranışlar üstünde etkili olduğunu düşündüğü kavramlardan biri de öz yeterliliktir. Öz yeterlilik bireyin hedeflerini belirlemesine, düşündüklerini organize etmesine ve eyleme geçmesini sağlar (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar özyeterliliğinin artırılması sigara deneme ve kullanma oranını azalttığını göstermektedir (Wiehe ve ark., 2005; Byrne ve Mazanov, 2005; Hamilton, Cross, Resncow ve Hall, 2005; Hanewinkel ve Abhauer, 2004; Thomas, 2004).

Dolayısıyla sigara önleme programlarında çocuğa çeşitli problemler içeren senaryoların verilmesi, çocuğun problemlerle gerçek hayatta karşılaştığında nasıl davranacağını provasını yapmasını sağlayacak, çocuğa davranışlarını değerlendirip sonrasında davranışlarında gerekli düzenlemeleri yapmasına yol gösterecektir. Yine çocuğa problem çözme, hayır deme, hakkını savunma vb. sosyal beceri eğitimleri yapılması hem öz yeterlilik düzeyini arttıracak hem de sigara gibi olumsuz sağlık alışkanlıkları ile daha iyi baş etmesini sağlayacaktır.

b) Motivasyon: Belirlenen hedeflere ulaşma, başarılarının farkına varma ve bireyin kendisini motive etme süreci olarak tanımlanır. Kendi kendine hedef belirleme, bireyi davranışı gerçekleştirmek için çaba harcamaya yönlendirir. Bireyin motivasyonu, kendinden memnun olma ya da olmama durumu, amaçlara ulaşmadaki inancını ve hazır oluşunu etkiler (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalarda motivasyonun çocukların sigara deneme ve kullanma durumunu etkilediğini göstermiştir (Wiehe ve ark., 2005; Byrne ve Mazanov, 2005; Hamilton, Cross, Resncow ve Hall, 2005; Hanewinkel ve Abhauer, 2004; Thomas, 2004).

Çocuklara bilişsel gelişim düzeylerine uygun olarak, sigara kullanımının kendine ve çevresine olan zararları, birisi sigara kullanımını teklif ettiğinde yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmesi, sosyal becerilerinin geliştirilmesi, becerilerle ilgili olumlu geri bildirimler çocuğun motivasyonunu arttıracaktır. Dolayısıyla kendisi ile ilgili olumlu ve yüksek bir öz yeterlilik algısına sahip olan çocuk, sigara kullanımını deneme ve sürdürme gibi olumsuz sağlık davranışlarını daha az sergileyecektir.

c) Duygulanım süreci: Hedeflere ulaşmada yaşanan zorluklar ve pek çok engelle rağmen bu olaylarla baş edebilme yeteneğinin kullanılması sürecidir. Bu süreçte öz yeterlilik önemli bir yere sahiptir (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar öz yeterlilik algısının yüksek olduğu çocukların sorunlarla daha iyi baş ettiği, sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık alışkanlıklarını daha az sergilediğini göstermektedir. Öz yeterliliği düşük olan çocuklara göre sigara deneme ve sigara kullanımını sürdürme oranının daha düşük olduğu görülmektedir (Cote, Godin ve Gagne, 2004; Ergül, 2005; Tekinsoysal, 2003).

Bu nedenle çocuklara yönelik sigara kullanımını önleme programlarında duygularını tanıma, baş etme yollarını öğretme, hayır diyebilme ve asertive davranabilme gibi girişimlere yer verilmelidir. Bu girişimleri çocuğun aktif olarak denemesi sağlanarak yaşadığı duyguları tanıması ve uygun şekilde ifade etmesi sağlanabilir. Böylece çocukların sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık alışkanlıklarını daha az sergilemesi sağlanacaktır.

d) Seçme Süreci: Kişilerin amaç davranışı gerçekleştirmek için seçimler yapması ve çevresini bu yönde düzenleme sürecidir. Bu seçme sürecinde birey kısmen ya da büyük oranda kendi çevresini, sosyal ilişkide olacağı kişileri ve bu kişilerle yapacağı aktiviteleri belirler (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Bandura, 1998).

Yapılan çalışmalar arkadaş grubunda ya da eğitim aldığı okulda sigara kullanımı yüksek olan çocukların sigara deneme ve kullanım oranlarının yüksek olduğu, fakat bu okullarda öz yeterlilik ve benlik algısı yüksek olan çocukların sigara deneme ve kullanım oranlarının diğer çocuklara göre daha düşük olduğunu belirlemiştir (Cote, Godin ve Gagne, 2004; Powell, Taursa, & Ross, 2005; Engels, Knibbe, & Drop, 1999; Hanh at all., 2005).

Bu nedenle yapılacak girişimlerde çocukların öz yeterlilik ve benlik kavram düzeylerinin artırılması, sigarasız bir okul ve aile çevresinin yaratılması programların temel hedeflerinden biri olmalıdır. Ayrıca verilen senaryolarda zıt durumlar yaratılarak, çocukların

farklı durumlarda neler yapacağı, tercihlerine nasıl yön vereceği, tercihlerini etkileyen etmenler ve karar verme sürecinin adımları öğretilerek, çocukların sigara kullanmama gibi olumlu sağlık davranışlarını tercih etmeleri kolaylaştırılmalıdır.

Sosyal Bilişsel Öğrenme teorisinin yukarıda belirtilen özelliklikleri sigara kullanımı önleme programının geliştirmesi girişim ve eğitimler için teorik çerçeve sağlamıştır.

2.12 Okul Hemşirelerinin Önleme Programlarındaki Yeri / Rolü

Amerikan Hemşireler Birliği sigara kullanımını azaltma ve önlemede hemşirelerin koruyucu ve savunucu rolü olduğunu vurgulamaktadır. Amerikan Okul Hemşireleri Birliği ise okul sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir yeri olan okul hemşirelerinin temel sorumluluklarından birinin çocukların sağlığını korumak ve geliştirmek olarak belirlemiştir. Okul hemşirelerinin çalışma yapacağı 10 önemli alandan birinin sigara ve madde kullanımının önlenmesi konusunda olduğu yayınlanmıştır. Okul hemşiresinin sorumluluğunun ise çocukların sigaraya başlamasını önleme, çocuklar arasında sigara kullanım oranını azaltma ve pasif sigara içiciliğinin zararlarından çocukları koruma olarak vurgulamıştır. Ayrıca hemşire okul ortamında öğrencilerle, öğretmenler ve diğer okul personeliyle, ailelerle, diğer sağlık kuruluşlarıyla ve farklı kurumlarla en çok iletişimde olan okul sağlık ekibi üyesidir. Bu konumu sorunları daha iyi görmesini, sorunlar altında yatan temel nedenleri daha iyi fark edebilmesini ve çözümler için birden çok kaynağı harekete geçirebilecek işbirliğini sağlayabilmesine olanak vermektedir. Dolayısıyla okul sağlığı hemşiresi sektörler arası işbirliği ile kampanyalar düzenleyerek tüm grupları bu kampanyalara katacak ve aktif rol aldirabilecek okul sağlığı ekip üyelerinden biridir. Okul hemşireleri sigara önlenmesi konusunda çocuklara, okul personeline ve ailelere danışmanlık hizmeti vererek, sigara kullanmayan bir toplum oluşturmada rollerinden birini daha yerine getirmiş olacaktır. Yukarıdaki rollerine ek olarak sağlık eğitimciliği rolü de sigara ve zararları konusunda okul hemşiresinin programlar hazırlamasını gerektirmektedir. Bu programların okul ortamında çok büyük kitlelere ulaştırabilecek bir potansiyele sahip olması hemşirenin danışmanlık ve eğiticilik rollerini kullanmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle okul hemşireleri sigara kullanımı önleme ve azaltma programların geliştirilmesinde bununla birlikte yürütülmesinde sorumluluk alacak birinci düzeydeki profesyonellerdir (Edwards, 2002; Selekman, 2006). Botmer ve Fridlund'ın (2001) sigarasız bir kuşak geliştirilmesinden kimin sorumlu olduğunu belirlemeye yönelik yaptıkları çalışma örneğine aileleri, öğrencileri,

okul personeli ve okul hemşirelerini almışlardır. Çalışma sonucunda okul hemşireleri dörtlü sıralamada sigara kullanımı nleme ile ilgili sorumluluklarını nc sıraya koymuşlardır. Öğrenciler, okul personeli ve aileler hemşirenin bu rolünü dördüncü sıraya koymuşlardır. Çalışma sonucu özellikle okul hemşirelerinin ve toplumun sigara kullanımını nleme de okul hemşirelerinin sorumluluğunu yeteri kadar algılamadıkları, hemşirelerinde bu tür programların geliştirilmesini ve uygulamasını kendi sorumlulukları olarak görmediklerini ortaya koymaktadır. Oysaki sağlıklı bir kuşak oluşturulmasının önemli sorumlularından biri de okul hemşireleridir (Selekman, 2006). Bu nedenle çalışmamızın ülkemizde okul ağı çocuğu ile çalışan hemşirelerin dikkatini bu alana çekebilecek bir araç olacağına inanmaktayız.

2.13 Bu alışmanın Dolduracağı Boşluk

Türkiye’de okul ağı çocukları ile yapılan girişimsel çalışmalar genelde bilgi verme temelli eğitimler olup, birçoğu herhangi bir teoriye dayanmamaktadır. Yapılan girişimlerin çoğunda ise uzun dönem izlemler yer almamakta, çalışmaların sonuçları genel olarak üç ay ile bir yıllık zaman dilimlerini kapsamaktadır (Aydemir, 1992; Filiz, 2007; Gökgöz, 2004; Sarı ve ztrk, 1994). Uzmanlar zaten bilgi temelli girişimlerin kısa dönemde etkili olduğunu, uzun dönem çalışma sonuçlarında tek boyutlu girişimlerin etkinliğinin yetersiz olduğunu belirtmektedirler (Thomas, 2004; Thomas ve Pierra, 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde uzun dönem izlem sonuçları olan ve çocukların sigara içmeyi denemelerini etkileyen sigaraya yönelik algılarını belirleyen çalışmalara rastlanamamıştır. Yine bu çalışma sonuçları incelendiğinde genelde çalışmalarda ya çocukların girişim öncesi durumları ile girişim sonrası durumları ya da girişim uygulanan grupla herhangi bir girişim uygulanmayan grubun karşılaştırıldığı görülmektedir. Aile ve tüm okulu kapsayan girişimlere rastlanamamıştır (Aydemir; 1992; Filiz, 2007; Nahçivan, 1994; Sarı ve ztrk, 2005).

Thomas (2004), Thomas ve Pierra (2009), Torre ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları sistematik incelemelerde, çok boyutlu girişim programlarının diğer programlara göre daha etkili olduğu belirlemelerine rağmen, bu programların etkinliğini gösterecek daha fazla kanıt ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadırlar.

İlköğretim ğrencileri ile yapılan bu çok boyutlu çalışma ülkemizde girişimlerin bir teoriye temellendirilmesi, çocukların sigaraya yönelik algılarına odaklanması, sigara deneme oranlarını azaltmayı amaçlaması, aynı anda farklı girişim gruplarını içermesi, üç yıllık bir

izlem gerçekleştirmesi, aileye ve okula yönelik girişimleri içermesi nedeniyle yukarıda sayılan boşlukları doldurabileceği ve sonraki çalışmalara yol göstereceğine inanılmaktadır.

2.14 Literatür İncelemesi

2.14.1 Dünyadaki Çalışmalar

McGahee 1998 yılında 361 beşinci sınıf öğrencisiyle gerçekleştirdiği çalışmada sigara kullanımını önleme programının etkinliğini değerlendirmiştir. Bu yarı deneysel çalışmada okullar randomize olarak seçilmiştir. Çalışmanın girişim programı sosyal bilişsel öğrenme teorisi ve nedensel eylem teorisi temel alınarak oluşturulmuştur. Araştırma da beş ayrı girişim grubu oluşturulmuştur. Birinci gruba yalnız sigara ve zararları konusunda eğitim verilmiştir. İkinci grupta sigara içme nedenleri ve sigara içmede etkili olan faktörler tartışılmıştır. Üçüncü grupta karar verme süreci tanıtılmış ve beceri olarak uygulanmıştır. Modül sırasında sigara kullanımına öğrenciler alternatifler getirmişlerdir. Dördüncü grupta reddetme becerileri öğretilmiş ve çocuklara uygulanmıştır. Beşinci gruba reddetme becerilerini adım adım gösteren bir video izletilmiş, sonrasında bu adımların nasıl kullanılabileceği tartışılmıştır. Çalışma sonucunda hazırlanan girişim programının çocukların sigaraya yönelik tutumlarını değiştirme de etkili olduğu, sigaranın kullanımının normal olduğu inançlarında ve reddetme becerilerinde anlamlı bir değişim gerçekleştirmediği saptanmıştır.

Ganley 2000 yılında doktora tez çalışması olarak sigara kullanımını önlemeye yönelik geliştirdiği “Ty Tiger’s Tobacco Alert” programının dördüncü sınıf öğrencilerindeki etkinliğini değerlendirmiştir. Çalışmasının teorik çerçevesini ve program içeriğini oluşturmada sosyal bilişsel öğrenme teorisiyle birlikte gelişim teorisini de kullanmıştır. Program içeriği sigara reklamları, sigara kullanımı, pasif sigara içiciliği, sigara ve içindeki kimyasallar, dumansız sigaralar ve doğru karar verme modüllerinden oluşmuştur. Çalışma örneklemini rastgele seçilen 15 okuldaki 613 dördüncü sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Bu okullarda rastgele üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba herhangi bir girişim programı uygulanmamıştır. İkinci gruba sadece bir ders sigara kullanımı ve zararlardan korunma konularında eğitim verilmiştir. Üçüncü gruba ise yedi ders saatlik programın tamamı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda programın ilk yıl dördüncü sınıf öğrencilerin sigara kullanımına yönelik bilgilerini arttırmada ve sigaraya yönelik olumlu algılarını azaltma da etkili bir araç olduğu saptanmış, ancak uzun dönemde öğrencilerin davranışlarında ya da sigara kullanım niyetlerinde değişiklik yaptığını dair kanıt elde edilememiştir. Ayrıca çalışma

sonucunda sosyal etkinin sigara deneme cesaretini azaltmada etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Longlios ve arkadaşlarının (1999) Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisini baz alarak oluşturdukları girişim programının çocukların sigarayı reddetmeye yönelik olumlu ve olumsuz görüşleri ile sigara kullanma durumlarına etkilerini inceledikleri çalışmalarında dört adet altıncı sınıfa girişim programı uygulanmıştır. Aynı bir ilköğretim okulu altıncı sınıfları ise kontrol grubu olarak alınmıştır. Girişim sonrası deney grubunda sigaraya yönelik olumlu algılarda azalma olduğu, reddetmeye yönelik öz yeterlilik düzeyinde bir yükselme ve sigara kullanımına yönelik olumlu algılarda bir azalma olduğu saptanmıştır.

Flynn ve arkadaşlarının (1992) iki bölgedeki ilköğretim okullarını eşleştirerek yaptıkları çalışmalarında bir bölgedeki okullara medya destekli sigara kullanımı önleme programını, ikinci bölgedeki okullara aynı programın sadece sigara kullanımını önleme boyutunu uygulamışlardır. Örnekleme 5458 dört, beş ve altı altıncı sınıf öğrencilerini alarak dört yıllık bir izlem gerçekleştirmişlerdir. Dört yıl sonunda medya destekli sigara kullanımı önleme programı uygulanan grubun sigara kullanımı oranı sadece sigara kullanımı önleme programı alan gruba göre düşük bulunmuştur. Grupların sigara yarar ve zarar algı puanları arasında anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır.

Tennent (1991) sigara kullanımını önleme programının çocukların sigaraya yönelik tutumlarına ve bilgi düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında 63 ortaokul öğrencisini 32 ve 31 kişilik iki gruba ayırmıştır. İlk gruba sigara kullanımı önleme programını uygulamış, ikinci grubu kontrol grubu olarak belirlemiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Program sonucunda deney grubundaki öğrencilerin bilgi puanları kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Deney grubundaki çocukların sigara kullanımına yönelik olumlu algılarında kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüşün olduğu saptanmıştır.

Biglan ve arkadaşlarının (2000) toplum temelli önleme programının çocukların sigara kullanımına etkisini inceledikleri çalışmalarında Oregon'daki altı küçük bölgeyi iki gruba ayırmışlar. Birinci bölgedeki okullarda öğrenim gören yedinci ve dokuzuncu sınıf öğrencilerine toplum temelli sigara kullanımı önleme programını, ikinci bölgedeki öğrencilere sigara kullanımı önleme programını uygulamışlardır. Örnekleme toplam 4438 öğrenci alınmıştır. Girişim sonrası öğrenciler beş yıl izlenmiştir. İzlem sonucunda toplum temelli sigara kullanımı önleme programının çocukların sigara kullanımını azaltmada daha etkili olduğu ve diğer madde kullanımını önleme programlarında kullanılabileceği vurgulanmıştır.

Kellam ve Anthony (1998) Baltimore’da bulunan 19 ilkokulda birinci sınıfa devam eden 2311 öğrenciyle gelecekteki sigara içme oranını azaltmak amacıyla yaptıkları çalışmada iki farklı girişim programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Birinci gruba “iyi davranış oyunu” girişim programı uygulanmıştır. Bu program her hafta, hafta da üç kez gerçekleştirilmiş ve oyunun süresi on dakika olarak belirlenmiştir. Öğretmen sınıf ortamında istenmeyen davranışları belirlemiş ve bu davranışları yapma ya da yapmama durumuna göre çocuklara iyi davranış kazanma ödülü verilmiştir. İkinci gruba ise “okuyarak öğrenmesini geliştirme” programı uygulanmıştır. Bu programda çocuklar hafta üç kez istedikleri bir konuda küçük gruplar oluşturarak okuma yöntemi ile öğrenmelerini geliştirmeleri sağlanmıştır. Bu programlarda sigara kullanımını önlemeye karşı bir içerik yer almamıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Yirmi dört aylık izlem sonrası birinci grubun sigara kullanma oranı kontrol grubundan düşük bulunmuş, okuma grubunda ise erkek öğrencilerin diğer gruplara göre sigaraya başlama risk oranında düşüş saptanmıştır.

Storr ve arkadaşlarının (2002) çocukların erken sigara kullanımına başlama durumlarının önlenmesi ya da geciktirilmesinde iki ayrı girişim programının etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, 678 ilkokul birinci sınıf öğrencisini üç ayrı gruba ayırmışlardır. Birinci gruba sınıf odaklı sonradan sigara kullanımı için risk faktörü olabilecek dikkat eksikliği, utangaç davranışlar, agresif davranma gibi özellikleri ele alan “davranış yönetim becerileri” girişimi uygulanmıştır. İkinci gruba birinci gruba uygulanan girişimlere ek olarak öğretmen-ebeveyn iletişimi, ebeveynlere çocuklarında etkili öğrenme ve davranış yönetim becerilerini geliştirme girişimleri uygulanmıştır. Üçüncü gruba ise normal okul müfredatı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda erken eğitim programının çocukların ilk defa sigara kullanım oranını azalttığı ya da geciktirdiği belirlenmiştir. Hem sınıf merkezli eğitim alan hem de aile merkezli eğitim alan gruplar kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında sigara kullanımını önlemede benzer etkileri olduğu, gruplar arasında farkın olmadığı görülmüştür.

Biglan ve arkadaşları (2000) 2187 yedinci sınıf ve 2251 dokuzuncu sınıf öğrencisini rasgele iki gruba ayırarak, birinci gruba alkol, sigara, marijuana ve anti sosyal davranışlara odaklı girişim programını okul ortamında uygulamışlardır. İkinci grup yani toplum temelli girişim grubuna ise okul grubuna uygulanan girişime ek olarak medya destekli eğitim programı uygulanmıştır. Bir yıl sonra ikinci grubun sigara kullanım oranı istatistiksel olarak sadece okul eğitimi uygulanan grubun sigara kullanma oranından düşük bulunmuştur. Beş yıl

sonra ise haftalık sigara içme oranı ikinci grupta % 12.4 ve birinci grupta % 13.8 olarak saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İkinci grubun dumansız tütün ürünü kullanım oranı da okul grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Toplum temelli eğitim girişiminin daha etkin olduğu saptanmıştır.

Jøsendal ve arkadaşlarının (2005) okul temelli sigara kullanımını önleme programının etkisini inceledikleri çalışmalarında ülkeyi temsil edebilecek 99 okulu örnekleme seçmişlerdir. Bu okullarda toplam 195 sınıf ve 4441 yedinci sınıf öğrencisi yer almaktadır. Okullar kendi aralarında rasgele dört gruba ayrılmışlardır. Grup A kontrol grubu, Grup B ebeveyn-öğretmen eğitimini içeren çok boyutlu girişim programı, Grup C sadece sigara kullanımını önleme programı ve ebeveyn eğitimi, Grup D sigara kullanımını önleme programı ve öğretmen eğitimini almıştır. Üç yıllık izlem sonucunda Grup B'deki sigara kullanım oranı diğer üç gruptan düşük, Grup C ve D'deki sigara kullanım oranı ise kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışma sonucu sosyal etki temelli bu programın çocukların sigara kullanımını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

Hwang ve arkadaşlarının (2004) sigara ve madde kullanımını önlemeye yönelik 65 çalışmanın sonuçlarını inceledikleri meta-analiz çalışmalarında sosyal-bilişsel, sosyal beceri ve okul-toplum etkileşimine dayalı programların sigara ve madde kullanımını azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.

Elder ve arkadaşları (1996) ilkokul öğrencilerinin sigara kullanım oranlarının belirlenmesi, tahmin edilmesi ve önlenmesi için geliştirdikleri CATCH programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla dört eyaletten 24 ilkokulu rasgele seçmişlerdir. Örnekleme 24 ilkokula devam eden 6527 beşinci sınıf öğrencisi alınmış olup, öğrenciler deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Deney grubuna sigara, sağlıklı diyet ve egzersiz hakkında bilgileri içeren sekiz oturumluk eğitim paketi uygulanmıştır. Kontrol grubu normal okul müfredatını almış, başka bir girişim uygulanmamıştır. Otuz altı aylık izlem sonucunda deney grubundaki çocukların sigara deneme oranı % 4.7, kontrol grubundaki öğrencilerin sigara deneme oranı % 5 olarak saptanmıştır. Çocukların sigara deneme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

De Vries ve arkadaşlarının (2003) Avrupa Sigara Kullanımını Önleme Çerçeve Programının etkinliğini değerlendirmek üzere Avrupa'daki altı ülkede gerçekleştirdikleri çalışmada, 25 okulda öğrenim gören 20166 adölesan çalışma kapsamına alınmıştır. Bu okullardan 14'ü deney ve 11'i kontrol okulu olarak seçilmiştir. Deney gruplarına ilk yıl ortak

olarak okul temelli sosyal etki programının tüm ülkelerde uygulanmasına karar verilmiştir, Eğitim içeriğinin temel olarak sigaranın bireye ve çevreye olan zararlarını, reddetme becerilerini, karar verme sürecini, sigarasız bir okul ortamını ve okul kurallarını oluşturmayı, okulda sigara kullanımının zararları ile ilgili posterler kullanmayı ve yarışmalar düzenlemeyi, toplumda broşürler dağıtmayı, yerel basında yazılar yayınlamayı içermesi kararlaştırılmıştır. Bunun dışında ülkeler kültürel olarak ihtiyaç duydukları girişimleri programa eklemiştir. Program sonucunda İspanya'daki deney grubunda sigaraya karşı olumlu algılarda azalma, özyeterlilik düzeylerine artma ve sigaraya olan ilgi düzeylerinde azalma saptanmıştır. Finlandiya ve İspanya'da deney gruplarında kontrol gruplarına göre sigara kullanımına başlama oranlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Schofield ve arkadaşlarının (2003) çok boyutlu girişim programının çocukların sigara kullanım davranışlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında, 22 ortaokulda öğrenim gören 1852 öğrenciyi çalışma örnekleme almışlardır. Örnekleme alınan çocuklar sınıflarına göre rastgele deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney grubuna girişim programı uygulanmış, kontrol grubuna normal eğitim müfredatı uygulanmıştır. Girişim programı sonrası iki yıl boyunca çocuklar izlenmiştir. İki yıl sonunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında deney grubundaki çocukların bilgi düzeyinde anlamlı bir artışın olduğu, ancak çocukların sigaraya yönelik tutumlarında anlamlı bir değişim sağlanamadığı görülmüştür.

Reddy ve arkadaşları (2002) iki farklı girişim programının çocukların sigara kullanımına etkisini inceledikleri çalışmalarında, örnekleme Yeni Delhi bölgesindeki 30 ortaokulda öğrenim gören 4776 yedinci sınıf öğrencisi almışlardır. Öğrenciler okul-aile temelli girişim grubu, okul temelli girişim grubu ve kontrol grubu olarak üçe ayrılmıştır. Okul temelli girişim grubuna sigara kullanmama, kardiyovasküler sağlık, beslenme ve egzersiz konusunda eğitimler verilmiştir. Okul-aile temelli girişim grubunda ise alınan eğitimleri aileleri ile paylaştıkları altı adet kitapçık verilmiş, bu bilgi ve aktiviteleri aileleri ile paylaşmaları sağlanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda okul grubunun sigara hakkındaki bilgi-tutum puan ortalamaları okul-aile ve kontrol grubunda düşük bulunmuştur. Okul ve okul-aile temelli girişim gruplarının sigara ve alkol kullanım puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin sigara kullanma riskinin deney grubu öğrencilerinden iki kat fazla olduğu saptanmıştır.

Mahoney ve arkadaşları (2002) 1401 beşinci sınıf öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, çocukların sigara kullanımına yönelik bilgi tutum ve davranışlarını değiştirmede bir kez verilen yapılandırılmış eğitim programının etkinliği değerlendirmiş, eğitim sonrası dördüncü ayda yapılan post test sonucunda eğitim programının etkili olduğu saptanmıştır.

2.14.2 Türkiye'deki Çalışmalar

Filiz'in (2007) gençlerde sigaradan korunma konusunda bir müdahale programının etkinliğinin değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, Balıkesir kent merkezinde ikisi deney ve ikisi kontrol olmak üzere dört okul seçmiştir. Bu okullardaki beş, altı, yedi ve sekizinci sınıfta öğrenim gören 898 öğrenci araştırma kapsamına almıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Deney grubunda gönüllü çocuklar arasından akran eğitimcileri seçilmiş, akran eğitimcileri sigara konusunda eğitilmiştir. Akran eğitimcilerinin eğitimi sonrası deney grubuna gönüllü akran eğitimcileri tarafından sigara kullanımı konusunda eğitimler verilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubunda yer alan öğrencilerin % 22.6'sı akran eğitimcileri tarafından eğitilmiştir. Girişim öncesi deney grubunda sigara içme oranı %2.5 iken girişim sonrası % 1.7'ye düşmüş, kontrol grubunda ise girişim öncesi sigara kullanım oranı % 0.5 iken girişim sonrası % 0.9 olmuştur. Çalışma sonucunda sigara kullanımını önleme programının çocukların bilgi düzeyini arttırmada etkili, sigara kullanımını önleme de ise sınırlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Gökgöz'ün (2004) adölesan çağda sigara ve alkolle ilgili verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla Sivas il merkezinde iki ilköğretim okulunu ve iki liseyi alarak gerçekleştirdiği çalışmasında, okulları deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayırmıştır. Deney gruplarına bir öğretim yılı boyunca sigara ve alkolün zararları konusunda beş farklı eğitim verilmiştir. Öğrencilere araştırmanın başında, birinci ve ikinci yarıyıl sonunda olmak üzere üç kez anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda verilen eğitimin adölesanların bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğu, ancak sigara kullanımını önleme ve içme davranışını değiştirmede etkili olmadığı saptanmıştır.

Sarı ve Öztürk'ün (2005) ilköğretim öğrencilerine sigaranın zararları konusunda verilen eğitimin sigarayla ilgili görüşlerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, araştırma örneklemine İzmir il merkezinde bir ilköğretim okulunda öğrenim gören 124 beşinci sınıf öğrencisi alınmıştır. Bütün öğrencilere sigaranın zararları konusunda eğitim verilmiş,

eğitimden iki hafta sonra son testler uygulanmıştır. Çalışma sonucunda çocukların sigaraya yönelik olumsuz görüşlerinde anlamlı düzeyde bir artış saptanmıştır.

Aydemir'in (1992) ğrencilerin sigaranın sağlığa zararı konusundaki bilgi durumları ile verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yaptđđ çalışmada, rnekleme İzmir il merkezindeki bir lisede öğrenim gören 670 lise bir ğrencisi alınmıştır. Öğrencilere eğitim öncesi anket uygulanmış, eğitim verildikten sonra bilgi puanları tekrar ölçülmüştür. Eğitim sonrası öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttıđđ saptanmıştır.

ÇALIŞMANIN BULGULARI, TARTIŞMA VE SONUÇ BÖLÜMLERİ İKİ AŞAMALI OLARAK TARTIŞILACAKTIR.

BİRİNCİ AŞAMADA KARAR DENGE ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.

İKİNCİ AŞAMADA İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN SİGARA KULLANIMI ÖNLEME PROGRAMININ ETKİNLİĞİ DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.

3. BÖLÜM

GEREC VE YÖNTEM

BİRİNCİ AŞAMA: KARAR DENGE ÖLÇEĞİ (KDÖ) GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ

3.1.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, çocuk ve ebeveynlerin sigara içmenin yarar ve zararlarına yönelik algılarını ölçmek için geliştirilen KDÖ'nun Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.1.2 Araştırmanın Örnekleme

Çalışmanın örneklemini 2005-2006 yılı bahar dönemi İzmir İli Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir ilköğretim okulundaki dört, beş, altı, yedi ve sekizinci sınıf öğrencileri ve ebeveynleri oluşturmuştur.

Karar Denge Ölçeğinin hem ebeveyn hem çocukların için geliştirilmiş iki formu mevcuttur. Ebeveyn Ölçeği 20 ve çocuk ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek çalışmalarında her bir ölçek maddesi için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Mishel, 1998). Velicer (1985), Lafferty (1999), Pallonen ve arkadaşlarının (1998) çalışmaları baz alınarak yapılan güç analizinde Tip II hata 0.20 ve 0.05 anlamlılık düzeyine göre ebeveyn örneklem sayısının en az 216, çocuk örneklem sayısının 86 olması gerektiği saptanmıştır. Bu nedenle dört, beş, altı, yedi ve sekizinci sınıfa devam eden 305 öğrencinin tümünün çalışmaya alınması planlanmıştır. Veri toplama günü sınıfta bulunan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, ebeveynlerinden katılım için izin alınan, Türkçeyi okuyabilen, yazabilen ve veri toplama formlarını tam dolduran 292 öğrenci örnekleme alınmıştır. Örnekleme ulaşım oranı % 95.7'dir. Test-tekrar test 288 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılım oranı % 98.6'dır. Ebeveyn ölçeği için 288 adet ölçek ailelere gönderilmiş, ölçeklerin 218'i tam doldurulmuş ve eksiksiz olduğu için araştırmaya alınmıştır. Ebeveynlerin araştırmaya katılım oranı % 76'dır.

3.1.3 Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, "Demografik Veri Toplama Formu", "Ebeveyn Karar Denge Ölçeği" (20 madde) ve "Çocuk Karar Denge Ölçeği" (12 madde) kullanılarak toplanmıştır.

3.1.3.1 Demografik Veri Toplama Formu:

3.1.3.1.1 Ebeveyn Demografik Veri Toplama Formu (EK4)

Ebeveyn formu bireyin rumuzu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu ve sıklığı, çocuğuyla sigara konusunda konuşma durumunu, çocuğuyla kaç yaşındayken konuştuğu ve konuşmayı kimin başlattığı durumlarını saptamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.1.3.1.2 Çocuk Demografik Veri Toplama Formu (EK5)

Çocuk formu ise çocuğun rumuzunu, okulunu, sınıfını, yaşını, cinsiyetini, anne-baba eğitim durumunu, ebeveynlerin ve kardeşlerin sigara kullanma durumunu, sigaraya ne kadar kolay ulaşabildiklerini, sigara deneme durumlarını içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.1.3.2 Karar Denge Ölçeği (Decisional Balance Scale)(KDÖ):

3.1.3.2.1 Ebeveyn Karar Denge Ölçeği (EK6)

Orijinal KDÖ 1985 yılında Velicer, DiClemente, Prochaska ve Brandenburg (1985) tarafından ebeveynlerin sigaranın zararları ve yararları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla 24 madde olarak geliştirilmiştir. Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov ve Smith tarafından 1998 yılında ebeveyn KDÖ 20 maddeye indirilmiştir. Ebeveyn KDÖ, 10 maddelik yarar ve 10 maddelik zarar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekler 1 ile 5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında “Hiçbir zaman” cevabına bir (1) puan, “Nadiren” cevabına iki (2) puan, “Arasına” cevabına üç (3) puan, “Sıklıkla” cevabına dört (4) puan ve “Daima” cevabına beş (5) puan verilmektedir. KDÖ’nun yarar ve zarar alt boyutu puan dağılımı 10-50 arasında değişmektedir. Velicer ve arkadaşları (1985) KDÖ zarar alt boyutunun Cronbach alfa değerini .88 ve yarar alt boyutunun alfa değerini .89 olarak saptamışlardır. Lafferty ve arkadaşları (1999) ise ölçeğin Cronbach alfa değerini .82 olarak belirlemişlerdir. Park ve arkadaşları (2003) ise zarar ve yarar alt boyutlarının alfa değerlerini sırasıyla .78 ve .84 olarak saptamışlardır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her alt ölçek kendi içinde puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden zarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması bireyin sigara içmenin zararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu, yarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması bireyin sigara içmenin yararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu göstermektedir.

3.1.3.2.2 Çocuk Karar Denge Ölçeği (E7)

Orijinal KDÖ 1985 yılında Velicer, DiClemente, Prochaska ve Brandenburg (1985) tarafından ebeveynlerin sigaranın zararları ve yararları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla 24 madde olarak geliştirilmiştir. Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov ve Smith tarafından 1998 yılında ebeveyn ölçeği baş alınarak Çocuk KDÖ 12 madde olarak geliştirilmiştir. Çocuk KDÖ, sigaranın zararları ve yararları hakkında 12 durumu içeren altı maddelik yarar ve altı maddelik zarar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekler 1 ile 5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında “Hayır” cevabına bir (1) puan, “Çok az” cevabına iki (2) puan, “Bazen” cevabına üç (3) puan, “Çoğunlukla” cevabına dört (4) puan ve “Evet” cevabına beş (5) puan verilmektedir. Çocuk KDÖ’nün zarar ve yarar alt boyutu puan dağılımı 6-30 arasında değişmektedir. Velicer (1985) çocuk KDÖ zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .87 ve yarar alt ölçeği için .90 olarak saptamıştır. Chen ve arkadaşları zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .87 ve yarar alt ölçeği için .91 olarak bulmuşlardır. Plummer ve arkadaşları da (2001) zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .86, yarar alt ölçeği için .79 olarak saptamışlardır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her alt ölçek kendi içinde puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden zarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması çocuğun sigara içmenin zararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu, yarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması çocuğun sigara içmenin yararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu göstermektedir.

3.1.4 İşlemler

3.1.4.1 Ölçek Maddelerinin Türkçe’ye Çevrilmesi

Ölçek uyarlamasında çeviri yapılırken hedef dildeki en uygun cümle yapısının, deyimlerin kullanılması, kültüre tamamen yabancı maddelerin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu işlem, sadece motamot bir çeviri değil, aynı zamanda uyarlamanın yapıldığını gösterir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1996).

- KDÖ’nün Türkçe’ye uyarlanması ve kullanılması için Wayne Velicer’den e-mail ile yazılı izin alınmıştır.
- KDÖ, üç dilbilimci tarafından Türkçe’ye ayrı ayrı olarak çevrilmiştir. KDÖ Türkçe’ye çevrildikten sonra araştırmacıların grup çalışması ile ölçeğin Türkçe’si yeniden düzenlenerek bir Türk Dil uzmanına ölçeklerin Türkçe’si kontrol ettirilmiştir.
- Farklı bir dilbilimci uzman tarafından Türkçe ölçeğin İngilizce’ye geri çevirisi yapılmıştır.

3.1.4.2 Uzman Görüşü Alınması

Orjinal formla çeviri yapılan formdaki maddelerin eşdeğer olduğunun saptanması, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması gereklidir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Savaşır ve Şahin, 1997; Şencan, 2005).

Türkçeye çevrilen çocuk/ebeveyn KDÖ için Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli bir öğretim üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli bir öğretim üyesi, iki farklı hemşirelik yüksek okulunda görevli altı öğretim üyesi olmak üzere sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlara KDÖ'nün orijinali ve çevirisi birlikte verilmiş, ölçeğin maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri için 0-10 arasında (0=hiç uygun değil, 10= tamamen uygun) bir puan vermeleri istenmiştir.

3.1.4.3 Ön Uygulama

İlk çeviri çalışmalarından sonra ölçek ölçümün yapılacağı kişilerle benzer özellik taşıyan, ancak örnekte yer almayan 10-20 kişilik bir örnekleme uygulanması, deneklere maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığının sorulması, belirlenen eksik ve yanlışların giderilerek ölçme aracına son şeklin verilmesi, maddelerin düzenlenmesinde önemli bir adımdır. Çok zor olmayan bu yöntemin her çeviride uygulanması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Mishel, 1998; Savaşır ve Şahin, 1997; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1996).

Uyum analizi ve uzman değerlendirmeleri sonrasında kullanımının uygun olacağı düşünülen ölçekler, örnekleme yer almayan dört ve beşinci sınıfta bulunan 20 öğrenci ile ebeveynlerine uygulanmıştır. Olumsuz geri bildirimler olmadığından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları için yeterli büyüklükteki örnekleme uygulanmasına karar verilmiştir.

3.1.4.4 Verilerin toplanması

İlk uygulama ve ikinci uygulama verilerinin eşleştirilebilmesi için ölçeği uygularken çocuk ve ebeveynlerinden bir yönerge doğrultusunda yapılan rumuzlarını kullanmaları istenmiştir. Rumuz annenin isminin ilk iki harfi, doğum yılının son iki sayısı ve baba isminin ilk iki harfi alınarak oluşturulmuştur.

Test- tekrar test analizleri için grubun en az 30 kişiden oluşması (Gözüm ve Aksayan, 2002; Savaşır ve Şahin, 1997), iki test arasındaki sürenin birinci uygulamada verilen yanıtları anımsamaya yetecek kadar kısa, ölçeğin ölçtüğü özellik bakımından yanıtlayıcıların önemli ölçüde değişmelerine yetecek kadar uzun olmamalıdır. Sürenin ortalama 2-6 hafta arasında

olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Ercan ve Kan, 2004; Aker, Dündar ve Peşken, 2005; Savaşır ve Şahin, 1997; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1996).

Milli Eğitim Bakanlığı ve Üniversite etik kurulundan yazılı izin alındıktan sonra ölçekler test-tekrar test analizleri için 292 öğrenciye 3 hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ancak uygulama sonucunda ölçeği eksik dolduran ya da rumuzları eşleşmeyen formlar değerlendirilmeden çıkarılarak test-tekrar test analizleri 288 öğrenci ile yapılmıştır. Eşleştirilebilen yanıtlama oranı % 98.6'dır. Öğrenciler aracılığıyla ebeveynlere 288 adet form gönderilmiş ilk uygulamada tam doldurulan 218 anket formu değerlendirmeye alınmış, ikinci uygulama sonucunda ölçeği eksik dolduran ya da rumuzları eşleşmeyen formlar değerlendirilmeden çıkarılarak test-tekrar test analizleri 165 kişi ile yapılmıştır. Eşleştirilebilen yanıtlama oranı %76'dır

3.1.4.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri kodlanarak, bilgisayar ortamında analizler yapılmıştır.

İncelenen Özellik

- Uzman görüşlerinin uyumluluk analizi
- Ölçek ve alt boyutlarının test-tekrar test Uyumluluk analizi
- Ölçek ve alt boyutları için; madde-toplam puan analizi
- Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı
- Madde-Faktör ilişkisi
- Maddelerin ve alt boyutların ölçeğin orijinal yapısını açıklayıp-açıklamadığı

İstatistik Yöntem

- Kendal W analizi
- Pearson korelasyon analizi,
→ Bağımlı gruplarda t testi,
Mann-Whitney U testi
- Pearson korelasyon analizi
- Cronbach alfa katsayısı
- Faktör analizi
- Doğrulayıcı faktör analizi

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1 Karar Denge Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasına İlişkin Bulguları

Çalışma gurubundaki öğrencilerin % 51.4'u kız, % 48.6'sı erkek, yaş ortalaması 11.9 ± 1.67'dir. Annelerin % 58.2'si ve babaların % 45.4'ü ilkokul mezundur. Annelerin % 30.8'i ve babaların % 60.6'si sigara kullanmaktadır.

4.1.1 Güvenirlik Analiz Sonuçları

4.1.1.1 Test-Tekrar Test Güvenirliği (Değişmezlik)

Tablo 1. Çocuk Formu Alt Boyutlarından Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması (n=288)

Ölçek ve Alt Boyutları		Çocuk KDÖ Puan Ortalaması		Analiz Sonuçları			
		İlk Uygulama X±SS	İkinci Uygulama X±SS	r	p	t	p
Alt Boyutlar	Yarar Alt Boyutu	26.6 ± 4.8	26.9 ± 4.6	.848	.000	1.345	.181
	Zarar Alt Boyutu	9.3 ± 4.6	8.7 ± 4.2	.698	.000	1.577	.117

Çocuk formu öğrencilere üç hafta arayla iki kez uygulandıktan sonra ölçeğin alt boyutlarının değişmezlik yani test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Çocuk formunun iki alt boyutunun test-tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Yarar Alt Boyutu: r= .848 p= .000; Zarar alt Boyutu: r= .698 p= .000, Tablo 1).

Ayrıca, alt boyutlarından üç hafta ara ile uygulanan iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında fark olup olmadığını saptamak için bağımlı gruplarda t testi yapılmış, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 2. Ebeveyn Alt Boyutlardan Aldıkları Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması (n=165)

Ölçek Alt Boyutları		Ebeveyn KDÖ Puan Ortalaması		Analiz Sonuçları			
		İlk Uygulama $\bar{X} \pm SS$	İkinci Uygulama $\bar{X} \pm SS$	r	p	t	p
Alt Boyutlar	Yarar Alt Boyutu	41.5 \pm 9.2	42.4 \pm 9.4	.716	.000	1.454	.148
	Zarar Alt Boyutu	21.3 \pm 8.3	21.8 \pm 8.9	.723	.000	.635	.526

Ebeveyn KDÖ, üç hafta aryla iki kez uygulandıktan sonra ölçeğin alt boyutlarının değişmezlik yani test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Ebeveyn KDÖ'nün iki alt boyutunun test-tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Yarar Alt Boyutu: $r = .616$ $p = .000$; Zarar alt Boyutu: $r = .623$ $p = .000$, Tablo 2).

Ayrıca, alt boyutlarından üç hafta ara ile uygulanan iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında fark olup olmadığını saptamak için bağımlı gruplarda t testi yapılmış, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

4.1.1.2 İç Tutarlılık Analizi

Ölçekten toplam bir puan elde edilmediğinden alt boyutları değerlendirilmiştir. Ebeveyn KDÖ alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları; *Yarar alt boyunda* $\alpha = .86$, *Zarar alt boyunda* $\alpha = .83$ olarak saptanmıştır.

Çocuk KDÖ alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları; *Yarar alt boyunda* $\alpha = .74$, *Zarar alt boyunda* $\alpha = .78$ 'dir.

4.1.1.2.1 Çocuk ve Ebeveyn KDÖ Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Analizi

Tablo 3. Çocuk KDÖ Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan ve Maddelerin Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek alt Boyutları	Maddeler	Madde- Toplam Puan Korelasyonları (n=292)		Maddelerin Test-Tekrar Test Puan Korelasyonları (n=288)	
		r	p	r	p
Yarar Alt Boyutu	Sigara içmek çocukların diğer insanlardan / Çocuklardan daha fazla saygı görmesini sağlar	.53	.000	.30	.000
	Sigara içen çocukların daha çok arkadaşı var	.70	.000	.58	.000
	Sigara içmek insanların sorunları ile başa çıkmasına yardımcı olur	.67	.000	.43	.000
	Sigara içmek kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar	.68	.000	.54	.000
	Sigara içmek rahatlamana yardımcı olur	.74	.000	.45	.000
	Sigara içen çocuklar daha çok eğlenir	.68	.000	.47	.000
Zarar Alt Boyutu	Sigara pis kokar	.57	.000	.21	.000
	Sigara içmek diğer insanları hasta eder	.65	.000	.20	.000
	Sigara içmek insan sağlığı için zararlıdır	.61	.000	.24	.000
	Sigara dumanı diğer insanları rahatsız eder	.72	.000	.37	.000
	Sigara içmek kötü bir alışkanlıktır	.74	.000	.33	.000
	Sigara içmek dişleri sarartır	.71	.000	.41	.000

Çocuk KDÖ test- tekrar test dışındaki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 292 öğrenciden elde edilen veriler kullanılarak yapılmıştır. Güvenirlik çalışması için 12 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, Yarar boyutu korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) .53-.74 arasında, zarar alt boyutu için .57- .74 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (p<0.001; Tablo 3).

Ayrıca, her maddenin birinci ve ikinci uygulama puanları arasında korelasyona bakıldığında yalnız iki maddenin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının düşük olduğu ($r = .20$ ve $r = .21$ $p < 0.05$), diğer maddelerin test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının $r = .30-.59$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$; Tablo 3).

Tablo 4. Ebeveyn KDÖ Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan ve Maddelerin Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek alt Boyutları	Maddeler	Madde- Toplam Puan Korelasyonları (n=218)		Maddelerin Test-Tekrar Test Puan Korelasyonları (n=165)	
		r	p	r	p
Zarar Alt Boyutu	Sigara içmek bana keyif verir	.77	.000	.63	.000
	Sigaramı paketinden çıkarıp yakmadan önce bir süre beklemeyi, bunu neredeyse bir törene dönüştürmeyi seviyorum	.37	.000	.31	.000
	Eğer sigara yüzünden rahatsızlansaydım, yakınım da zarar görürdü	.74	.000	.66	.000
	Sürekli sigara içtiğimden, bazı insanlar sigarayı bırakamayacağını düşünüyorlar	.75	.000	.48	.000
	Sigara içmek sağlığım için zararlıdır.	.51	.000	.16	.000
	Sigara içmek zorunda olduğum için utanıyorum	.56	.000	.43	.000
	Sigaramın dumanı diğer insanları rahatsız ediyor	.74	.000	.43	.000
	İnsanlar sigara içme ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için benim aptallık ettiğimi düşünüyorlar	.69	.000	.35	.000
	Yakınımdaki insanlar sigara içmemi onaylamıyorlar	.63	.000	.31	.000
	Sigara ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için aptallık ediyorum	.67	.000	.38	.000
Zarar Alt Boyutu	Benim sigara içmem yanımda bulunan diğer kişilerin sağlığını etkiler	.54	.000	.17	.000
	Eğer sigara yüzünden rahatsızlansaydım, yakınım da zarar görürdü	.51	.000	.37	.000
	Sürekli sigara içtiğimden, bazı insanlar sigarayı bırakamayacağını düşünüyorlar	.49	.000	.21	.000
	Sigara içmek sağlığım için zararlıdır	.55	.000	.30	.000

Sigara içmek zorunda olduğum için utanıyorum	.67	.000	.39	.000
Sigaramın dumanı diğer insanları rahatsız ediyor	.64	.000	.30	.000
İnsanlar sigara içme ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için benim aptallık ettiğimi düşünüyorlar	.59	.000	.32	.000
Yakınımdaki insanlar sigara içmemi onaylamıyorlar	.68	.000	.36	.000
Sigara ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için aptallık ediyorum	.71	.000	.34	.000
Eğer sigara içmeseydim, çok daha enerjik olurum	.65	.000	.20	.000

Ebeveyn Karar Denge Ölçeği test- tekrar test dışındaki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 218 ebeveynden elde edilen veriler kullanılarak yapılmıştır. Güvenirlik çalışması için 20 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, Yarar boyutu korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) .37-.77 arasında ve zarar alt boyutu için .50- .71 arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$; Tablo 4).

Ayrıca, her maddenin birinci ve ikinci uygulama puanları arasında korelasyona bakıldığında yalnız iki maddenin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının düşük olduğu ($r= .17$ ve $.16$), diğer maddelerin test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının $r= .20$ -.66 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$; Tablo 4).

4.1.2 Geçerlilik Analizleri

4.1.2.1 KDÖ'nün Kapsam Geçerliği

Sekiz uzmanın puanları Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Ebeveyn KDÖ için Kendall W= .221 p= .115, çocuk KDÖ için Kendall W= .220 p=.167 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar sekiz uzmanın puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını, uzman puanlarının uyumlu olduğunu göstermiştir.

4.1.2.2 Çocuk ve Ebeveyn KDÖ'nün Yapı Geçerliliği

4.1.2.2.1 Açıklayıcı Faktör Analizleri

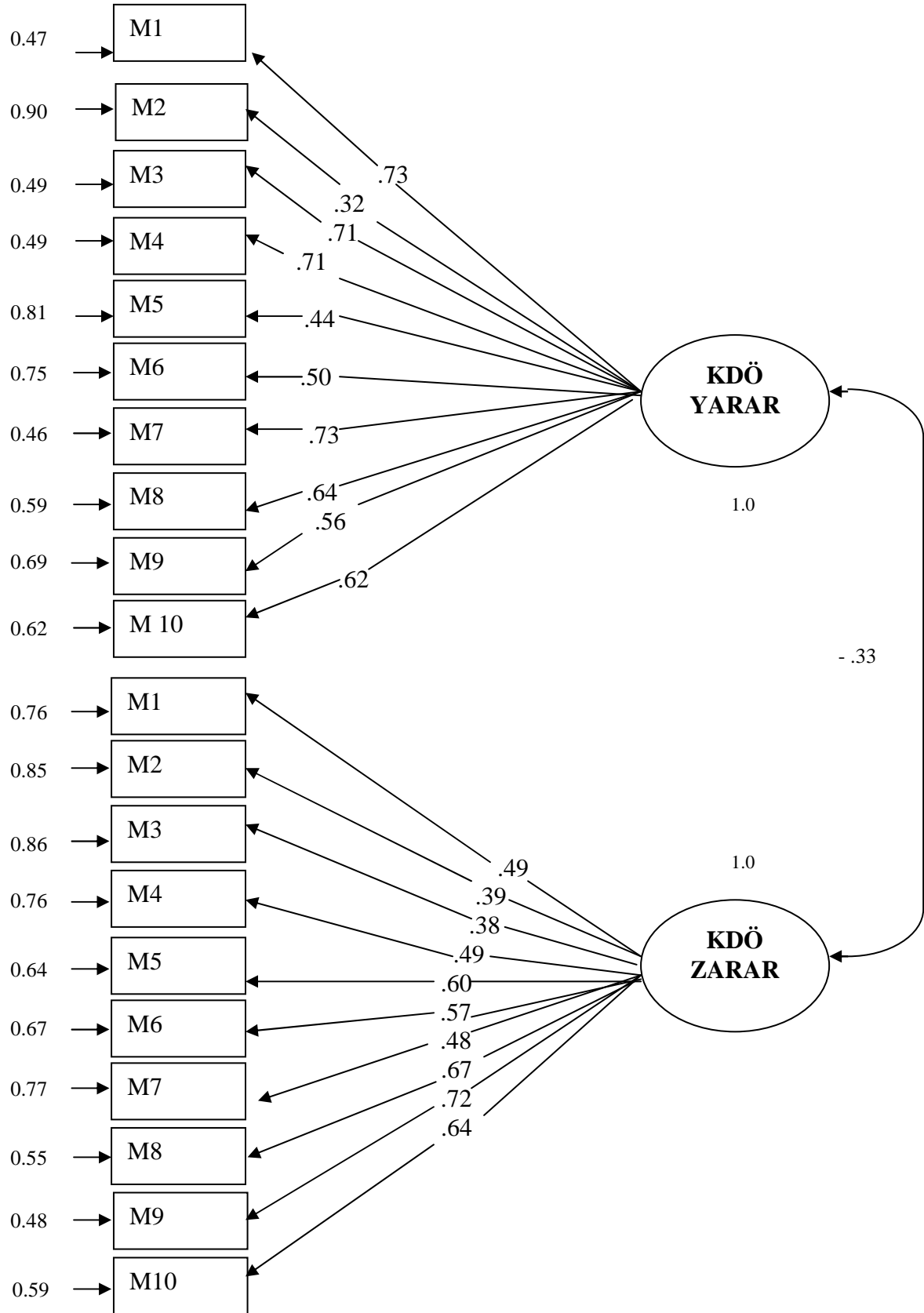
Ölçeklerin yapı geçerliliği birçok farklı yaklaşımla sınıanmaktadır. Bu yaklaşımlardan biri de faktör analizidir. Ebeveyn KDÖ'nün faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .83 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 1527,5$, $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ebeveyn KDÖ yarar alt boyutunun faktör yükleri .39- .79 arasında, zarar alt boyutu faktör yüklerinin .49- .71 arasında olduğu saptanmıştır. Her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans yarar alt boyutu için % 24 ve zarar alt boyutu için % 42,5'dir.

Çocuk KDÖ'nün faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .78 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 479.22$, $p= .000$ olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizine göre yarar alt boyutunun faktör yükleri .51- .80 arasında, zarar alt boyutu faktör yüklerinin 0.43-0.70 arasında olduğu saptanmıştır. Her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans yarar alt boyutu için % 22 ve zarar alt boyutu için % 28'dir.

4.1.2.2.2 Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Ebeveyn KDÖ'nün yarar ve zarar alt boyutları arasındaki korelasyon katsayısı $r= -.33$ (Şekil 3), çocuk KDÖ'nün $r= -.49$ (Şekil 4) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

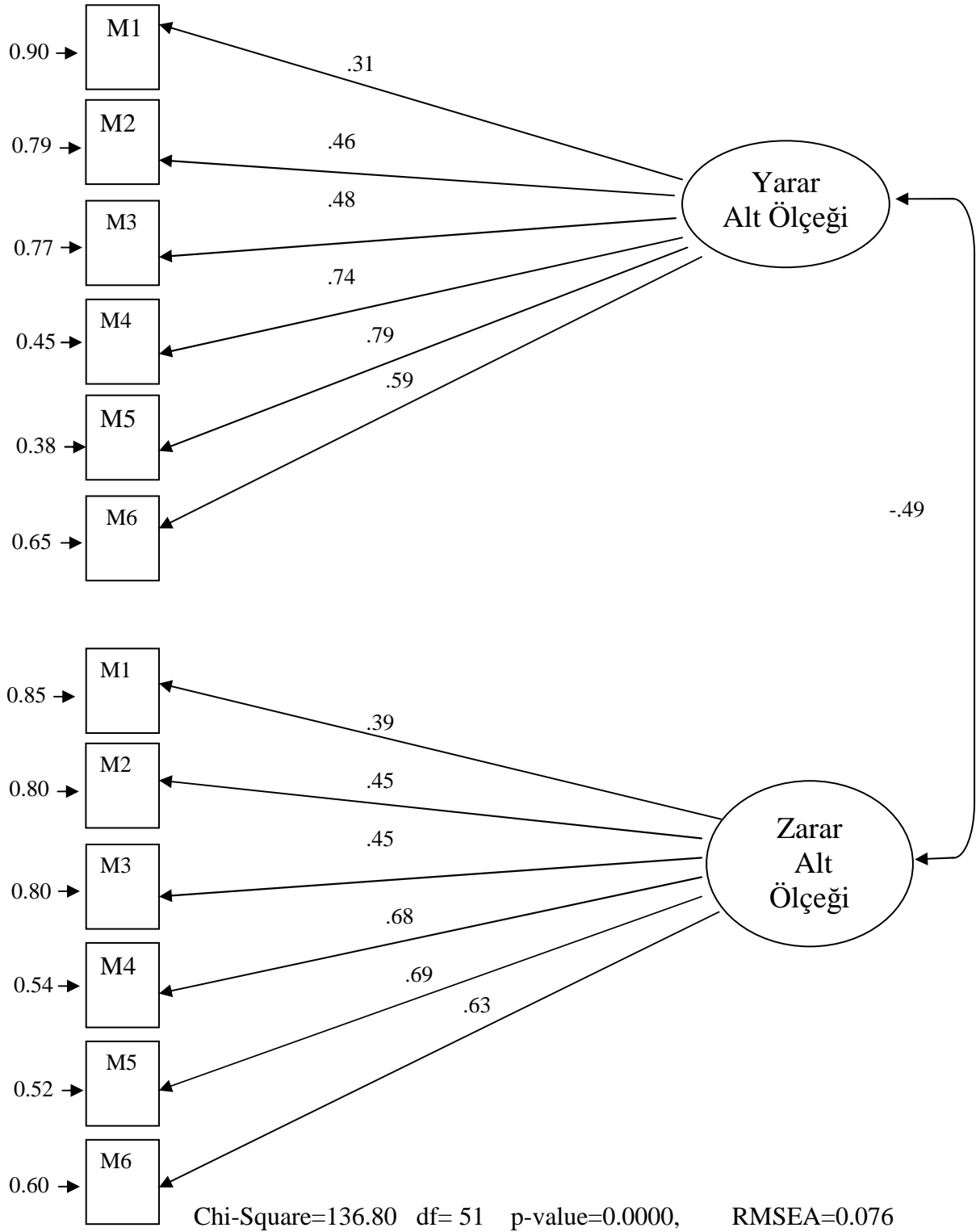
Şekil 1. Ebeveyn Karar Denge Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi



Chi-Square=344.96 , dF= 166, p-value=0.000, RMSEA=0.070

Model uyum göstergeleri olan RMSA 0.070, GIF .90, NIF .88, NNFI .92, IFI .93 ve CFI .93 olarak saptanmıştır.

Şekil 2. Çocuk Karar Denge Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi



Model uyum göstergeleri olan RMSA 0.076, GIF .93, NIF .90, CFI .93, IFI .93 ve AGFI .89 olarak saptanmıştır.

4.1.2.2.3 Bilinen Grup Karşılaştırması (Karşıt Grup Karşılaştırması)

Tablo 5. Ebeveynlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Karar Denge Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KDÖ Alt Ölçekler	Sigara İçiyor			Sigara İçmiyor			t	p
	n	x	ss	n	x	ss		
Yarar Alt Ölçeği	187	45.9	5.1	177	37.1	9.8	8.417	.000
Zarar Alt Ölçeği	187	20.1	8.6	177	25.2	9.6	3.941	.000

Sigara içen grupta sigara içmeyen grubun ölçek yarar ve zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=.000$, Tablo 5). Sigara içen grubun ölçek yarar puan ortalaması yüksek ve zarar puan ortalaması düşüktür.

Tablo 6. Çocukların Sigara Deneme Durumlarına Göre Karar Denge Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KDÖ Alt Ölçekler	Sigara Deneyen			Sigara Denemeyen			MW-U	p
	n	x	ss	n	x	ss		
Yarar Alt Ölçeği	23	10.6	3.2	262	7.4	1.6	2440.500	.046
Zarar Alt Ölçeği	23	22.9	6.6	262	26.5	4.8	2019.000	.006

Sigara deneyen grupta sigara denemeyen grubun ölçek yarar ve zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Sigara deneyen grubun ölçek yarar puan ortalaması yüksek ve zarar puan ortalaması düşüktür.

4.1.2.2.4 Ölçek Tepki Yanlılığı

Araştırmada kişilerin ölçek maddelerine verdikleri tepkilerin eşit olup olmadığı Hotelling T^2 testi ile değerlendirilmiştir. Bu test sonucunda Ebeveyn KDÖ Hotelling $T^2=72.802$, $p = .000$, çocuk KDÖ Hotelling $T^2=240.831$, $p = .000$ olarak saptanmıştır. Ölçeklerde tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1 Karar Denge Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguları

Bir ölçek eğer başka bir dilde kullanılacaksa, ölçeğin orijinal hali ile aynı geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğunun gösterilmesi gerekir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Bu nedenle Türk örnekleminde de kullanılacak olan KDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi gereklidir.

5.1.1 KDÖ' nün Güvenirliği

5.1.1.1 KDÖ Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

Maddelere verilen yanıtların derecelendirildiği likert tipi tutum ölçeklerinde homojenliğin göstergesi olarak Cronbach alfa katsayısı hesaplanır. İç tutarlılığı gösteren bu test maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenen konuyla ilgili olup olmadığını gösterir. Bir ölçme aracında yeterli sayılabilecek güvenirlilik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2002; Ergin, 1995; Şencan, 2005; Tavşanel, 2002; Tezbaşaran, 1997). Ebeveyn KDÖ'nün maddelerinin alfa güvenirlilik katsayısı zarar alt boyutu için .81, ve yarar alt boyutu .85 olarak bulunmuştur. Çocuk KDÖ'da ise *Yarar alt boyutunda* $\alpha = .74$, *Zarar alt boyutunda* $\alpha = .78$ 'dır. Hem ebeveyn hem de çocuk ölçeklerinde alt boyutların iç tutarlılığının yüksek güvenirlilik düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

5.1.1.2 KDÖ Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Analizi

Güvenirlilik analizi için ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduklarını belirleyen ve madde seçiminde sık kullanılan madde analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. Her madde için elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, başka bir deyişle maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Madde seçiminde kabul edilebilir katsayının .20 ya da .25 değerinden büyük olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Ergin, 1995; Şencan, 2005; Tavşanel, 2002; Tezbaşaran, 1997). Bu çalışmada, ebeveyn ölçeğinin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, Yarar boyutu korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) .37-.77 arasında, zarar alt boyutu için .50- .71 arasında istatistiksel olarak

anlamli düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$; Tablo 4). Çocuk ölçeği yarar boyutu korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler arpımı Korelasyonu) .53-.74 arasında, zarar alt boyutu için .57- .74 arasında ve istatistiksel olarak anlamli düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo 3). Bu sonuçlara göre çocuk ve ebeveyn KD'nn tüm maddelerinin kendi alt boyutunun toplam puanı ile yeterli korelasyon gösterdiği, alt boyutların madde güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.001$, Tablo 3, Tablo 4).

Madde-toplam puan analizi güvenirlik olduğu kadar, geçerlik (iç tutarlılık) göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliliğini de yansıtır (Gözüm ve Aksayan, 2002; şencan, 2005).

5.1.1.3 KD Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Korelasyon Analizi ve t Testi ile Değerlendirilmesi

Test-tekrar test ölümleri, ölüm aracının değişmezlik özelliğini değerlendiren ve en sık kullanılan güvenirlik analizlerindedir. Sıklıkla Pearson Momentler arpımı Korelasyon analizi yapılarak değerlendirilir. Bir lm aracının zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) belirlemek üzere hesaplanan korelasyon katsayısı +1'e ne kadar yakınsa güvenirliğinin o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Araçlarda test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının en az .70 olması önerilir (Gözüm ve Aksayan, 2002; şencan, 2005). KD'nn orjinal çalışmasında zarar alt boyutu= .87, yarar alt boyutu .90 olarak bulunan ölçeğin, bu çalışmada üç hafta arayla tekrarlanan iki uygulamasında ebeveyn KD'nn değişmezlik katsayısı zarar alt boyutu için .71 yarar alt boyutu için .72 ($p = .000$, Tablo 2) bulunmuştur. Çocuk KD test-tekrar test güvenirliği yarar alt boyutu için .85 ($p = .000$), zarar alt boyutu için .70 ($p = .000$, Tablo 1) olarak saptanmıştır . Türkçe'ye çevrilen çocuk ve ebeveyn KD'nn yüksek bir güvenirliğe sahip olduğu, ilk ölüm ile tekrarlayan ölümlerde sonuçların benzer olduğu görülmüştür.

Test-tekrar test korelasyon katsayısı yeterli düzeyde olsa bile, iki ölüm sonuçlarının puan ortalamaları ve standart sapmalarının incelenmesi önerilir ve her iki ölüm sonucunun benzer olması gerekir (Tezbaşaran, 1997; şencan, 2005). Bu amaçla ölçeğin alt boyutları üç hafta arayla uygulanmasından elde edilen sonuçlar arasında fark olup olmadığına “bağımlı gruplarda t testi” ve testi ile bakıldığında, çocuk ve ebeveyn KD alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamıştır(Tablo 1, Tablo 2). Aynı lme aracı değişik zamanlarda bireylere uygulandığında, bireylerin lme aracı maddelerine

verdiği yanıtların benzer ve tutarlı olması, o ölçme aracının değişmezliğini gösterdiğinden (Ergin, 1995; Tavşanel, 2002; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1997) Türk diline uyarlanan çocuk ve ebeveyn KDÖ'nün güvenilirliğin yüksek olduğu görülmüştür.

Bireylerin toplam puanları arasında önemli fark olmayabilir ancak her maddeyi farklı cevaplandırabilirler. Bundan dolayı her iki uygulamadaki maddeler arasındaki tutarlılığa da bakılması gerekir (Ergin, 1995; Tavşanel, 2002; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1997). Ebeveyn ölçeğinde her maddenin birinci ve ikinci uygulama puanları arasında korelasyona bakıldığında yalnız iki maddenin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının düşük olduğu ($r = .17$ ve $.16$), diğer maddelerin test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının $r = .30-.66$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$; Tablo 4). İki soru dışında ölçeğin maddelerinin iki ölçümde de benzer sonucu vermiş olması, maddelerin anlaşılır olduğu ve tutarlı ölçtüğünün göstergesidir. Çocuk Ölçeğinde ise yalnız iki maddenin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının düşük olduğu ($r = .20$ ve $r = .21$ $p < 0.05$), diğer maddelerin test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının $r = .30-.59$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$; Tablo 3)

Güvenirlik katsayısı düşük olan maddelerin ölçekten çıkarılmasından önce alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakılması gerekir. Eğer madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa, o madde güvenilirliği azaltan bir sorundur ve ölçekten çıkarılmalıdır. Güvenirliği değiştirmeyen maddeler ölçeği destekleyen maddelerdir ve ölçekten çıkarılmaması gerekir (Ergin, 1995; Tavşanel, 2002; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1997). Hem ebeveyn hem de çocuk KDÖ'nün maddeleri kendi alt boyut toplam puanı ile yüksek korelasyona sahip olduğundan ve ölçekten çıkarıldığında ölçeğin güvenilirlik düzeyi etkilenmediğinden ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir.

5.1.2 KDÖ' nün Geçerliliği

5.1.2.1 Ölçeklerin Kapsam Geçerliliği

İçerik geçerliğini saptamak için hazırlanan ölçek uzman kişilere incelettirilir ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanır (Özgüven, 2000; Şencan, 2005). Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması içerik geçerliği için bir gösterge olarak kabul edilir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005). Bu çalışmada da, Türkçeye çevrilen KDÖ maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek üzere sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiş ve bazı maddelerin ifadeleri değiştirilmiştir. Uzman görüşlerinin uyumluluğunu değerlendiren Kendall W uyum analizinde (Şencan, 2005; Tavşenal, 2002) uzman görüşlerinin uyumlu olduğu belirlenmiştir (ebeveyn KDÖ Kendall W= .221 p= .115; çocuk KDÖ Kendall W= .220 p=.167). Bu sonuçlar doğrultusunda Türkçeye çevrilen KDÖ'nün ifadelerinin Türk kültürüne uygun olduğu, ölçülmek istenen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

5.1.2.2 Karar Denge Ölçeğinin Yapı Geçerliliği

5.1.2.2.1 Faktör ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Yani faktör analizinde değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulması amaçlanmaktadır (Ergin, 1995; Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005; Tezbaşaran, 1997).

Velicer (1985) ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Pallonen (1998) ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenen KDÖ'nün orijinal formunda ebeveyn KDÖ 20 madde ve çocuk KDÖ 12 madde iki faktör altında toplanmıştır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda ebeveyn KDÖ Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .83 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 1527.5$, $p=0.000$ olarak, çocuk KDÖ'nün faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .78 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 787.6$, $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Bu değerler örneklem sayısının hem çocuk hem de ebeveyn KDÖ için faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu, verilerin dağılımının homojen olduğunu göstermiştir. Analiz sonucunda ebeveyn KDÖ maddelerin faktör dağılımlarının Pallonen (1998) ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenen orijinal ölçekle uygunluk gösterdiği; yarar alt boyutunun faktör yükleri 0.39-0.79 arasında, zarar alt boyutu faktör yüklerinin 0.49-0.71 arasında olduğu saptanmıştır. Yarar alt

boyutu toplam varyansın % 24'ünü ve zarar alt boyutu toplam varyansın % 42.5'ini açıkladığı belirlenmiştir. Toplamda açıklanan varyans % 66,5'dir. Çocuk KDÖ açıklayıcı faktör analizine göre yarar alt boyutunun faktör yükleri 0.54-0.74 arasında, zarar alt boyutu faktör yüklerinin 0.51-0.75 arasında olduğu saptanmıştır. Her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans yarar alt boyutu için % 22 ve zarar alt boyutu için % 28'dir. Elde edilen varyans oranı ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda % 40- 60 arasındaki varyans oranları yeterli olarak kabul edilmektedir (Şencan, 2005; Tavşenel, 2002). Bu çalışmada da hem çocuk hem de ebeveyn KDÖ için yeterli düzeyde toplam varyans elde edilmiştir. Analiz sonucunda, KDÖ'nün Türkçe formunun yapı geçerliliğinin uygun olduğu ortaya konulmuştur.

Maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini, belirlenen alt boyutların ölçeğin orijinal yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır. Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir (Şimşek, 2008; Gözüm ve Aksayan, 2002; Sencan, 2005). Aynı zamanda doğrulayıcı faktör analizi, bir kültürde geliştirilmiş bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlamasını yaparken özellikle kullanılabilir bir geçerlilik kanıtı bulma yöntemidir (Buyukozturk, 2007). Bu çalışma da doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ebeveyn KDÖ faktör yüklerinin zarar alt boyutu için .38-.72 arasında, yarar alt boyutu için .32-.73 arasında olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn KDÖ'nün uyum indeksleri RMSA 0.070, GIF .90, NIF .88, NNFI .92, IFI .93 ve CFI .93 olarak saptanmıştır (Şekil 1). Çocuk KDÖ'nün faktör yükleri ise yarar alt boyutu için .31-.79 arasında, zarar alt boyutu için .39-.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Çocuk KDÖ'nün uyum indeksleri RMSA 0.076, The GIF .93, NIF .90, CFI .93 ve IFI .93 olduğu görülmüştür (Şekil 2). Hem çocuk hem de ebeveyn ölçeğinin alt boyutlarındaki faktör yüklerinin tamamının .30'dan büyük olduğu, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda GFI, NFI, NNFI ve CFI'nın > .90 ve RMSA'nın < .080 olduğu saptanmıştır. Modelin uyumlu olduğunu gösteren başka bir yöntemse ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölüdüğünde çıkan sonucun beşin altında olmasıdır (Şencan, 2005). Hem çocuk hem de ebeveyn ölçeğinde ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölümünün beşten küçük olduğu görülmektedir. Bu değerler verilerin modelle uyumlu olduğunu, iki faktörlü yapıyı doğruladığını, ölçeğin madde ve alt boyutların ölçekle ilişkili olduğunu, her bir alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeterli olarak tanımladığını

göstermiştir (Şimşek, 2007). Bu sonuçlar KDÖ'nun yapı geçerliliğini destekleyerek, Türk örneğinde kullanılabilecek geçerli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır (Şekil 1, Şekil2).

5.1.2.2.2 Bilinen Grup Karşılaştırılması

Yapı geçerliliğini belirlemede kullanılan diğer bir yöntem bilinen grup karşılaştırmasıdır. Bu yöntemde ölçekten anlamlı olarak farklı puan alabilecek gruplar belirlenir. Ölçek gruplara uygulanarak gruplar arasından fark çıkması beklenir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005). Çalışmada sigara kullanan ve kullanmayan ebeveynlerin KDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sonuçlar sigara kullanan ebeveynlerin yarar algı puanlarının sigara kullanmayan ebeveynlerden yüksek, zarar algı puanlarının ise düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 5). Sigara deneyen çocukların ise sigara yarar algılarının denemeyenlerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek, zarar algılarının ise düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). KDÖ iki grubun yarar ve zarar algılarını anlamlı bir şekilde ayırabilmiştir. Bu sonuçlar ölçeğin ebeveynlerde sigara içen ve içmeyen, çocuklarda ise deneyen ve denemeyen bireylerin algılarını değerlendirmede etkin bir araç olduğunu, KDÖ'nun yapı geçerliliğinin desteklendiğini göstermektedir.

5.1.2.2.3 Ölçek Tepki Yanlılığı

Ölçek kullanımlarında tepki yanlılığı hem ölçeğin güvenilirliğini hem de geçerliliğini etkileyen önemli bir kavramdır. Tepki yanlılığı bireylerin bir ölçeği ya da anketi doldururken kendi gerçek görüşleri yerine içinde bulunduğu grup ya da toplumca genel olarak kabul edilmiş görüşlere uygun olarak maddeleri cevaplama durumudur (Şencan, 1995). Çalışmada tepki yanlılığını belirlemek için Hotelling T² testi kullanılmıştır. Bu test sonucunda ölçek maddeleri cevaplandırılırken bireylerin kendi görüşlerine göre maddeleri cevapladıkları, ölçeklerde tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir (ebeveyn KDÖ Hotelling T²=72,802, p = .000; çocuk KDÖ Hotelling T²=240.831, p = .000).

6. BÖLÜM

SONUC VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Çocuk ve Ebeveyn Karar Denge ölçekleri Türk örnekleminde kullanılabilir geçerli bir araçtır.
- Çocuk ve Ebeveyn Karar Denge ölçekleri Türk örnekleminde kullanılabilir güvenilir bir araçtır.
- Çocuk ve Ebeveyn Karar Denge Ölçekleri bireylerin sigaraya yönelik yarar ve zarar algılarını saptamada kullanılabilir bir ölçektir.
- Çocuk Karar Denge Ölçeği sigara kullanımını deneyen ve denemeyen öğrencilerin yarar algılarını başarılı bir şekilde ayırabilmektedir.
- Çocuk Karar Denge Ölçeği sigara kullanımını deneyen ve denemeyen öğrencilerin zarar algılarını başarılı bir şekilde ayırabilmektedir.
- Ebeveyn Karar Denge Ölçeği sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin yarar algılarını başarılı bir şekilde ayırabilmektedir.
- Ebeveyn Karar Denge Ölçeği sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin zarar algılarını başarılı bir şekilde ayırabilmektedir.

6.2 Öneriler

- Karar Denge Ölçeği'nin çocukların sigaraya yönelik yarar ve zarar algılarının tanınmasında yaygın olarak kullanılması,
- Çocukların sigaraya yönelik algılarını değiştirecek programlar geliştirilerek sonuçlarının değerlendirilmesinde Karar Denge Ölçeği'nin kullanılması önerilir.

7. BÖLÜM

GEREC VE YÖNTEM

İkinci Aşama: İlköğretim öğrencilerine yönelik geliştirilen sigara kullanımını önleme programının etkinliğinin değerlendirilmesi

7.1 Araştırma Tipi

Çalışma ilköğretim öğrencilerine yönelik geliştirilen sigara kullanımını önleme programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla prospektif-yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

7.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Çalışma İzmir İli Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı orta-alt gelir düzeyine sahip ilköğretim okulları arasından rasgele seçilen Evrenesoğlu, Başöğretmen Atatürk, 80. Yıl ve İnönü İlköğretim okullarında gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda; orta ve düşük gelir düzeyinin sigara kullanımı için risk faktörü olduğu, ekonomik sıkıntıların yaşam streslerini arttırdığı ve etkili baş etme yöntemlerinin bu gruplarda yetersiz kalması nedeni ile sigara kullanımının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Abroms, 2005; Fergusson, 1995). Bu nedenle orta-alt gelir düzeyindeki okullar örnekleme seçilmiştir. Örnekleme alınan dört okulda toplam 485 dört ve beşinci sınıf öğrencisi öğrenim görmektedir. Okullar kendi aralarında rastgele dört ayrı girişim grubuna ayrılmıştır. Çalışma Kasım 2006-Haziran 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

7.3 Araştırma Örnekleme

De Jesus'un (2000) çalışması baz alınarak Tip II hata 0.20 ve 0.05 anlamlılık düzeyine göre (yarar algı puan ortalamaları 10.5 ve 7.14, zarar algı puan ortalamaları 27.5 ve 25.4 alınarak) yapılan güç analizinde örneklem sayısının her bir grup için en az 86 olması gerektiği saptanmıştır. Her okuldaki öğrenci sayısının çalışma için uygun olduğuna karar verilmiştir (Tablo 1).

Okullardaki öğrenci sayılarının yeterliliği belirlendikten sonra ebeveynlere çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme notu ve çocuklarının çalışmaya katılımına ilişkin izin formu gönderilmiş, ebeveynlerden katılım için izinler alınmıştır (Ek 8). Ebeveyn izinleri alındıktan sonra çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına

alınmıştır. Hem ebeveynlerden hem de çocuklardan araştırmaya katılmak istemeyen olmamış, 485 ilkokul dört ve beşinci sınıf öğrencisi ile ebeveynleri araştırma örneklemini oluşturmuştur. Öğrenciler rasgele dört ayrı gruba ayrılmıştır. Ebeveynler ise çocukları hangi girişim grubunda yer aldıysa o girişim programına yerleştirilmiştir.

Tablo 7: Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri

Grup	Yaş		F	p		
	n	$\bar{x} \pm ss$				
Girişimsiz Kontrol Grubu	134	10.4 \pm 0.6	2,022	.110		
Bilgi Temelli Girişim Grubu	114	10.3 \pm 0.8				
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	90	10.4 \pm 0.7				
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	147	10.5 \pm 0.8				
Grup	Cinsiyet				X ²	p
	Erkek		Kız			
Girişimsiz Kontrol Grubu	n	%	n	%	1.962	.580
Bilgi Temelli Girişim Grubu	62	46.3	72	53.7		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	58	50.8	56	49.2		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	46	51.1	44	48.9		
Girişimsiz Kontrol Grubu	79	53.8	68	46.2		
Grup	Sigara Deneme Durumu				X ²	p
	Deneyen		Denemeyen			
Girişimsiz Kontrol Grubu	n	%	n	%	5.071	.176
Bilgi Temelli Girişim Grubu	13	9.6	121	90.4		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	9	7.9	105	92.1		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	15	16.7	75	83.3		
Girişimsiz Kontrol Grubu	13	8.8	134	91.2		

Grup	Ebeveyn Sigara Kullanma Durumu				X ²	p
	Kullanan		Kullanmayan			
	n	%	n	%	4.476	.214
Girişimsiz Kontrol Grubu	71	53.0	63	47.0		
Bilgi Temelli Girişim Grubu	73	64.0	41	36.0		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	48	53.3	42	46.7		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	76	51.7	71	48.3		
Grup	Ebeveynlerin KDÖ Zarar Alt Boyutu Puanları				F	p
	n	x ± ss				
Girişimsiz Kontrol Grubu	134	36.4 ± 9.4			.965	.418
Bilgi Temelli Girişim Grubu	114	33.5 ± 14.3				
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	90	37.3 ± 15.9				
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	147	38.1 ± 10.5				
Grup	Ebeveynlerin KDÖ Yarar Alt Boyutu Puanları				F	p
	n	x ± ss				
Girişimsiz Kontrol Grubu	134	21.2 ± 10.7			.477	.700
Bilgi Temelli Girişim Grubu	114	24.3 ± 12.4				
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	90	23.5 ± 11.3				
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	147	17.7 ± 8.3				

Yapılan analizler sonucunda grupların yaş, cinsiyet, sigara deneme durumları, ebeveynlerin sigara kullanımı, ebeveyn Karar Denge Ölçeği yarar ve zarar alt boyutu puan ortalamaları açısından birbirlerinden farklı olmadığı, grupların homojen olduğu saptanmıştır (p>.05).

7.4 Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan izin alınmıştır.

Etik Kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapılabilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün olumlu görüşü ile Bakanlık Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ndan izinler alınmıştır.

Çocukların araştırmaya katılabilmeleri için ebeveynlerinden yazılı onam formu, çocuklardan sözel onamları alınmıştır.

İzlem çalışmaları için ise her yıl İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izinler alınmıştır.

7.5. Araştırmanın Değişkenleri

7.5.1 Bağımsız Değişken

Sigara kullanımını önleme programları çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

7.5.2. Bağımlı Değişken

Çocukların sigara kullanımını deneme durumları, çocuk ve ebeveyn Karar Denge ölçeği yarar ve zarar alt boyutları puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

7.6 Veri Toplama

7.6.1 Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, “Demografik Veri Toplama Formu”, “Ebeveyn Karar Denge Ölçeği” (20 madde) ve “Çocuk Karar Denge Ölçeği” (12 madde) kullanılarak toplanmıştır.

7.6.1.1 Demografik Veri Toplama Formu:

7.6.1.1.1 Ebeveyn Demografik Veri Toplama Formu (EK4)

Ebeveyn formu bireyin rumuzu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu ve sıklığını saptamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

7.6.1.1.2 Çocuk Demografik Veri Toplama Formu (EK5)

Çocuk formu ise çocuğun rumuzunu, okulunu, sınıfını, yaşını, cinsiyetini, anne-baba eğitim durumunu, ebeveynlerin ve kardeşlerin sigara kullanma durumunu, sigara deneme durumlarını içeren sorulardan oluşmaktadır.

7.6.1.2 Karar Denge Ölçeği (Decisional Balance Scale)(KDÖ)

7.6.1.2.1 Ebeveyn Karar Denge Ölçeği (EK6)

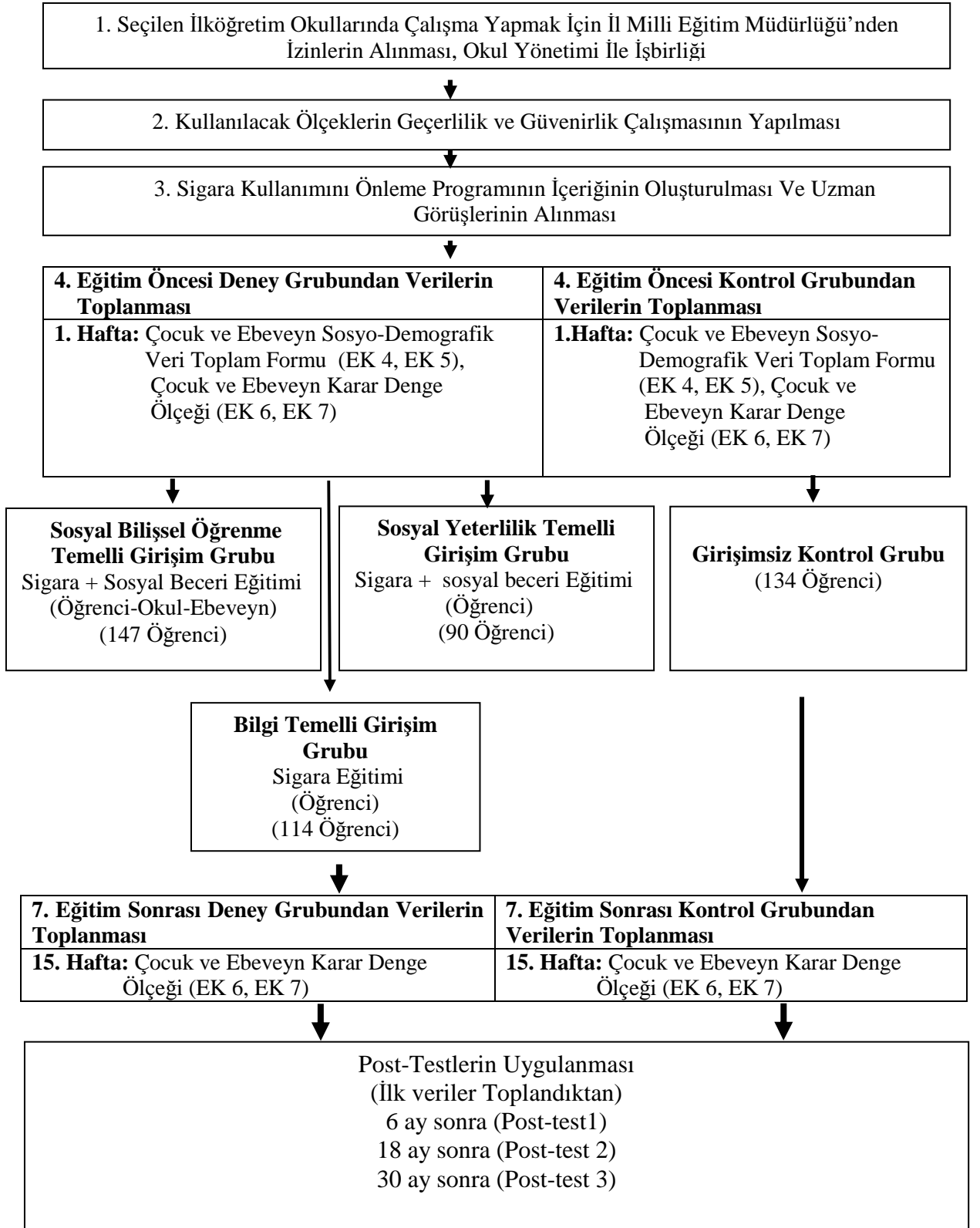
Orijinal KDÖ 1985 yılında Velicer, DiClemente, Prochaska ve Brandenburg (1985) tarafından ebeveynlerin sigaranın zararları ve yararları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla 24 madde olarak geliştirilmiştir. Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov ve Smith tarafından 1998 yılında ebeveyn KDÖ 20 maddeye indirilmiştir. Ebeveyn KDÖ, 10 maddelik yarar ve 10 maddelik zarar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekler 1 ile 5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında “Hiçbir zaman” cevabına Bir (1) puan, “Nadiren” cevabına iki (2) puan, “Arasına” cevabına üç (3) puan, “Sıklıkla” cevabına dört (4) puan ve “Daima” cevabına beş (5) puan verilmektedir. KDÖ’nun yarar ve zarar alt boyutu puan dağılımı 10-50 arasında değişmektedir. Velicer ve arkadaşları (1985) KDÖ zarar alt boyutunun Cronbach alfa değerini .88 ve yarar alt boyutunun alfa değerini .89 olarak saptamışlardır. Lafferty ve arkadaşları (1999) ise ölçeğin Cronbach alfa değerini .82 olarak belirlemişlerdir. Park ve arkadaşları (2003) ise zarar ve yarar alt boyutlarının alfa değerlerini sırasıyla .78 ve .84 olarak saptamışlardır. Ülkemizde KDÖ’nün geçerliliği ve güvenilirliği Bektaş ve Öztürk (2009) tarafından yapılmıştır. Ebeveyn ölçeğinin zarar alt boyutunun Cronbach alfa değerini .83 ve yarar alt boyutunun alfa değerini .86 olarak saptamışlardır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her alt ölçek kendi içinde puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden zarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması bireyin sigara içmenin zararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu, yarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması bireyin sigara içmenin yararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu göstermektedir.

7.6.1.2.2 Çocuk Karar Denge Ölçeği (EK7)

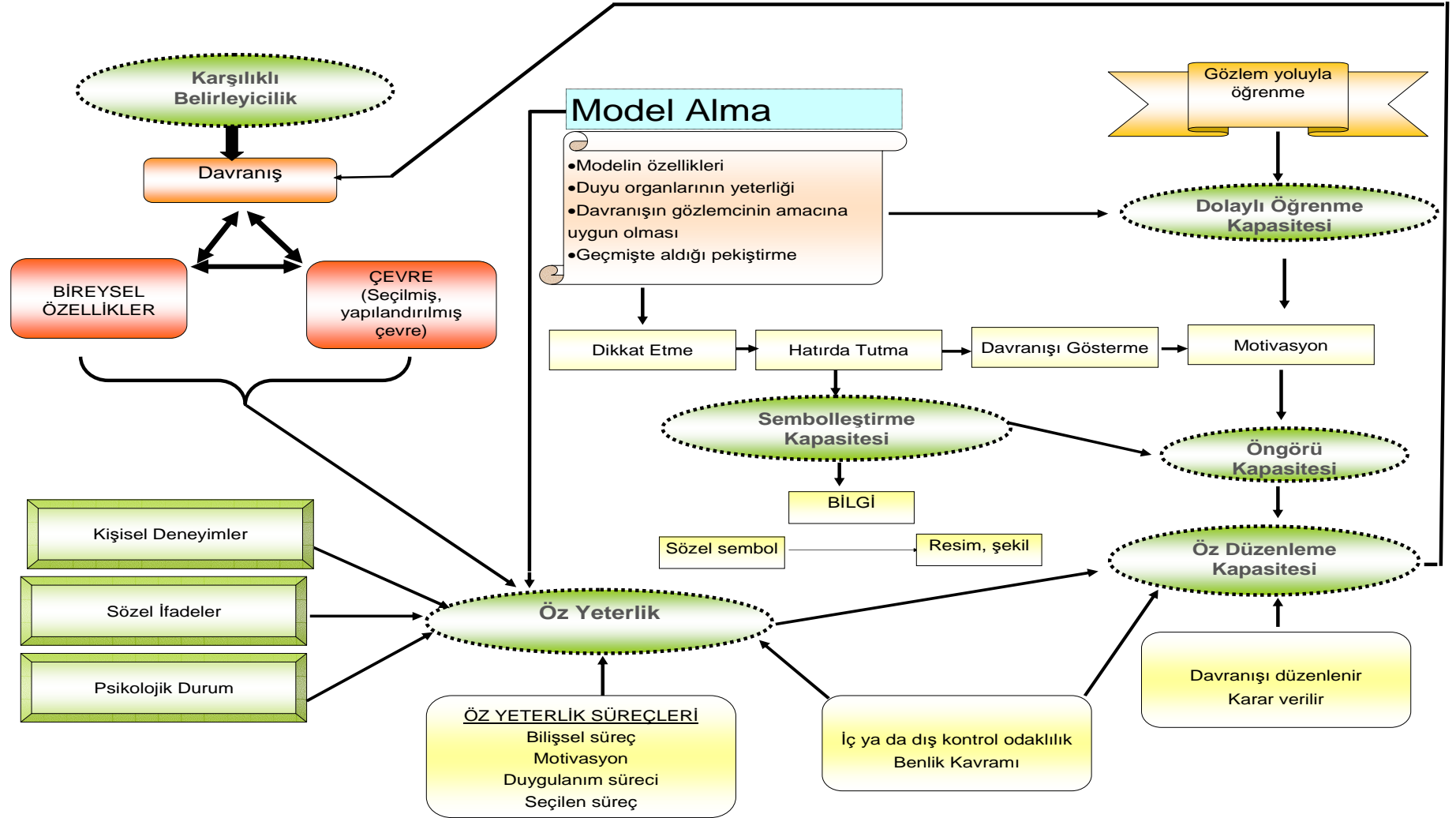
Orijinal KDÖ 1985 yılında Velicer, DiClemente, Prochaska ve Brandenburg (1985) tarafından ebeveynlerin sigaranın zararları ve yararları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla 24 madde olarak geliştirilmiştir. Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov ve Smith tarafından 1998 yılında ebeveyn ölçeği baş alınarak Çocuk KDÖ 12 madde olarak geliştirilmiştir. Çocuk KDÖ, sigaranın zararları ve yararları hakkında 12 durumu içeren altı maddelik yarar ve altı maddelik zarar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekler 1 ile 5 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında “Hayır” cevabına bir (1) puan, “Çok az” cevabına iki (2) puan, “Bazen” cevabına üç (3) puan, “Çoğunlukla” cevabına dört (4) puan ve “Evet” cevabına beş (5) puan verilmektedir. Çocuk KDÖ’nün zarar ve yarar alt

boyutu puan dağılımı 6-30 arasında değişmektedir. Velicer (1985) çocuk KDÖ zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .87 ve yarar alt ölçeği için .90 olarak saptamıştır. Chen ve arkadaşları zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .87 ve yarar alt ölçeği için .91 olarak bulmuşlardır. Plummer ve arkadaşları da (2001) zarar alt ölçeği için Cronbach alfa değerini .86, yarar alt ölçeği için .79 olarak saptamışlardır. Ülkemizde KDÖ'nün geçerliliği ve güvenilirliği Bektaş ve Öztürk (2009) tarafından yapılmıştır. Çocuk ölçeğinin Cronbach alfa değerini zarar alt boyutu için .78 ve yarar alt boyutu için .73 olarak saptamışlardır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her alt ölçek kendi içinde puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden zarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması çocuğun sigara içmenin zararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu, yarar alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olması çocuğun sigara içmenin yararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu göstermektedir.

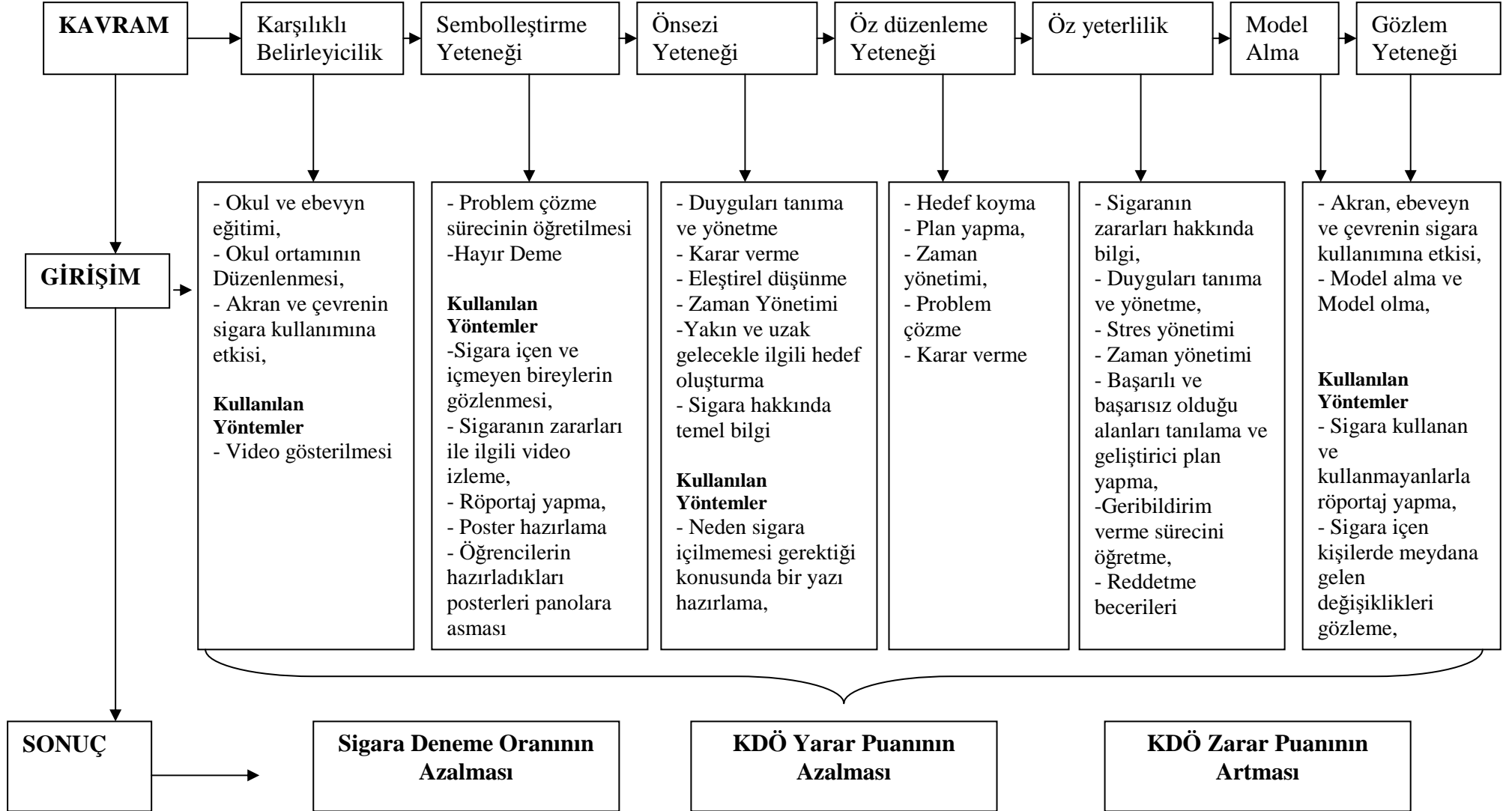
Sekil 3. Çalışma Akış Şeması



Şekil 4: Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi



Şekil 5: Çalışmanın Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisine Göre Yapılandırılması



7.8 Girişim Programının Hazırlanması ve Uygulanması

Dört ilköğretim okulu rasgele dört gruba ayrılmıştır. Girişim programları rasgele gruplara dağıtılmıştır.

Girişimsiz Kontrol Grubu: Bu gruba herhangi bir girişim uygulanmamış, normal Mili Eğitim Bakanlığı müfredat programı içerisinde yer alan sigara ile ilgili konular takip edilmiştir.

Bilgi Temelli Girişim Grubu: Sigara ve zararları hakkında eğitim verilmiştir. Eğitim içeriği aşağıda tabloda yer almaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Bilgi Temelli Girişim Program İçeriği

Sigara Hakkında Temel Bilgiler	I. ve II. Oturum	Normal dolaşım ve solunum sistemi, sigaranın kısa ve uzun dönem etkileri
	III. Oturum	Sağlık- hastalık, sigara ve hastalıklar arasındaki ilişki, bağımlılık ve sigara,
	IV. ve V. Oturum	Sigaranın toplum, aile, arkadaş ve okulla ilişkisi * Sosyal bir davranış olarak sigara içme * Sigaraya başlamada aile ve arkadaşların etkisi * Sigaraya başlamada benlik saygısı-kendine güven ilişkisi * Sigaraya başlamada ve içmede toplumun etkisi (rol model- reklamlar vb)

Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu: Bu gruptaki öğrencilere toplam 15 hafta boyunca haftada bir ders saati eğitim uygulanmıştır. Eğitim içerisinde duyguları tanıma, iletişim becerileri, Sigara hakkında temel bilgiler, reddetme/hayır deme becerileri, problem çözme/karar verme, stres yönetimi yer almaktadır. Eğitimin ayrıntılı içeriği tablo 9'de (sayfa 84'de) yer almaktadır.

Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu: Çocuklarda sigara kullanımını önleme programının kavramsal çerçevesi Sosyal Bilişsel Öğrenme teorisine dayalı olarak hazırlanmıştır (Şekil 4). Sosyal bilişsel öğrenme kuramının davranışın öğrenilmesinde etkili olduğunu savunduğu üçlü saç ayağı modeline göre girişim programının yapısı ve teorik çerçevesi belirlenmiştir. Bu model, davranışın değişiminde davranış, çevre ve bireysel özelliklerin karşılıklı belirleyiciliğini savunmaktadır (Bandura, 1989). Bu nedenle girişimler bu üç alana yönelik hazırlanmıştır.

Teorik çerçeve hazırlanarak girişim programı hakkında Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği öğretim üyelerinden görüş alınmıştır (Şekil 5). Üçlü sacayağı modelinden referansla girişim programının çocuğun çevresini oluşturan okuldaki diğer sınıflara ve ebeveynlere de uygulanmasına karar

verilmiştir. Sosyal Bilişsel Öğrenme teorisinin ilkelerine göre girişimler planlanmıştır. Bu girişimler;

Karşılıklı Belirleyicilik İlkesi: Çocuğun çevresini oluşturan okul ve aileye eğitimler planlanmıştır. Okul ortamında sigara kullanımına yönelik öğretmenler ve okul yönetimine bilgi verilmesi, duygu tanıma ve tepki verme oyunları girişim programının içerisinde yer almasına karar verilmiştir. Çocuklara arkadaşlarının sigara kullanma davranışlarının kendi davranışlarını nasıl etkilediğine yönelik video gösterilerek, ebeveynlerin ve arkadaşlarının sigara içme davranışının kendi davranışlarını nasıl etkilediğinin video üzerinden tartışılması sağlanmıştır.

Model Alma: Ebeveynlere davranışların sosyal öğrenme boyutu, akran baskısı ve sigara kullanımı denemede etkisi, kendi sigara içme davranışlarının, öğretmen, çizgi film kahramanları vb faktörlerin çocuklarının sigara kullanımını nasıl etkilediği, hem çocukların eğitimine hem de ebeveyn ve okul eğitimine yer verilmesi planlanmıştır. Model alma ve model olma kavramlarının tartışılmıştır.

Sembolleştirme Yeteneği: Sigara içen ve içmeyen kişilerin davranışlarını gözlemlemeleri, sigara kullanımına bağlı vücutta meydana gelen değişiklikleri izlemeleri, sigara kullanımının zararları ile ilgili poster hazırlamaları planlanan girişimlerdir. Sigaranın akciğer ve diğer sistemlere verdiği zararları gösteren videoların izletilmesi, sigara içen ve içmeyen bireylerle röportajların yapılması ve problem çözme sürecinin öğretilmesi girişimleri programı içinde yer almıştır. Okuldaki panolara sigaranın sistemler üzerine etkisini gösteren büyük boy posterler asılmıştır.

Gözlem Yeteneği: Sigara kullanan ve kullanmaya bireylerin gözlenmesi, bireylerle röportajların yapılması, sigara kullanan bireylerde ortaya çıkan fiziksel bozukluklar ve sağlık sorunlarının gözlenmesi girişim programının içeriğinde yer alması planlanmıştır. Sigaranın zararlar ile ilgili video izletilmiş, sınıf ortamında tartışılarak hem gözlem yetenekleri hem de dikkat süreçleri aktif hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Önsezi Yeteneği: Çocuklara duygularını tanıma, duygularının davranışlarını nasıl etkilediğinin farkına vardırılması, duygularını yönetme(öfke kontrolü, ben dili) belirlenen ilk girişimlerdir. Karar verme, eleştirel düşünme becerileri, zaman yönetimi, yakın ve uzak gelecekle ilgili hedefler oluşturma, “niçin sigara içmememiz gerekiyor” konusunda bir yazı hazırlama, çocuklara sigaranın zararları, kendini ve çevresini sigaradan koruma hakkında bilgi verme bu alan için planlanan diğer girişimlerdir.

Bireysel Düzenleme Yeteneği: Bu alan için hedef koyma, plan yapma, zaman yönetimi, problem çözme ve karar verme süreci belirlenen girişimlerdir.

Öz-yeterlilik: Sigaranın zararlarına yönelik çocukların bilgilendirilmesi, duygularını tanıma ve yönetme, stres ve zaman yönetimi, verimli ders çalışma ilkeleri, başarılı ve başarısız olduğu alanları tanılama, başarısız olduğu alanları geliştirecek planlar yapma, sigarasız bir çevre oluşturulması, hem araştırmacılar hem de öğretmenler tarafında sigarasız bir dünya-okulun yararlarının anlatılarak motivasyon sürecinin oluşturulması, ebeveynlerin çocuklarıyla sigara hakkında konuşmaya cesaretlendirilmesi bu alan için planlanan girişimlerdir. Diğer önemli girişim ise geri bildirim verme sürecinin öğretilmesidir.

Tüm alanlarda senaryo ve rol playler kullanılarak çocukların sürece aktif katılımları, sorunla yüz yüze kaldıklarında nasıl baş edeceklerini ya da geliştirmeleri gereken yönler gösterilmesi amaçlanmıştır. Diğer çocukların deneyimlerinden yararlanılarak farklı bakış açılarının önemi gruba fark ettirilmesi planlanmıştır.

Bu planlanan girişimlere yönelik olarak Tablo 9'daki teorik çerçeve oluşturulmuştur.

Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubundaki öğrencilere 15 hafta boyunca haftada bir ders saati eğitim uygulanmıştır. Eğitim içeriğinde duyguları tanıma, iletişim becerileri, Sigara hakkında temel bilgiler, reddetme/hayır deme becerileri, problem çözme/karar verme, stres yönetimi yer almaktadır. Eğitimin ayrıntılı içeriği tablo 9'da yer almaktadır. Bu gruptaki çocukların ebeveynlerine iki kez birer saatlik eğitim yapılmıştır. Eğitim içeriğinde sigara ve sağlık ilişkisi, sosyal beceri, sigara kullanımına karşı tutumlar yer almıştır (Tablo 10). Bu grubun içinde yer aldığı okulun altı, yedi ve sekizinci sınıf öğrencilerine iki kez bir ders saatlik eğitim yapılmıştır. Bu sınıflara toplamda 15 ders saatlik eğitim uygulanmıştır. Eğitim içeriğinde sigara-sağlık ilişkisi, akran ilişkileri ve sigara, sosyal beceriler ve sigara konuları yer almıştır. Eğitimin ayrıntılı içeriği tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 9. Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Eğitim İçeriği

Eğitim Blokları	Oturumlar	Konular
	Açılış Oturumu	Tanışma, sınıf kurallarının belirlenmesi, kurallara ilişkin kontratın imzalanması
İletişim Becerileri, Duyguları Tanılama ve Dinleme	I. Oturum	Sözlü-sözsüz iletişim, aktif dinleme, söz alma-konuşma
	II. Oturum	Duyguların tanılanması, empati yapma, bireysel farkındalık ile davranış arasındaki ilişki
Sigara Hakkında Temel Bilgiler	III. Oturum	Normal dolaşım ve solunum sistemi, sigaranın kısa ve uzun dönem etkileri
	IV. Oturum	Sağlık- hastalık, sigara ve hastalıklar arasındaki ilişki, bağımlılık ve sigara,
	V. Oturum	Sigaranın toplum, aile, arkadaş ve okulla ilişkisi * Sosyal bir davranış olarak sigara içme * Sigaraya başlamada aile ve arkadaşların etkisi * Sigaraya başlamada benlik saygısı-kendine güven ilişkisi * Sigaraya başlamada ve içmede toplumun etkisi (rol model- reklamlar vb)
Reddetme/ Hayır Deme Becerileri	VI. Oturum	Genel atılganlık becerileri, nasıl hayır diyeceğini öğrenme, sigaraya yönelik arkadaş baskısına direnebilme, pasif sigara içiciliğinden korunma ve koruma
	VII. Oturum	Genel atılganlık becerileri, nasıl hayır diyeceğini öğrenme, sigaraya yönelik arkadaş baskısına direnebilme, pasif sigara içiciliğinden korunma ve koruma
Problem Çözme / Karar Verme	VIII. Oturum	Problem analizi, rutin karar verme süreci, genel problem çözme stratejileri
	IX. Oturum	Problem analizi, rutin karar verme süreci, genel problem çözme stratejileri,
Stres yönetimi / stresle Başetme	X. Oturum	Stres ve anksiyete belirtilerinin öğrenilmesi, strese neden olan durumların tanımlanması, stres ve anksiyete ile baş etmede kullanılan bilişsel ve davranışsal yöntemlerin isimlerinin öğrenilmesi
	XI. Oturum	Öğrencilerin kendi kullandıkları baş etme yöntemlerini tanımlaması, kullanabilecekleri yöntemleri belirlemeleri
	XII. Oturum	Zaman yönetimi, ders çalışma ilkeleri, duygularını ifade etme

Tablo 10. Ebeveyn Eğitim İçeriği

Hafta ve Konu	Eğitim İçeriği
Hafta I: Tanışma, çalışma amaçları ve Sigara-Sağlık İlişkisi	Ebeveynlerle tanışma, programın amacının açıklanması, sigara, zararları, pasif sigara içiciliği ve sigara ile ilgili genel yanlış bilgiler
Hafta VI: Sosyal Beceriler ve Sigara Kullanımına Karşı Tutumlar	Sigara Kullanımı Önlemede Sosyal Becerilerin Önemi, Ebeveyn Tutumu Ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki, Ebeveyn Sosyal Becerisi Ve Çocukta Sosyal Beceri Gelişimine Katkısı

Tablo 11. Okul Eğitim İçeriği

Hafta ve Konu	Eğitim İçeriği
1.Sunum: Sigara-Sağlık İlişkisi	Sigara-sağlık ilişkisi, sosyal ve toplumsal etkileri
2. Sunum: Akran İlişkileri, Sosyal Beceriler ve Sigara	Akran ilişkilerinin önemi, sigara kullanımında etkisi, kişilerin sosyal becerileri ve sigara kullanımı arasındaki ilişki

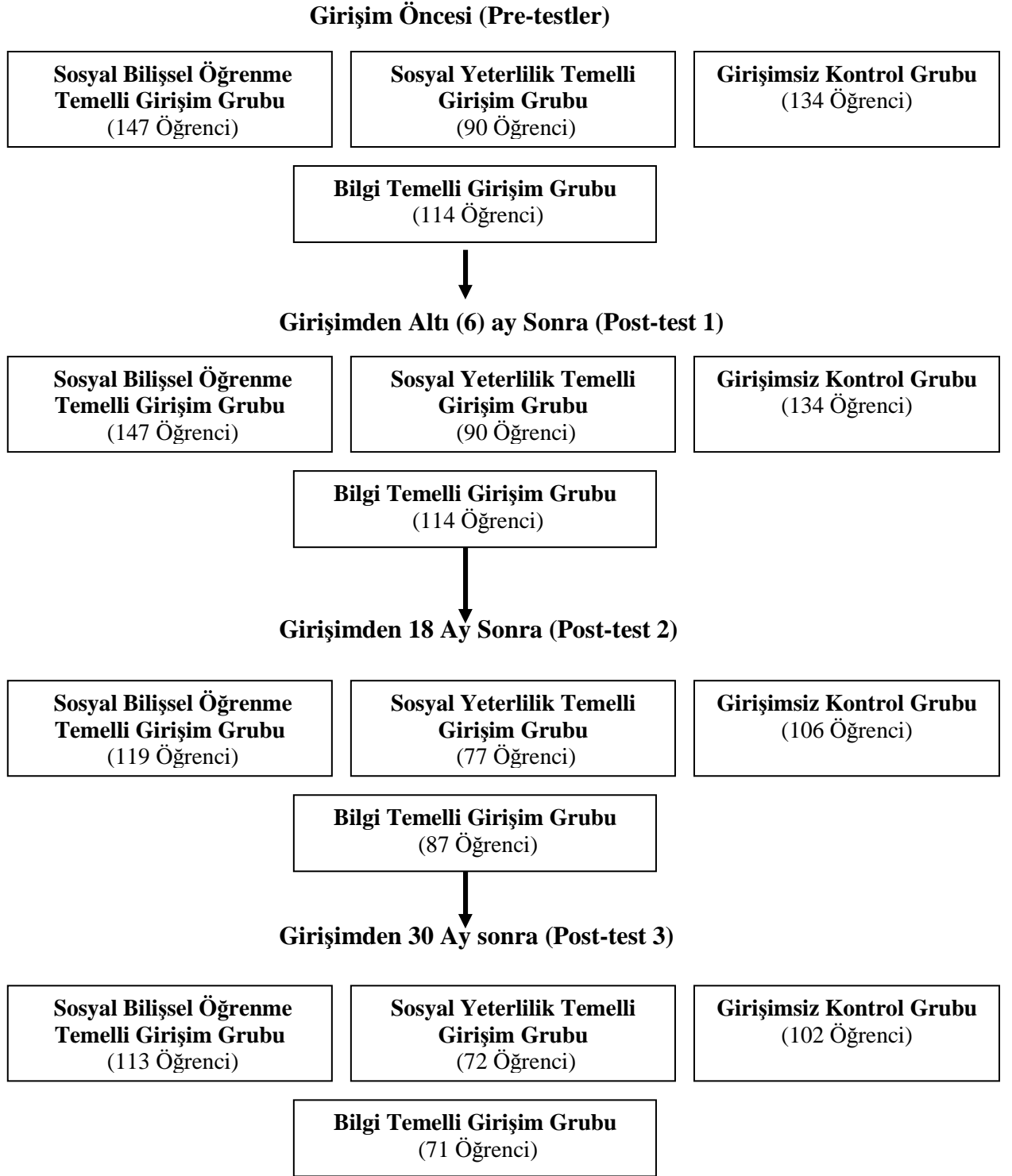
Araştırmacı oturum esnasında videolar, senaryolar, konuyla ilişkili drama ve oyunlar, bilgisayar ve barkovizyon kullanmıştır.

Deney gruplarına her izlemde, veri toplama sürecinden sonra her sınıfa bir kez bir ders saati hatırlatıcı eğitimler yapılmıştır.

7.9 Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2006- Haziran 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Öğrencilerden toplam dört kez veri toplanmıştır. İlk veriler Aralık 2006 tarihinde girişim programı başlatılmadan önce toplanmıştır. İkinci veriler Haziran 2007 tarihinde, üçüncü veriler Haziran 2008 tarihinde ve dördüncü veriler Haziran 2009 tarihinde toplanmıştır. Çalışmanın toplam izlem süresi 30 ay olarak belirlenmiştir.

Şekil 6: Veri Toplama Akış Şeması



Otuz aylık izlem sonucunda kaybedilen öğrenci sayısı 127 (% 26.1)'dir. Bu öğrencilerin ayrılarak başka okullara gitmeleri nedeni ile post-test izlemleri yapılamamış, Milli Eğitim Müdürlüğü'nün adresler alınarak öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Fakat

ebeveyn izni olmadan çocuğun gittiği okul ve adres hakkında bilgi verilmemesi nedeni ile bu öğrencilere ulaşılamamıştır.

7.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler istatistik paket programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada anlamlılık düzeyi (Tip I Hata) .05 olarak belirlenmiştir.

- Çocukların Karar Denge Ölçeği Yarar alt boyutu puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimine göre karşılaştırılmasında “tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi” kullanılmıştır.
- Çocukların Karar Denge Ölçeği Zarar alt boyutu puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimine göre karşılaştırılmasında “tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi” kullanılmıştır.
- Çocuk Karar Denge Ölçeği Yarar ve zarar alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın ileri analizinde, grupların puan ortalamalarının kendi içinde karşılaştırmak için “Bonferroni düzeltilmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi”, grupları birbiri ile karşılaştırmak için “tek yönlü varyans analizi” ve “Bonferroni düzeltilmeli t testi” kullanılmıştır.
- Çocukların girişim sonrası sigara deneme durumlarının gruplara göre karşılaştırılmasında “çok gözlü ki-kare testi” kullanılmıştır.
- Grupların kendi içinde girişim öncesi ve sonrası sigara deneme durumlarının karşılaştırılmasında “Mc Nemar testi” kullanılmıştır.
- Çalışmanın gücü “tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi” baz alınarak hesaplanmıştır.
- Çalışmanın etki büyüklüğü “tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi” baz alınarak hesaplanmıştır.

7.11 Çalışmanın Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü

Bu çalışmada testin gücü ve etki büyüklüğü; KDÖ yarar ve zarar alt boyutu puan ortalamalarına göre alfa güvenilirlik düzeyi % 95, n: 358, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi baz alınarak hesaplanmıştır. Hesaplanan güç ve etki büyüklükleri Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. KDÖ Yarar ve Zarar Alt Boyutları Puan Ortalamaları Baz Alınarak Hesaplanan Çalışma Gücü ve Etki Büyüklüğü

	KDÖ Yarar Alt Boyutu		KDÖ Zarar Alt Boyutu	
	Gücü	Etki Büyüklüğü	Gücü	Etki Büyüklüğü
Zaman	.97	.44	.99	.43
Grup	.96	.61	.99	.46
Grup *Zaman	.95	.35	.98	.45

Güç, belirli bir örneklem büyüklüğü ile çalışıldığında, belirli bir etkinin yaratacağı gerçek değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunma ihtimalidir. Kısaca güç sıfır hipotezini reddetme ihtimalidir. Genel olarak çalışmalarda % 80 güç yeterli olarak kabul edilir (Aksakoğlu, 2006; Akgül, 2005). Çalışmamızda KDÖ Yarar alt boyutu için çalışmanın zamana göre gücü .97, gruba göre .96 ve grup*zamana göre .95’dir. Zarar alt boyutu için ise çalışmanın zamana göre gücü .99, gruba göre .99 ve grup*zamana göre ise gücü .98’dir. Hem yarar hem de zarar alt boyutunda tüm güç değerleri .80’in üzerinde olup, çalışmanın gücü yeterli olarak belirlenmiştir (Tablo 12).

Etki büyüklüğü ise gruplar arasındaki fark veya ilişkinin gücünü gösterir. Etki büyüklüğünün mümkün olduğunca 1’e yakın olması istenir. İkili ortalamaların karşılaştırılmasında 0.2 küçük, 0.5 orta ve 0.8 büyük etki büyüklüğü olarak kabul edilir. İki den fazla ortalamaların karşılaştırılmasında ise (Varyans analizlerinde) 0.1 küçük, 0.3 Orta ve 0.5 büyük etki büyüklüğü olarak kabul edilir (Aksakoğlu, 2006; Akgül, 2005). Çalışmamızda yarar alt boyutu için çalışmanın zamana göre etki büyüklüğü .44, gruba göre .61 ve grup*zamana göre etki büyüklüğü .35’dir. Zarar alt boyutu için ise çalışmanın zamana göre etki büyüklüğü .43, gruba göre .46 ve grup*zamana göre .45’dir (Tablo 12). Yarar alt boyutunda çalışmanın etki büyüklüğü zaman ve grup*zaman’a göre orta, gruba göre büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır. Zarar alt boyutunda ise tüm etki büyüklüklerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak çalışmanın yeterli gücü ve etki büyüklüğü olduğu kararına varılmıştır.

7.12 Çalışmanın Sınırlılıkları

Ebeveyn izni olmadan çocuğun gittiği okul ve adres hakkında bilgi verilmemesi nedeni ile post-testlerde 127 öğrenciye ulaşılamaması, yapılan eğitimlere tüm ebeveynlerin katılmaması, bazı ebeveynlerin sadece bir eğitime gelip diğer eğitime gelmemesi bu çalışmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiştir.

8. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde girişim programlarının çocukların KDÖ puan ortalamalarına ve sigara deneme durumuna etkisi tartışılmıştır.

8.1 Girişim Programlarının Çocukların Karar Denge Ölçeği Yarar / Zarar Algısına Ve Sigara Deneme Durumlarına Etkisi

Tablo 13. Çocuk Karar Denge Ölçeği Yarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=358)

Gruplar	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	F	p
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Girişimsiz Kontrol Grubu	8.8 ± 4.3	8.4 ± 4.4	9.1 ± 5.4	9.1 ± 3.3		
Bilgi Temelli Girişim Grubu	9.4 ± 4.4	9.3 ± 4.1	9.3 ± 4.7	9.5 ± 4.8		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	8.3 ± 5.7	6.9 ± 1.7	6.7 ± 2.4	7.3 ± 4.3		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	9.3 ± 4.2	7.9 ± 2.5	7.7 ± 3.4	6.7 ± 2.4		
				Grup	7.250	.000
				Zaman	3.431	.018
				Grup*Zaman	1.968	.040

Grupların yarar alt boyutu puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F= 7.250, p= .000), zaman (F= 3.431, p= .018) ve grup*zaman (F= 1.968, p= .040) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (Tablo 13). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli tek yönlü anova ve Post-Hoc analiz için ise Tukey-HSD testi kullanılmıştır. Grupların kendi içinde puan ortalamalarındaki değişimi karşılaştırmak için tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Çocuk Karar Denge Ölçeği Yarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=358)

Gruplar	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	F	p
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Girişimsiz Kontrol Grubu	8.8 ± 4.3	8.4 ± 4.4	9.1 ± 5.4	9.1 ± 3.3	.037	.964
Bilgi Temelli Girişim Grubu	9.4 ± 4.4	9.3 ± 4.1	9.3 ± 4.7	9.5 ± 4.8	.044	.957
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	8.3 ± 5.7	6.9 ± 1.7	6.7 ± 2.4	7.3 ± 4.3	1.642	.189
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	9.3 ± 4.2	7.9 ± 2.5	7.7 ± 3.4	6.7 ± 2.4	9.635	.000
F	.194	4.390	4.121	7.158		
p	.901	.005	.007	.000		

Analiz sonucunda grupların pre-test KDÖ yarar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F= .194, p= .901). Grupların Post-test 1 (F= 4.390, p= .005), post-test 2 (F= 4.121, p= .007) ve post-test 3 (F= 7.158, p= .000) puan ortalamaları arasında uygulanan yöntem açısından anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey-HSD testi kullanılmıştır. Test sonucunda post-test 1’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu (p=.004) arasında, post-test 2’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu (p=.024) ve Bilgi Temelli girişim grubu ile Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu (p=.018), post-test 3’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubu (p=.003) ve Bilgi temelli girişim grubu ile Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubu (p=.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir.

Zamana göre ölçümler arasında farkın olup olmadığı, varsa hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bofferoni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Karşılaştırmada 6 çift karşılaştırma yer aldığından yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi (p= .05) altıya bölünür. Yeni anlamlılık düzeyi .05/ 6= .0083’dür. Yapılan analiz sonucunda sadece pre-test ile post-test 1 (t= 4.424, p= .000) arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Pre-test ile post-test 2 (t= 2.496, p= .013),

pre-test ile post-test 3 ($t= 2.304, p= .022$), post-test 1 ile post-test 2 ($t= .149, p= .882$), post-test 1 ile post-test 3 ($t= .263, p= .793$) ve post-test 2 ile post-test 3 ($t= 701, p= .484$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak sadece eğitim öncesi ve eğitim sonrası ilk ölçüm arasında anlamlı farkın olduğu saptanmıştır.

Grupların kendi içinde puan ortalamalarının farklı olup olmadığı ise tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda sadece sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($F=9.635, p= .000$, Tablo 14). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde 6 çift karşılaştırma yer aldığından yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi ($p= .05$) altıya bölünür. Yeni anlamlılık düzeyi $.05/ 6= .0083$ 'dür. Test sonucunda pre-test ile post-test 1 ($t= 4.181, p= .000$) arasında, pre-test ile post-test 2 ($t= 3.606, p= .000$), pre-test ile post-test 3 ($t= 4.783, p= .000$), post-test 1 ile post-test 3 ($t= 3.184, p= .002$) ve post-test 2 ile post-test 3 ($t= 2.959, p= .004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. Sadece post-test 1 ile post-test 2 ($t= .734, p= .464$) arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak post-test 3 puan ortalamasının anlamlı şekilde diğer ölçümlerden düşük olduğu görülmüştür. Girişim programı çocuklarda sigara kullanımına yönelik oluşan yarar algılarını anlamlı şekilde azaltmıştır.

Diğer önerilen yöntem ise girişim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının farklarının karşılaştırılmasıdır. Girişimsiz kontrol grubunun puan ortalamasının farkı 0.3, Bilgi temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 0.1, Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 1.0 ve Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 2.6 olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F= 4.541, p= .004$). Yapılan ileri analizde farkın sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo15. Çocuk Karar Denge Ölçeği Zarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=358)

Gruplar	Pre-test X±SS	Post-test 1 X±SS	Post-test 2 X±SS	Post-test 3 X±SS	F	p
Girişimsiz Kontrol Grubu	27.1 ± 4.3	27.2 ± 4.4	26.9 ± 6.2	27.5 ± 5.5		
Bilgi Temelli Girişim Grubu	27.2 ± 5.7	27.3 ± 5.2	27.9 ± 4.9	27.1 ± 5.4		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	28.5 ± 2.9	28.6 ± 2.9	29.6 ± 1.7	29.2 ± 3.7		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	27.4 ± 4.1	27.9 ± 2.9	28.8 ± 3.1	29.6 ± 1.8		
				Grup	5.657	.001
				Zaman	2.519	.058
				Grup*Zaman	1.923	.046

Grupların zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F= 5.657, p= .001) ve grup*zaman (F= 1.923, p= .046) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (Tablo 15). Zaman faktörüne göre ise fark saptanamamıştır (F=2.519, p= .058). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli tek yönlü anova ve Post-Hoc analiz için ise Tukey-HSD testi kullanılmıştır. Grupların kendi içinde puan ortalamalarındaki değişimi karşılaştırmak için tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır (Tablo 16).

Tablo16. Çocuk Karar Denge Ölçeği Zarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=358)

Gruplar	Pre-test X±SS	Post-test 1 X±SS	Post-test 2 X±SS	Post-test 3 X±SS	F	p
Girişimsiz Kontrol Grubu	27.1 ± 4.3	27.2 ± 4.4	26.9 ± 6.2	27.5 ± 5.5	.094	.911
Bilgi Temelli Girişim Grubu	27.2 ± 5.7	27.3 ± 5.2	27.9 ± 4.9	27.1 ± 5.4	1.317	.275
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	28.5 ± 2.9	28.6 ± 2.9	29.6 ± 1.7	29.2 ± 3.7	3.482	.088
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	27.4 ± 4.1	27.9 ± 2.9	28.8 ± 3.1	29.6 ± 1.8	9.713	.000
F	2.323	3.036	3.427	6.101		
p	.074	.029	.017	.000		

Analiz sonucunda grupların pre-test KDÖ zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F= 2.323, p= .074). Grupların Post-test 1 (F= 3.036, p= .029), post-test 2 (F= 3.247, p= .017) ve post-test 3 (F= 6.101, p= .000) puan ortalamaları arasında uygulanan yöntem açısından anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey-HSD testi kullanılmıştır. Test sonucunda post-test 1’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu (p=.034) arasında, post-test 2’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu (p=.012), post-test 3’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu (p=.011), Bilgi temelli girişim grubu ile Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu (p=.003) ve Bilgi temelli girişim grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu (p=.030) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Tüm ölçümlerde Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu ve Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu puan ortalamalarının anlamlı şekilde diğer gruplardan yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16). Girişim programları bu iki grupta sigaraya yönelik zarar algılarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttırmıştır.

Grupların kendi içinde puan ortalamalarının farklı olup olmadığı ise tekrarlı

ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda sadece Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($F=9.713$, $p= .000$, Tablo 16).

Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde altı çift karşılaştırma yer aldığından yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi ($p= .05$) altıya bölünmüştür. Yeni anlamlılık düzeyi $.05/ 6= .0083$ 'dür. Test sonucunda pre-test ile post-test 2 ($t= 3.011$, $p= .003$), pre-test ile post-test 3 ($t= 4.399$, $p= .000$), post-test 1 ile post-test 3 ($t= 4.004$, $p= .000$) ve post-test 2 ile post-test 3 ($t= 2.783$, $p= .006$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. Sadece pre-test ile post-test 1 ($t= 2.588$, $p= .011$) ve post-test 1 ile post-test 2 ($t= 2.049$, $p= .043$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak post-test 3 puan ortalamasının anlamlı şekilde diğer ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Girişim programının çocukların sigaraya yönelik zarar algılarını arttırmada etkili olduğu görülmüştür.

Diğer önerilen yöntem ise girişim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının farklarının karşılaştırılmasıdır. Girişimsiz kontrol grubunun puan ortalamasının farkı 0.4, Bilgi temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 0.1, Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 0.7 ve Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun puan ortalamalarının farkı 2.2 olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

8.2 Girişim Programlarının Çocukların Sigara Kullanımını Deneme Durumuna Etkisi

Tablo 17. Girişim Programları Sonrası Çocukların Sigara Kullanımını Deneme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Grup	Sigara Deneme Durumu				X ²	p
	Deneyen		Denemeyen			
	N	%	N	%	16.629	.001
Girişimsiz Kontrol Grubu	35	34.3	67	65.7		
Bilgi Temelli Girişim Grubu	25	35.2	46	64.8		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubu	17	23.6	55	76.4		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubu	15	13.3	98	86.7		

Girişim programları sonrası grupların sigara kullanımını deneme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($X^2= 16.629$ $p= .001$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın Girişimsiz kontrol grubu ve Bilgi temelli girişim grubundan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 18. Grupların Kendi İçinde Girişim Öncesi Ve Sonrası Sigara Kullanımı Deneme Durumu Açısından Karşılaştırılması

Girişimsiz Kontrol Grubunun Sigara Deneme Durumu								
Girişim Öncesi	Girişim Sonrası							
	Deneyen		Denemeyen		Toplam		X^2_{Mn}	p
n	%	n	%	n	%			
Deneyen	13	12.7	-	-	13	12.7	28.521	.000
Denemeyen	22	21.6	67	65.7	89	87.3		
Toplam	35	34.3	67	65.7	102	100.0		
Bilgi Temelli Girişim Grubunun Sigara Deneme Durumu								
Girişim Öncesi	Girişim Sonrası							
	Deneyen		Denemeyen		Toplam		X^2_{Mn}	p
n	%	n	%	n	%			
Deneyen	9	12.7	-	-	9	12.7	33.620	.000
Denemeyen	16	22.6	46	64.7	62	87.3		
Toplam	25	35.3	46	64.7	71	100.0		
Sosyal Yeterlilik Temelli Girişim Grubunun Sigara Deneme Durumu								
Girişim Öncesi	Girişim Sonrası							
	Deneyen		Denemeyen		Toplam		X^2_{Mn}	p
n	%	n	%	n	%			
Deneyen	13	18.1	-	-	13	18.1	3.896	.375
Denemeyen	4	5.6	55	76.3	69	81.9		
Toplam	17	23.7	55	76.3	71	100.0		
Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli Girişim Grubunun Sigara Deneme Durumu								
Girişim Öncesi	Girişim Sonrası							
	Deneyen		Denemeyen		Toplam		X^2_{Mn}	p
n	%	n	%	n	%			
Deneyen	13	11.5	-	-	13	11.5	4.356	.302
Denemeyen	2	1.8	98	86.7	100	88.5		
Toplam	15	13.3	98	86.7	113	100.0		

Grupların girişim öncesi ve sonrası kendi içinde sigara kullanım durumu açısından karşılaştırılmasında girişimsiz kontrol grubunda girişim öncesi 13 çocuk sigara kullanımını denerken girişim sonrası 22 öğrencinin ilk defa sigara kullanımını denediği belirlenmiştir. Otuz aylık izlem sonucunda girişimsiz kontrol grubunda sigara deneyen öğrenci sayısının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($X^2_{Mn}=28.521$, $p=.000$). Bilgi temelli girişim grubunda ise girişim öncesi dokuz öğrenci sigara kullanımını denemiş iken girişim sonrası 16 çocuk ilk defa sigara kullanımını denemiştir. Otuz aylık izlem

sonucunda bilgi temelli girişim grubunda sigara deneyen öğrenci sayısının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($X^2_{Mn} = 33.620$, $p = .000$). Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunda ise girişim sonrası sadece dört yeni öğrencinin sigara kullanımını denediği, girişim öncesi ve sonrası sigara kullanımını deneme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($X^2_{Mn} = 3.896$, $p = .375$). Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubunda ise girişim sonrası sadece iki çocuğun sigara kullanımını denediği, girişim öncesi ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($X^2_{Mn} = 4.356$, $p = .302$).

9. BÖLÜM

TARTIŞMA

9.1 Girişim Programlarının Çocukların Karar Denge Ölçeği Yarar / Zarar Algısına Ve Sigara Deneme Durumlarına Etkisi

Yapılan çalışmalar çocukların yaşlarının, cinsiyetlerinin, daha önce sigara deneme durumlarının, ebeveynlerinin sigara kullanma durumlarının, sigaraya karşı tutumlarının, sigara yarar/ zarar algılarının çocukların sigaraya yönelik algılarını ve sigara deneme durumlarını etkilediğini göstermektedir (De Jesus, 2000; Thomas ve Perera, 2009; Mcghee, 1998; Gangle, 2000; Kellam ve ark., 1998; Storr ve ark., 2002). Grupta yer alan çocukların sigara deneme, yaş, cinsiyet, ebeveyn sigara içme durumu, ebeveyn sigara yarar ve zarar algıları açısından biri birine benzediği, grupların homojen olduğu ($p > .05$) belirlenmiştir (Tablo 7). Bu nedenle bu çalışmada çocukların sigaraya yönelik algılarını ve deneme durumlarını etkileyebilecek bu faktörlerin kontrol altına alınabildiği söylenebilir.

9.1.1 Çocukların KDÖ Yarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Dört farklı zamanda değerlendirilen grupların yarar alt boyutu puan ortalamalarında grup ($F= 7.250$, $p= .000$), zaman ($F= 3.431$, $p= .018$) ve grup*zaman ($F= 1.968$, $p= .040$) etkileşimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (Tablo 13).

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan analizde farkın post-test 1’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu ($p=.004$) arasında, post-test 2’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu ($p=.024$) ve Bilgi temelli girişim grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu ($p=.018$), post-test 3’de Girişimsiz kontrol grubu ile Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu ($p=.003$) ve Bilgi temelli girişim grubu ile Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundan ($p=.001$) kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 14).

Yine Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu ile Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu puan ortalamaları arasında uzun dönemde bir farklılık olmadığı görülmektedir. Grupların dört farklı zamanda ölçülen puanlarının kendi içinde değerlendirilmesinde sadece Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır ($F=9.635$, $p= .000$). İleri analiz sonucunda Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundaki post-test 3 puan ortalamasının anlamlı şekilde diğer ölçümlerden düşük

olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun yarar algısının kısa dönemde diğer grupların algılarından farklı olmamasına rağmen, uzun dönemde anlamlı şekilde düşük olduğunu göstermiştir.

Reddy ve arkadaşları da (2002) okul ve okul+aile temelli girişim programlarının çocukların sigara kullanımına ve tutumlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında kontrol grubuna göre bu iki grubun bilgi ve tutum puan ortalamalarının anlamlı şekilde farklı olduğunu, ancak kendi aralarında ise hem sigara deneme ve kullanma hem de tutum puan ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmadığını belirlemişlerdir.

Longlios ve arkadaşlarının (1999) Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisini baz alarak oluşturdukları girişim programının çocukların sigarayı reddetmeye yönelik olumlu ve olumsuz görüşleri ile sigara kullanma durumlarına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, girişim sonrası deney grubunda reddetmeye yönelik öz yeterlilik düzeyinde bir yükselme ve sigara kullanımına yönelik olumlu algılarda bir azalma olduğunu saptamışlardır.

Flynn ve arkadaşlarının (1992) ise iki bölgedeki ilköğretim okullarını eşleştirerek yaptıkları çalışmalarında bir bölgedeki okullara medya destekli sigara kullanımı önleme programını, ikinci bölgedeki okullara aynı programın sadece sigara kullanımını önleme boyutunu uygulamışlardır. Dört yıllık izlem sonunda medya destekli sigara kullanımı önleme programı uygulanan grubun sigara kullanımı oranı, sadece sigara kullanımı önleme programı alan gruba göre düşük bulunmuştur. Grupların sigara yarar ve zarar algı puanları arasında anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır.

Tennent (1991) sigara kullanımını önleme programının çocukların sigaraya yönelik tutumlarına ve bilgi düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında, girişim sonrası deney grubundaki öğrencilerin bilgi puan ortalamalarını kontrol grubundan daha yüksek bulmuştur. Deney grubundaki çocukların sigara kullanımına yönelik olumlu algılarında kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüşün olduğu saptanmıştır.

Thomas ve arkadaşları (2009) ise sigara kullanımı önleme programlarını değerlendirdikleri sistematik incelemelerinde çok boyutlu programların diğer programlara göre bazı çalışmalarda daha etkili bazı çalışmalarda ise etkisinin sınırlı ya da olmadığını saptarken, etkilerini göstermek için daha çok kanıtı ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır.

Torre ve arkadaşları (2005) ise yaptıkları sistematik incelemede okul ve toplum temelli programların sigara kullanımını azaltmada daha etkili olduğunu, ancak bu çok boyutlu programlarının etkinliği ile ilgili sınırlı kanıtın bulunduğunu belirtmişlerdir. McGahee (1998)

ise çalışmasında farklı girişimlerin çocukların sigaraya karşı tutumları, algıları ve reddetme becerilerine etkisini değerlendirmiş, çalışma sonucunda grupların tutum puanları arasında fark saptanırken, çocukları sigaraya yönelik algı ve reddetme becerilerinde anlamlı bir fark belirlenememiştir.

Filiz (2007) çalışmasında akran eğitimcileri kullanarak yaptığı sigara kullanımı önleme programında, deney grubu bilgi puan ortalamalarının girişimsiz kontrol grubuna göre kısa dönemde anlamlı olarak yüksek saptarken, girişimden bir yıl sonra deney ve kontrol grubu bilgi, tutum ve sigara kullanım oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Mevcut çalışma sonuçları çok boyutlu programların bir kısmının etkili bir kısmının ise uzun dönemde etkisiz olduğunu göstermektedir.

Çalışma bulgularımız ise uzun dönemde çok boyutlu program uygulanan Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundaki çocukların KDÖ yarar puan ortalamalarının diğer üç gruba göre daha düşük olduğunu göstermiştir (Tablo 13, 14). Yarar algı puanının düşük olması bu gruptaki öğrencilerin sigarayı daha az yararlı olarak algıladıklarını göstermektedir. Bunun nedeni olarakta yapılan girişimlerin bireye, çevreye ve davranışa odaklı, yani Bandura'nın (1989) üçlü sacayağı modeline yönelik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu model baz alınarak geliştirilen Sosyal Bilisel öğrenme temelli girişim programı içinde yer alan problem çözme, karar verme ve seçim yapma becerileri çocukların otonomisini ve iç kontrol odağını geliştirmektedir. Diğer bireylerin duygularını tanıma ve baş etmesine yardımcı olma yoluyla çocuk kendi baş etme stratejilerinin farkına varmakta, kendi duygularını tanımaktadır. Bu yolla çocuk empati yapma becerisini kazanmakta ve benlik saygısını arttırmaktadır. Bu girişimlerin çocukların sigaraya yönelik yarar algılarının azaltılmasında önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu süreçte çocuk davranışlarının arkadaşlarının davranışlarını nasıl etkilediğini ve onların davranışlarından nasıl etkilendiğinin farkına vararak kendi davranışlarını şekillendirmektedir.

Yine bu çalışmada model alma ve model olma kavramları, çevrenin davranışlar üzerinde nasıl etkili olduğu, reklamlar gibi faktörlerin davranışlar üzerindeki sosyal etkilerin tartışılması hem çocuğun farkındalığını arttırmakta hem de benlik kavramı gelişimini olumlu etkilemektedir. Çalışmamızdaki bu girişimler çocukta öz yeterliliği ve kendini kontrol etme becerisini arttırmakta böylece çocukların sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarını daha az sergilediğini ortaya koymaktadır. Bandura (1997) olumlu bir benlik algısına sahip, iç

kontrol odağı gelişmiş ve özyeterliliği yüksek olan çocukların olumsuz sağlık davranışlarını daha az sergilediklerini vurgulamaktadır. Çalışma sonuçlarımız bu boyutları ile hem Sosyal Bilişsel Öğrenme kuramının ilkelerini desteklemekte hem de literatürle uyumluluk göstermektedir.

Ayrıca Bandura (1989) davranışların çevresel faktörlerden etkilendiğini, sağlıklı bir davranışın ortaya çıkmasında ya da çıkmamasında bireysel özelliklerin, davranışın ve çevrenin sürekli etkileşimde olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla oluşturulacak olumlu bir çevrenin olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesini kolaylaştıracağını belirtmektedir. Bu çalışmada da özellikle Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunda hem aile eğitimlerine yer verilmesi, hem okul eğitimlerinin yapılması hem de sigarasız bir okul ortamına yönelik düzenlemelerin yapılması çocukların sigara yarar algılarının diğer üç grubun yarar algılarından daha düşük bulunmasını sağladığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar programlara ebeveynlerin aktif katılımının çocukların sigara deneme oranını düşürmede etkili bir faktör olduğunu, bu aktivitelere katılan ebeveynlerin çocuklarının sigara deneme oranının ve yarar algılarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar akran ve ebeveynlerin girişim programlarına katılımıyla oluşturulan okul ve ev ortamındaki yapılandırılmış bir çevrenin çocukların sigara deneme oranını ve sigaraya yönelik yarar algılarını da azalttığını vurgulamaktadır. Ayrıca tek boyutlu ya da sadece bir alana odaklanan çalışmaların etkisinin kısa olduğunu, bu programların uzun dönemde çocukların sigaraya yönelik olumlu algı ve tutumlarını değiştirme de yetersiz kaldığını göstermektedir (Filiz, 2007; Thomas ve Perera, 2009; Mcghee, 1998; Gangley, 2000; Kellam ve ark., 1998; Storr ve ark., 2002; Biglan ve ark., 2001; Filiz, 2007; Gökgöz, 2004; Sarı ve ark., 2005).

Yapılan sistematik incelemeler (Thomas, 2004; Thomas ve Perera, 2009; Torre ve ark., 2005; Sussman, 2005) Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programlarının etkinliğinin gösterilmesinde daha fazla kanıt ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmamız bu boyutuyla Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programlarının etkin olduğuna dair literatüre katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmada zamana göre Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubu yarar puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarakta “tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans” analiz tekniğinin olduğu düşünülmüştür. Çünkü bu analiz zamanı değerlendirirken grubu, grubu değerlendirirken zamanı analiz dışı bırakmaktadır (Akgül 2005). Ayrıca test her bir ölçümü ayrı ayrı değil, dört

ölçümün ortalamasını alarak analiz yapmaktadır. Dolayısıyla grupların kendi içindeki değişim analize yansıyamamaktadır. Bu da iki grup arasında farkın çıkmamasına yol açmış olabilir. Buna kanıt olarakda Bonferroni düzeltmeli tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile grupların kendi içinde değerlendirilmesinde Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunda zamana göre anlamlı farklılık bulunurken, Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunda anlamlı bir farkın olmaması gösterilebilir (Tablo 14).

Bulgularımız “H₁: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli girişim grubu, Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu, Bilgi Temelli girişim grubu ve Girişimsiz Kontrol grubu arasında fark vardır”, “H₂: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden eğitimden altı, on sekiz ve otuzuncu aylar arasında fark vardır”, “H₃: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır” hipotezlerini desteklemektedir. Sadece “H₄: Her grubun yarar puan ortalamaları arasında zamana (altı, onsekiz ve otuzuncu aylar) göre fark vardır” hipotezi kısmen desteklenmiştir.

9.1.2. Çocukların KDÖ Zarar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Grupların zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F= 5.657, p= .001) ve grup*zaman (F= 1.923, p= .046) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Zaman faktörüne göre ise fark saptanamamıştır (F= 2.519, p= .058, Tablo 15). Grup Farklılığının nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analizde, grupların pre-test zarar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F= 2.323, p= .074). Grupların Post-test 1 (F= 3.036, p= .029), post-test 2 (F= 3.247, p= .017) ve post-test 3 (F= 6.101, p= .000) puan ortalamaları arasında uygulanan yöntem açısından anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır.

Tüm ölçümlerde Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun ve Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunun puan ortalamalarının anlamlı şekilde diğer gruplardan yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16).

Grupların kendi içinde puan ortalamalarının farklı olup olmadığı ise tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda sadece Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın

olduğu görülmüştür ($F=9.713$, $p= .000$, Tablo 16). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analizde post-test 3 puan ortalamasının anlamlı şekilde diğer ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür.

Tennent (1991) da sigara kullanımını önleme programının çocukların sigaraya yönelik tutumlarına ve bilgi düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında girişim sonrası deney grubundaki çocukların sigara kullanımına yönelik olumlu algılarında kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüşün olduğu belirlenmiştir.

Longlios ve arkadaşları da (1999) Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisini baz alarak oluşturdukları girişim programı sonrası deney grubunda reddetmeye yönelik öz yeterlilik düzeyinde bir yükselme ve sigara kullanımına yönelik olumlu algılarda bir azalma olduğunu saptamışlardır. McGahee (1998) sigara kullanımını önleme programının etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında, hazırlanan girişim programının çocukların sigaraya yönelik olumlu tutumlarını değiştirme de etkili olduğunu, sigaranın kullanımının normal olduğu inançlarında ve reddetme becerilerinde anlamlı bir değişim gerçekleştirmediği saptanmıştır.

De Vries ve arkadaşlarının (2003) Avrupa sigara kullanımını önleme çerçeve programının etkinliğini değerlendirmek üzere Avrupa'daki altı ülkede gerçekleştirdikleri çalışmada da program sonrası İspanya'daki deney grubunda özyeterlilik düzeylerine artma sigaraya karşı olumlu algılarda ve sigaraya olan ilgi düzeylerinde azalma saptanmıştır.

Flynn ve arkadaşları (1992) ise girişim programı sonrası dört yıllık izlem sonucunda grupların sigara yarar ve zarar algı puan ortalamaları arasında anlamlı bir değişimin olmadığını belirlemişlerdir. Schofield ve arkadaşlarının (2003) çok boyutlu girişim programının çocukların sigara kullanım davranışlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında, girişim sonrası iki yıllık izlem sonucunda deney grubundaki çocukların bilgi düzeyinde anlamlı bir artışın olduğu, ancak çocukların sigaraya yönelik tutumlarında anlamlı bir değişim sağlanamadığı görülmüştür.

Çalışmamızda ise grupların zarar algı puan ortalamalarının zamana göre değişimlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bunun nedeni olarak da girişim programının sadece sigaranın zararlarına odaklı bir program olmamasından, son iki yılda özellikle medya yoluyla yapılan sigaraya yönelik kampanyalardan, yeni çıkan "sigarasız hava sahası kampanyası" ve "tütün kontrolü çerçeve programı" içerisinde yer alan girişimler nedeniyle çocukların sürekli olarak sigara karşıtı mesajlarla karşı karşıya kalmasından, okul müfredatında sigaranın zararlarına daha fazla yer verilmesinden ve okul panolarında sürekli

sigaranın zararları ile ilgili büyük posterlerin bulunmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bandura (1989) yapılandırılmış bir çevrenin çocukta istendik davranışların ortaya çıkmasını hızlandırdığını, görsel ve işitsel mesajlarının sembolik öğrenme yoluyla çocuklarda istendik davranışlarının oluşumunu kolaylaştırdığını belirtmektedir. Yine sürekli verilen olumlu geribildirim ve pekiştireçlerin istendik davranışların sürekli hale gelmesinde etkin faktörler olduğunu vurgulamaktadır. Dolayısıyla bu kampanyalar, yasalarla meydana getirilen yapılandırılmış ortam ve son zamanlarda ilköğretim okulu müfredatında sigara ve zararlarına daha fazla yer verilmesi zaman içindeki değişimin her grupta benzer olmasına ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanamamasına yol açtığı düşünülmüştür. Çalışmalar uzun dönemde sosyal bilişsel öğrenme temelli girişimlerinin bir kısmının etkili olduğunu bir kısmının ise etkisiz kaldığını göstermektedir (Thomas ve Perera, 2009; Mcghee, 1998; Gangley, 2000; Kellam ve ark., 1998; Storr ve ark., 2002; Biglan ve ark., 2001; Flynn ve ark., 1992). Bu boyutuyla çalışma bulgularımız literatürle de uyumluluk göstermiştir. Zamana göre farkın olmamasının bir diğer nedeni olarak da çoklu analizin grup etkenini dışarıda bırakarak her bir ölçümde dört grubun puan ortalamasını alarak analizleri gerçekleştirmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Grupların karşılaştırılmasında ise gruplar arasında farkın olduğu, farkın ise sosyal bilişsel öğrenme programı uygulanan grup ile sosyal yeterlilik temelli girişim uygulanan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 16). Sonuç olarak sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun zarar alt boyutu puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu, sadece bu grupta kendi içindeki dört ölçümde puan ortalamaları arasında farkın olduğu saptanmıştır ($F=9.713$, $p= .000$, Tablo 16). Çalışmalar sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programlarının çocuklarda sigaraya yönelik olumsuz algı oluşturmada başarılı olduğunu, tek boyutlu çalışmaların sadece bilgi ve algı boyutunda kısa dönemde anlamlı değişimler yarattığını ortaya koymaktadır (Thomas ve Perera, 2009; Mcghee, 1998; Gangley, 2000; Kellam ve ark., 1998; Storr ve ark., 2002; Biglan ve ark., 2001; Filiz, 2007; Gökgez, 2004; Sarı ve ark., 2005).

Çalışma sonuçlarımız çocukların sigaraya yönelik zarar algılarını değiştirme de hem sosyal yeterlilik hem de sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programının etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 15, 16). Ancak uzun dönemde ise tek etkili programın aile ve okul eğitimlerini içeren sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programının olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar Bandura'nın (1986) davranış, bireysel özellikler ve çevre etkileşimi

kuramını desteklemektedir. Çünkü eğitim programı çocuklarda olumlu kişilik yapısının gelişmesine, davranış kontrolüne, yapılandırılmış bir çevre oluşturulmasına ve bireyin davranışlarının farkına varmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla çalışma bulguları ile Sosyal Bilişsel Öğrenme kuramı ilkeleri uyumluluk göstermektedir. Yine çoklu analizlerde sosyal yeterlilik temelli girişim programı ile sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programı arasında fark olmamasına rağmen grupların kendi içindeki izlemlerde sadece sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programında fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın çoklu analizin dört ölçüm puan ortalamaları üzerinden yapılmasından ve toplu analizlerin grup içi değişimleri gizlemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Bulgularımız “H₅: Öğrencilerin zarar algı puan ortalamaları yönünden Sosyal Bilişsel Öğrenme Temelli girişim grubu, Sosyal Yeterlilik Temelli girişim grubu, Bilgi Temelli girişim grubu ve Girişimsiz Kontrol grubu arasında fark vardır”, “H₆: Öğrencilerin zarar algı puan ortalamaları yönünden eğitimden altı, on sekiz ve otuzuncu aylarda fark vardır” ve “H₇: Öğrencilerin yarar algı puan ortalamaları yönünden zaman ve gruplar arasında etkileşim vardır” hipotezlerini desteklemektedir. Sadece “H₈: Her grubun zarar puan ortalamaları arasında zamana (altı, onsekiz ve otuzuncu aylar) göre fark vardır” hipotezini kısmen desteklemiştir.

9.1.3 Girişim Programlarının Çocukların Sigara Kullanımını Deneme Durumuna Etkisi

Sigara kullanımı önleme programı sonrası grupların sigara kullanımını deneme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 16.629$ $p = .001$, Tablo 17). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın girişimsiz kontrol grubu ve bilgi temelli girişim grubundan kaynaklandığı görülmüştür. İzlem süresince girişimsiz kontrol grubunda daha önce sigara kullanımını denemeyen 22 öğrenci sigara kullanımını denemiştir. Bilgi temelli girişim grubunda ise 16 öğrenci ilk defa sigara kullanımını denemiştir. Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunda dört çocuğun ve Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunda ise iki çocuğun sigara kullanımını denediği belirlenmiştir (Tablo 17). Grupların kendi içinde karşılaştırılmasında girişimsiz kontrol ve bilgi temelli girişim gruplarında girişim öncesi ve sonrası sigara kullanımını deneme durumundaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sosyal yeterlilik temelli girişim ve Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim gruplarında ise grup içi sigara kullanımını deneme durumundaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 18).

Flynn ve arkadaşları (1992) medya destekli sigara kullanımı önleme programı uygulanan grubun sigara kullanımı oranının sadece sigara kullanımı önleme programı alan gruba göre düşük olduğunu bulmuşlardır. Biglan ve arkadaşlarının (2000) toplum temelli önleme programının çocukların sigara kullanımına etkisini inceledikleri çalışmalarında toplum temelli sigara kullanımı önleme programının çocukların sigara kullanımını azaltmada daha etkili olduğu ve diğer madde kullanımı önleme programlarında kullanılabileceği vurgulanmıştır. Kellam ve Anthony (1998) öğrencilerin gelecekteki sigara içme oranını azaltmak amacıyla yaptıkları çalışmada yirmi dört aylık izlem sonrası deney grubunun sigara kullanma oranını kontrol grubundan düşük bulmuş, okuma grubunda ise erkek öğrencilerin diğer gruplara göre sigaraya başlama risk oranında düşüş saptanmıştır.

Storr ve arkadaşlarının (2002) çocukların erken sigara kullanımına başlama durumlarının önlenmesi ya da geciktirilmesinde iki ayrı girişim programının etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, erken eğitim programının çocukların ilk defa sigara kullanım oranını azalttığı ya da geciktirdiği belirlenmiştir. Hem sınıf merkezli eğitim alan hem de aile merkezli eğitim alan gruplar kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında sigara kullanımını önlemede benzer etkileri olduğu, gruplar arasında farkın olmadığı görülmüştür. Bu bulgu çalışmamızın bulguları ile uyumluluk göstermiş, çalışmamızda da sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun sigara deneme oranının girişimsiz kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır. Sosyal bilişsel öğrenme girişim grubuyla sosyal etki temelli girişim grubunun sigara deneme oranları arasında fark saptanmamıştır.

Jøsendal ve arkadaşlarının (2005) okul temelli sigara kullanımını önleme programının etkisini inceledikleri çalışmalarında, program uygulanan grubun sigara kullanım oranının diğer üç gruptan düşük olduğu bulunmuştur. Elder ve arkadaşları (1996) ilköğrencilerinin sigara kullanım oranlarının belirlenmesi, tahmin edilmesi ve önlenmesi için geliştirdikleri CATCH programının etkinliğini değerlendirdiği çalışmalarında, otuz altı aylık izlem sonucunda deney grubundaki çocukların sigara deneme oranı % 4.7, kontrol grubundaki öğrencilerin sigara deneme oranı % 5 olarak saptanmıştır. Çocukların sigara deneme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

De Vries ve arkadaşlarının (2003) Avrupa Sigara kullanımını Önleme çerçeve programının etkinliğini değerlendirmek üzere Avrupa'daki altı ülkede gerçekleştirdikleri çalışmada Finlandiya ve İspanya'da deney gruplarında kontrol gruplarına göre sigara kullanımına başlama oranlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Reddy ve

arkadaşları (2002) iki farklı girişim programının çocukların sigara kullanımına etkisini inceledikleri çalışmalarında kontrol grubundaki öğrencilerin sigara kullanma riskinin deney grubu öğrencilerinden iki kat fazla olduğu saptanmıştır. Filiz (2007) ve Gökgöz (2004) ise önleme programlarının öğrencilerin sigara kullanımını önlemede etkili olmadığını belirlemişlerdir. Bu çalışma bulguları bazı girişim programlarının sigara kullanımını azaltmada etkili olduğunu bazılarının ise etkisiz kaldığını göstermektedir.

Bu çalışmada ise sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim ve sosyal yeterlilik temelli girişim grubundaki öğrencilerin sigara deneme durumunun diğer gruplardaki öğrencilerin deneme durumlarından düşük olduğu, en çok sigara deneme oranının girişimsiz kontrol grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız sigara kullanımını deneme oranını azaltmada sadece sigaraya yönelik bilgi vermenin bile etkili olduğunu ancak bu girişimin etkisinin çok sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Görüldüğü gibi sadece sigara hakkında bilgi verilen grupla hiçbir girişim uygulanmayan grubun sigara kullanımını deneme oranı birbirine çok yakındır. Yine sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu ile sosyal yeterlilik temelli girişim grubunun sigara deneme oranı aynıdır. Çalışmalar bilgi temelli programların sigara kullanımını azaltmada başarısının sınırlı olduğunu, etkisinin kısa dönemde kaybolduğunu göstermektedir. Aynı zamanda girişim programlarına ailenin ve okulun katılımının çocukların sigaraya başlamalarını azaltmada daha etkili olduğunu göstermektedir (Thomas ve Perera, 2009; Reddy ve ark., 2002; Mcghee, 1998; Gangley, 2000; Kellam ve ark., 1998; Storr ve ark., 2002; Biglan ve ark., 2001; Filiz, 2007; Gökgöz, 2004; Sarı ve ark., 2005; De Vries, 2003).

Ancak çalışmamızda aile ve okul girişimlerinin eklendiği sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubunun sigara deneme oranının sosyal yeterlilik temelli girişim grubuyla benzer çıkmasının, okul ve aileye yönelik hazırlanan programlarının sadece bilgi verme temelli olması, kısa dönemde seminer tarzında verilmesi, sosyal becerilere odaklanmamasından, programların tamamına tüm ebeveynlerin katılmamasından ve birinci eğitime gelen ebeveynlerin ikinci eğitime katılmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sonuç olarak Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim programı çocukların sigara kullanımını deneme oranını azaltmada etkili olmuştur. Bu son derece önemli bir sonuçtur. Çünkü uzmanlarca sigara diğer bağımlılık yapan maddelere bir geçiş kapısı olarak kabul edilmekte, sigara kullanan çocukların başka bir madde kullanma oranları kullanmayanlara göre %30-45 daha fazla olarak kabul edilmektedir (Özyardımcı, 2002). Ayrıca sigara

kullanımını deneyen her 10 çocuktan üçü bağımlı olmakta, ömür boyu sigara kullanmaktadır (WHO, 2008).

Bulgularımız “H₉: Öğrencilerin sigara deneme durumları açısından girişim öncesi gruplar arasında fark yoktur” hipotezini desteklerken, “H₁₀: Öğrencilerin sigara deneme durumları açısından girişim sonrası gruplar arasında fark vardır” hipotezini kısmen desteklemektedir. Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubundaki çocukların sigara deneme durumlarının girişimsiz kontrol ve bilgi temelli girişim grubundaki çocuklardan düşük, sosyal yeterlilik temelli girişim grubundaki çocukların sigara deneme oranıyla benzer olduğu görülmüştür.

10. BÖLÜM

SONUC VE ÖNERİLER

10.1 Sonuçlar

- Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programı çocukların sigaraya yönelik yarar algılarını azaltmada etkili bir programdır.
- Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programı çocukların sigaraya yönelik zarar algılarını arttırmada etkili bir programdır.
- Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programı çocukların sigara deneme oranını azaltmada etkili bir programdır.

10.2 Öneriler

- Çalışma sonucu Sosyal Bilişsel öğrenme temelli girişim programının çocukların sigara deneme oranını azaltmada etkin olduğunu göstermiştir. Bu nedenle ilköğretim müfredatında yer verilerek yaygın olarak kullanılması,
- Çalışma sonucumuz çocukların sigaraya yönelik yarar ve zarar algılarının çocukların sigara deneme durumlarını etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle çocuklarda sigara deneme sıklığını arttıran sigaraya yönelik algıların yaygın olarak tanımlanması, algı düzeylerine yönelik yaşa uygun eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Çalışmamızda ebeveyn ve okul eğitimini içeren Sosyal bilişsel öğrenme temelli girişim grubu ile Sosyal yeterlilik temelli girişim grubunun sigara deneme oranları arasında fark çıkmamıştır. Bu nedenle sonraki çalışmalarda ebeveyn ve akranlara yönelik girişimlerin artırılması, akran ve ebeveynlerin girişimlere daha fazla katılması,
- Sosyal Bilişsel Öğrenme temelli girişim programlarının sigara deneme oranını azaltmada etkisini gösterecek yeni çalışmaların planlanması önerilir.

KAYNAKÇA

- Abroms, L., Simons-Morton, B., Heynie, DL., & Chen, R. (2005). Psychosocial predictors of smoking trajectories during middle and high school. *Addiction*, 100, 852-861.
- Aitken, PP. (1990). Peer Group Pressure, Parental Control and Cigarette Smoking among 10 to 14 years old, *Br j Soc Clin Psychol*, 19, 142-146.
- Akçay, S. (2007). Tütün Kontrolü. *Türk Torak Derneği Okulu*, 2007, 103-107.
- Akçiçek, E. (1993). Tütün'ün Türkiye'ye Girişi ve Tütün Yasakları. *Sigara İle Savaş I. Ulusal Hemşirelik Sempozyumu*, 28 Mayıs 1993, Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi, İzmir.
- Akdur, R. (2009). Gençlerde Sigara Salgını, Sigara ve Sağlık sempozyumu, 2 Nisan 2009, Ankara
- Akgül, A. (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri & SPSS Uygulamaları. Emek Ofset Ltd. Şt. Ankara.
- Aksakoğlu, G. (2006). Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. 2. Basım. Dokuz Eylül Rektörlük Basım Evi, İzmir.
- Anderson, J. Smoking. Black Rabbit Books, 2005
- Aydemir, G. (1992). Öğrencilerin Sigaranın sağlığa zararları konusundaki bilgi durumları ile verilen eğitimin etkinliğinin ölçülmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1992, 19-25.
- Aydınlı, A. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. *Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık*. Bursa, 2002: 206-213
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol.6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy The Exercise of Control. WH Freeman and Company, USA.
- Bangert-Drowns, RL. (1988). The Effect of School Based Substance Abuse Education- A Meta-analysis, *J Drug Educ*, 18, 243-264.
- Bauman, KE., Foshee, VA., Lynzer, MA., & Koch, GG. (1990). Effect of parental smoking *Addict Behav*, 15(5), 413-22.

- Bektaş, M., Öztürk C. (2008). Adölesanların sigara-madde kullanımı hakkındaki bilgi düzeyleri ve kullanım Yaygınlıkları. Ege Pediatri Bülteni, cilt:15, sayı 2, 83-88.
- Biglan, A., Ary, DV., Smolkowski, K., Duncan, T., & Black, CA. (2000). Randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control*, **9**, 24–32.
- Biglan, A., & Duncan, TE. (1995). Peer and parental influences on adolencent tabocco use. *J Behav Med*, **18**, 315-330.
- Bilir, N., Telatar G. (2005). Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rölü, WHO Bilir, N. Ve arkadaşları; Avrupa Tütün Kontrol Raporu 2007 ,WHO Türkiye Ofisi, Aralık 2007
- Birney, MH., Hardie, TL., & Crowley, EM. (2006). Association of parental smokin behaviours and absences in school-aged children: Implication fort he nurse practioner. *Journal of american Academy of Nurse Practitionars*, **18**, 221-227.
- BM Uyuşturucu Madde Ve Suç Ofisi, Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri, Eğitim Ve Toplumsal Girişimle Madde Kullanımının Önlenmesi Çalışması 2003.
- Brook, JS., Whiteman, M. Father and San: Their Relationship and Personality Charasteristic associated with the Son's Smoking Behaviour, *J Genet Psycgol* 1983; **142**: 271-281.
- Bruvold, WH. (1993). A Meta-analysis of adolencent Smoking Prevention Programs. *Am J Public Health* **83**(6). 872-880.
- Buzgan, T., Çom, S., Irmak, H., Baykan, H., Aydın, E., & Taner, S. (2007). Mpower Tütün Salgınıını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, Ankara.
- Büyük Sözlük (2008). Türk Dil Kurumu Yayınları, <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=sigara&ayn=tam> (04.08.2009)
- Byrne, DG., & Mazanov, J. (2005). Prevention of adolescent smoking: A prospective of three models of intervention. *Journal of Substance Use*,
- Carver, V., Reinert, B. & Lillian M R.(2004). Youth Knowledge, Interpersonal Skills, and Media Attitudes After Anti-Tobacco Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*,**14**(1),1 -16
- CDC. (1997). Healthy people 2000.: Progress review-tobacco. US Department of Health and Human Service. Public Health Service. November 1997. <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/hp2000/> (18.09.2009).

- Cohen, DA., Richardson J., & La Bree, L. (1994). Parenting Behaviour and the Onset of Smoking and Alcohol Use. *Pediatrics*, 94, 368-375.
- Coogan, PF., Adams, M., Geller, AC., Et Al. (1998). Factors Associated With Smoking Among Children And Adolescents In Connecticut. *Am J Prev Med*, 15, 17-24.
- Cote, F., Godin, G., & Gagne, C. (2004). Identification of Factor promoting Abstinence From Smoking in a Cohort of Elementary school Children, *Preventive Medicine*, 39, 695-703.
- Crain, W.(2005) *Theories of Development Concept and Applications*, 5. Edition, Pearson Prentice Hall, London.
- Çelik, P., Esen, A., Yorgancıoğlu, A., Şen, FS., Topçu, F. (2000). Manisa ilinde öğrencilerin sigaraya karşı tutumları. *Toraks Dergisi*, 1, 61–66.
- De Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C., et al. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Education Research*, 18(6), 649–663.
- Dejesus, MC. (2000). Comparison of Smoking Beliefs Among Columbus, Ohio Third Graders and Their Parents, Master Thesis, Graduate School of The Ohio State University, USA.
- Demirel Y., Toktamış, A., Nur, N., Sezer, E. (2004). İlköğretim okullarındaki Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 24, 492-497.
- Edwards, L. (2002). Research priorities in school nursing: A delphi process. *Journal of School Nursing*, 18(3), 157-162.
- Elder, JP., Perry, CL., Stone, EJ., Johnson, CC., Yang, M., Edmundson, EW., et al. (1996). Tobacco use measurement, prediction and intervention in elementary schools in four states: The CATCH Study. *Preventive Medicine*, 25, 486–494.
- Engels, RCME., Knibbe, RA., & Drop, MJ. (1999). Predictability of smoking in adolescence: Between optimism and pessimism. *Addiction*, 94(1), 115-124.
- Ergüder, T. (2008). Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Sağlık Bakanlığı - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Şubat - 2008 ANKARA
- Ergül, Ş. (2005). Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adölesanlarda Karşıt Olumlu Davranış Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ergün, A. (1998). Sigara ve sistemik etkileri. *T Klin JMed Sci*, 18, 159-163.

- European Tobacco Control Report. (2007). World Health Organization Regional Office for Europe., Copenhagen.
- Farrell, AD., Danish, SJ., & Howard, CW.(1999). Relationship between drug use and other problem behaviours in urban adolescent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 705-712.
- Fawcett, J. (2005) *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fergusson DM., Lynskey MT., & Horwood LJ. (1995). The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addictions*, 90, 647-659.
- Filiz, H. (2005). Gençlerde sigardan korunma konusunda bir müdahale programının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, 2007, Manisa.
- Flynn BS., Worden JK., Secker-Walker RH., Badger JH., Geller MB., & Contanza MB. (1992). Prevention of cigarette smoking through to mass media intervention and school program. *Am J Public Health*. 1992; 82; 827-834
- Ganley, BJ. (2000). Ty Tiger's Tobacco Alert (3ta) Program: Results of a Three Year Longitudinal Study. Yayınlanmamış Doktora Tezi, University of Arkansas, Arkansas.
- Gençöz, F., Soykan, Ç., Soykan, A., Gençöz., T. (2003). Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi. Art Ofset Matbaacılık San.Tic. Ltd. Şti. Birinci Basım, Ankara.
- Gingiss, P., Boer, M., & Gray, CR. (2006). Follow up comparisons of Intervention and comparison schools in a state tobacco prevention and control initiative. *Journal of school health*, 76(3), 98-103.
- Mangan GL, & Golding JF. *The psychopharmacology of smoking*, Cambridge University Press, 1984
- Gökgöz, Ş. (2004). Adölesan çağda sigara ve alkolle ilgili verilen eğitim etkinliği. Yayınlanmamış doktora tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Göksel, T., Cirit, M., Bayındır, Ü. (2000). İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 2(3), 49-53.
- Gözüm, S., & Bağ, B. (1998). Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1(2), 32-41.

- Gözüm, S., & Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve Kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5 (1), 3-14.
- Hahn, EJ., Ryens, MK., Rasnake, R., York, N., Okoli, CTC., & Riker, CA. (2005). School tobacco policies in a tobacco-growing state. *Journal of School Health*, 2005,75(6),219-225.
- Hanewinkel, R., & Abhauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up Results of a school-based life-skills approach to smoking Prevention, *Health Education Research*, 19(2), 137-152.
- Harakeh, MAZ., Scholte, RHJ., Vermulst, AA., Vries, HD., & Engels, RCME. (2004). Parental factors and adolescents' smoking behaviours: an extension of the theory of planed behaviour. *Preventive Medicine*, 39, 951-961.
- Herken, H., & Özkan, İ. (1998). Sigara ve Sosyal Öğrenme, *Genel Tıp Derg*, 8(1), 45-47.
- Herken, H., Özkan İ., Bodur, S., Kaya, N., Turan, M., Aşkın, R. Gençlerin sigara kullanma davranışına anne-baba tutumunun, sosyokültürel değişkenlerin ve sosyal öğrenmenin etkileri. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1997.
- Hopkins, B. (2005). *Cambridge Encyclopedia of Child Development*. Cambridge university Pres. Cambridge, UK.
- Hops, H., Tildesley, E., Linchestein, AD., Shermen, L. (1990). Parent-Adolecent Problem Solving Interaction and Drug Use, *Am J Drug alchol Abuse*, 16, 239-258.
- Jairath, N., Mitchell, K., & Filleon, B. (2003). Childhood smoking: The Research, clinical and theoretical imperative for nursing action. *International Nursing Review*, 50, 203-214.
- Jøsendal, O., Aarø, L.E., Torsheim, T. & Rasbash J. (2005). Evaluation of the school-based smoking-prevention program "BE smokeFREE". *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 189 –199.
- Karataş, H., & Öztürk, C. (2009). Sosyal Bilişsel Teori ile Zorbalığa Yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(2), 61-74.
- Karlıkaya, C. (2002). Edirne'de lise öğrencilerinde sigara içme prevelansı. *Toraks Dergisi*, 3(1):6–12.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, ZA., Özkan M., Örsel, Ö. (2006). Tütün Kontrolü, *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.
- Kasatura, İ. *Gençlik ve Bağımlılık*. Evren Yayınevi, İstanbul, 1998.

- Kellam SG, Anthony JC. Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: findings from an epidemiologically based randomized field trial. *American Journal of Public Health* 1998;**88**:1490–5
- King P., & Occleston, S. (1998). Shared learning action: children can make a difference. *Health education*, 3, 100-1006.
- Kobus, K. (1998). Pers and Adolescent smoking. *Addiction*, 1, 37-55.
- Little, HJ. (2000). Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol research and health*, 24(4), 215-224.
- Longlios MA., Petosa R., & Halam JS. (1999). Why do effective smoking prevention programs work? Studnet changes in Social Cognitive Theory constructs. *Journal of School Health*, 69 (8), 326-331.
- Mahoney, CM., Bauer, JE., Tumiel, L., McMullen, S., schieder J., & Pikuzinski, D. (2002). Longitudinal impact of a youth tobacco education program. *BMC Family Practice*, 3, 1-9.
- Martin, CA., & Bush, AJ. (2000). Do role models influence teenager's purchase intentions and behavior? *Journal of Consumer Marketing*, 17(5), 441-454.
- McAlister, A.L., Perry, C.L., & Parcel, G.S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. *Social Cognitive Theory*. In: Glanz, K., Rimer, K.B., Viswanath, K. *Health Behavior and Health Education*. (pp.169-185) CA, Jossey-Bass.
- McCue, JM., Link, KL., Eaton, SS., & Freed, BM.(2000). Exposure to cigarette tarr ribonucleotide reductase and blocks lymphocyte proliferation. *J Immunol*, 165, 6771-75.
- McGahee TW, Tingen MS. The effects of a smoking prevention curriculum on fifth-grade children's attitudes, subjective norms and refusal skills. *Southern online journal of nursing research*, 2000, 1(2)
- Meshack, AF., Hu, S., Pallonen, UE., Mc Alister, AL., Gottlieb, N., & Huang, P. (2004). Texas tobacco prevention pilot initiative: processes and effects. *Health education Research*, 19(6), 657-668.
- Murray, M., Kiryluk, S., Swan, AW. (1985). Relatation Between Parent's and Children's Smoking Behaviour and Attitude's, *J Epidemiol Community Health*, 8, 109-114.
- Ögel, K., Tamer, D., Evren, C., Çakmak, D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47–52.

- Ögel K., Tamar D., Evren C., Çakmak D. "Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Projesi 98 (1998).
- Ögel, K., & Erol, B. (2005). Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı. Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
- Ögel, K., & Liman, O. (2001). Gençlerde madde kullanım yaygınlığının ve özelliklerinin değerlendirilmesi. Yeniden Yayınları, İstanbul.
- Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Toto, Ş., Doğan, O., ve ark. (2004). Dokuz ilde ilk ve orta öğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(2), 112-118.
- Ögel, K., Taner, S., Eke, CY. (2006). Onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı: İstanbul Örnekleme. Bağımlılık Dergisi, 7, 18-23.
- Özcebe H.; Gençler ve Sigara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Şubat 2008 Ankara
- Özkayın, N., Aktuğlu, K. (2003). Sigaranın Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri. STED, 12(3), 102.
- Özyardımcı, N.(Ed). (2002). Sigara ve Sağlık. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Bursa.
- Pekşen Y. Sigara İçiminin Nedenleri, Epidemiyolojisi, Pasif İçicilik. Tür A (Ed). Sigaranın Sağlığa Etkileri Ve Bırakma Yöntemlerinde. Samsun, Logos Yayıncılık; 1995: 1-28.
- PIAR 98. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu, PİAR, Ocak 1988.
- Powell, LM., Tauras, JA., & Ross, H.(2005). The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behavior. Journal of Health economics, 24, 950-968.
- Rasmussen, M., Damsgaard, MT., Due P., & Holstein, BE. (2002). Boys and Girls Smoking within the Danish Elementary School Classes: A Group-level Analysis, Scand J public Health, 30, 62-69.
- Reddy, KS., Arora, M., Perry, CL., Nair, B., Kohli, A., Lytle, LA, et al. (2002). Tobacco and alcohol use outcomes of a school-based intervention in New Delhi. *American Journal of Health Behavior*, 26(3), 173-81.
- Reimer, TM., Pamprehn, PR., Becker, SL., et. (1990). Father for Adolescent Cigarette Smoking: The Muscatin Study, Am J. Dischild, 144, 1265-1272.
- Resmi Gazete (2008). Sayı 26761, 19 Ocak 2008.

- Salkind, NJ. (2002). Child Development. Thomsan Learning Gale Group New York, USA.
- Gilman, SL., Zhou, X. Smoke: a global history of smoking, Reaction Books, 2004
- Sarah, E., Garrison, MM., Chiristakis, DA., et. (2005). A Systemic Review of School-Based Smoking Prevention Trails with Long-term Fallow-up. *Journal of Adolencent Health*, 36: 162-169.
- Sarı, HY., & Öztürk, C. (2005). İlkokul Öğrencilerinin sigaranın zararları konusunda verilen eğitimin sigarayla ilgili görüşlerine etkisi. *Hemşirelik Forumu*, Eylül-Aralık, 74-78.
- Schofield MJ, Lynagh M, Mishra G. Evaluation of a Health Promoting Schools program to reduce smoking in Australian secondary schools. *Health Education Research* 2003;18(6):678-92.
- Selekman, J. (2006) School Nursing: A comprehensive text. FA Davis company, Philadelphia, USA.
- Senemoğlu, N. (2004) *Gelişim öğrenme ve öğretim kuramdan uygulamaya*. (9. Baskı, 216-237) Ankara: Gazi Kitabevi
- Sezer, E. (1992). Sigara kullanımı ve gençler. Sigara Alarmı, Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigarayla Mücadele kolu yayını, Aralık, 4, 3-6.
- Sezer, E. (2007). Sigara ve Sağlık. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Ders Notları. Sivas.
- Shiffman, S. (1996). First lapses to smoking within-subjects analysis of real time report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366-379.
- Storr, C., Reboussin, BA., Anthony, JC. (2004). Early childhood Misbehaviour and the estimated Risk of Becaming Tabocco Dependent, *Am J epidemiol*, 160, 126-130.
- Storr, CL., Ialongo, NS., Kalam, SG., & Anthony, JC. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 51-60.
- Susman, S. (2005). Risk Factors and Prevention of Tobacco Use. *Pediatr Blood Cancer*, 44, 614-619.
- Sussman, S., Dent, CW., Burton, D., Stacy, AW., Flay, BR. (1995). Developing school-based tobacco usr prevention and cessation programs. Thousands Oaks, CA: SAGE publishing, Inc.

- TBMM Araştırma Komisyon Raporu 323. (2008). Uyuşturucu başta olmak üzere madde bağımlılığı ve kaçakçılığı sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi. Araştırma Komisyon Raporu, Kasım 2008, Ankara.
- Tekinsoysal, S. (2003). Sigara İçen ve İçmeyen Bireylerin Sigara İçmeye İlişkin Tutumları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Tennent, SR. (1991). An evaluation of the effect of a smoking prevention program middle school students' knowledge and attitudes concerning cigarette smoking. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Texas Women University Department of Health. USA.
- Thomas, RE. (2004). School-based Programmes for Preventing Smoking, Cochrane Database Syst Rev(4) CD001293.
- Thomas, RE., & Perera, R.(2009). School-based Programmes for Preventing Smoking, Cochrane Database Syst Rev, Issue 3, 2009.
- Thomas, RE., Baker, PRA., Lorenzetti, D.(2009). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Tiffany, ST., Conklin, CA., Shiffman, S., & Clayton, RR. (1999). What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*, 99 (1), 78-86.
- Tobler NS. (1986). Meta-analysis of 143 Adolescent Drug Prevention Programs: Quantitative Outcome Results of Program Participant Compared to a Control or Comparison Group, *J drug Issues*, 16: 537-567.
- Torre GL., Chiaradia G., & Ricciardi G. (2005). School-based smoking prevention in children and adolescents: review of the scientific literature. *J. Public Health*, 13, 285-290.
- Ulusal tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı (2008). Ulusal tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Utkan A, Sarı Z, Uğurlu B. (2005). Lise öğrencilerinin sigara içme ile ilgili risk algılamaları. *Ondokuz Mayıs üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi*, 22(1), 25–36.
- WHO Tobacco Free Initiative. (2008). Building Blocks for Tobacco Control. World Health Organization. Genova
- WHO. (2008). Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. World Health Organization, Geneva.

- Wiehe, SE., Garrison, MM., Christakis, DA., Ebel, BE., & Rivara, FP. (2005). A Systemic review of school-based smoking prevention trials with long-term fallow-up. *Journal of Adolescent Health*, 36, 162-169.
- Zhang D., & Qiu, X. (1989). School-based Tobacco Use prevention People's Republic of China, *JAMA*, Jun 16, 269.

EK 1

ETİK KURUL BELGESİ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
Tarih ve Sayı: 06.09.2005/204

Etik Kurul Üyeleri

Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ
Doç. Dr. Uğur MÜNGAN
Doç. Dr. Hüseyin İŞLEKEL
Doç. Dr. Arzu SAYNER
Doç. Dr. Özgül SAĞOL
Doç. Dr. Görsev YENER
Yard. Doç. Dr. Cenk ERDAL
Doç. Dr. Kamer UYSAL
Doç. Dr. Mustafa SEÇİL
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI
Erhan ÖZKUL

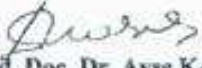
Etik Kurul Sekreteri
Yonca YILDIRIM

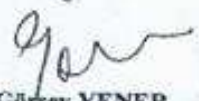
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 06 Eylül 2005 tarih ve 23/15/05 no.lu toplantısının Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireli Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç. Dr. M. Candan ÖZTÜRK sorumlu olduğu 132 protokol no.lu "İlköğretim Öğrencilerine Yönelik Sigara Kullanımı Öleme Programının Geliştirilmesi ve Etkinliği Değerlendirilmesi." isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurulu Üyesi


Doç. Dr. Görsev YENER
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurulu Başkanı

Tel: 0232 412 22 54

EK 2

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İZİNLERİ

T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı

Sayı : B.08.0.TGD.0.35.05.311-1075/3974
Konu : Araştırma İzni

19/09/2006

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 11.07.2006 tarih ve B.30.2.DEÜ.0.A1.00.00/1438 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisi Murat BEKTAŞ'ın "Sigara Kullanımını Önleme Programının Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak anketlerin, İzmir ili Balçova Başöğretmen Atatürk İlköğretim Okulu, Narlıdere İlköğretim Okulu, Narlıdere İl. İnönü İlköğretim Okulu ve Bornova Evrenesoğlu İlköğretim Okulunda uygulama izin talebi incelenmiştir.

Üniversiteniz tarafından kabul edilen, onaylı bir örneği Bakanlığımızda muhafaza edilen (8 sayfa - 74 sorudan oluşan) anketin, Bakanlığımız Özel Eğitim, Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görüşü doğrultusunda ölçme aracının ilgili araştırmada kullanılması durumunda belirtilen okullarda uygulanması Bakanlığımızca uygun görülmüştür.

Araştırmanın bitiminde sonuç raporunun iki örneğinin Bakanlığınıza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Cevdet CENGİZ
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı

EKLER :
EK-1: Anket Örneği (1 Adet-8 Sayfa)

Çevdet CENGİZ
29.09

T. C.	
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Kayıt Tarihi	27 Eylül 2006
Kayıt No.	1438
Dosya No.	

EĞİTİM
%100
DESTEK

DANIŞMA
444 0 632
HATLINI

G.M.K. Bulvarı No: 109
06570 Maltepe / ANKARA

Tel : (0312) 230 36 44
Faks : (0312) 231 62 05
e-posta : eargesl@meh.gov.tr

EK -3

**EBEVEYN KARAR DENGE ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK
ÇALIŞMASI YAYINI**

Preview

From: cvourakis@csus.edu
To: murat.bektas@deu.edu.tr
CC:
Subject: Journal of Addictions Nursing - Decision on Manuscript ID UJAN-2008-0009.R1
Body: 01-Jun-2009

Dear Bektas:

Ref: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF THE DECISIONAL BALANCE SCALE FOR ADULTS

Our referees have now considered your paper and have recommended publication in Journal of Addictions Nursing . We are pleased to accept your paper in its current form which will now be forwarded to the publisher for copy editing and typesetting.

You will receive proofs for checking, and instructions for transfer of copyright in due course.

The publisher also requests that proofs are checked and returned within 48 hours of receipt.

Thank you for your contribution to Journal of Addictions Nursing and we look forward to receiving further submissions from you.



**VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH
VERSION OF THE DECISIONAL BALANCE SCALE FOR ADULTS**

Journal:	<i>Journal of Addictions Nursing</i>
Manuscript ID:	UJAN-2008-0009.R1
Manuscript Type:	Original Paper
Keywords:	Reliability and Validity, Decisional Balance Scale, Primary Prevention, Tobacco/smoking



VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF THE DECISIONAL BALANCE SCALE FOR ADULTS

Cigarette use is a significant health problem in Turkey as it is in the rest of the world and smoking is rapidly increasing in adults, youth and children (Bilir & Taletar, 2006; II Sağlık Müdürlüğü, 2007; PIAR, 1988; Tutunsuz Yaşam Derneği, 2007; UN Addictive Substances and Crimes Office, 2003). Previous studies have shown that the subjective evaluation of an individual's perceived benefits of cigarette smoking as well as perceived negative consequences are influential in decisions to either start smoking or change their cigarette smoking behavior (Prochaska & Velicer, 1997; Velicer et al., 1985; Velicer, Prochaska, Fava et al., 1998). Reliable and valid instruments to measure these phenomena exist, but none of the existing instruments have been used in Turkey. For this reason, the aim of the methodological study described in this article was to adapt the Decisional Balance Scale (DBS) for a Turkish population. This article describes the methods used to achieve this goal.

METHOD

Research Sample

The study sample were parents of students at four randomly chosen primary schools in Izmir Province. Instrument testing requires 5-10 people to be included for every item on the instrument (Mishel, 1998). Therefore, the researchers determined that a sample size of 226 was needed in order to conduct a power analysis with a 0.20 Type II error and 0.05 level of significance. The DBS scale was sent to adults in 511 families. Four hundred eighty six (486) scales were completely filled out and included in the research, indicating a 95 % participation rate.

Data Collection Instruments

Data were collected in the study using a "Demographic Data Collection Form", which asked six questions about age, gender, educational and economic status, cigarette smoking status, and the 20 item "Adult Decisional Balance Scale" (DBS).

Decisional Balance Scale (DBS): The original DBS was developed in 1985 by Velicer, DiClemente, Prochaska and Brandenburg (1985) as a 24-item scale for the purpose of evaluating adults' perceptions of the pros and cons of cigarettes. The adult DBS was decreased to 20 items by Pallonen et al. (1998). The adult DBS contains a 10-item pros and a 10-item cons subscale. The items are in a 1-5 point Likert type scale. The point distribution for the DBS is 10-50. Velicer et al. (1985) determined that the DBS cons subscale had a Cronbach alpha value of 0.88 and pros subscale alpha value of 0.89.

Lafferty et al. (1999) determined the scale's Cronbach alpha value to be 0.82, and Park et al. (2003) found a cons subscale alpha value of 0.78 and pros subscale value of 0.84. Having a high pros subscale score indicates that the individual has a strong perception of the benefits of cigarette smoking; having a high cons subscale indicates that the individual has a strong perception of the negative consequences of cigarette smoking.

Procedures

Translation of the Scale Items into Turkish

When an instrument is translated for adoption into another language and culture, it is necessary to use correct grammar of the target language and for idioms and items foreign to the culture to be completely changed. This procedure is not just a word for word translation because conceptual adaptation must also be considered (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997).

To accomplish the translation, the researchers:

- Obtained written permission from Wayne Velicer to adapt the DBS for Turkish and to use it in this study.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- Engaged three English language philologists (translation experts) expert in both English and Turkish to independently translate the tool from English to Turkish.
- Revised the translation by working with researcher colleagues and further refined by a Turkish language philologist.
- Re-translated the scale from Turkish to English using a different English language philologist who had not seen the original English version of the tool, a step recommended by Savasir & Sahin (1997), Sencan (2005), and Tezbasaran (1997).

Receiving Expert Opinion

To determine the equivalence of the items of the translated form with those on the original form it was necessary to conduct validity and reliability analyses (Savasir & Sahin, 1997; Sencan, 2005). Therefore, opinions of eight experts about the Turkish translation of the Adult DBS were solicited. These experts were: two medical faculty members (one in Pulmonary Medicine, one in Pediatrics), and six nursing faculty members at two different university schools. The experts were given the Adult DBS original and translation together and were asked to score each item on the scale for its appropriateness from 0-10 (0=not appropriate at all, 10=completely appropriate) (Savasir & Sahin, 1997; Sencan, 2005, Tezbasaran, 1997).

Pilot Test

After the first translation, experts suggest administering the scale to 10-20 people who have similar characteristics to the study population to ask the participants to judge whether or not the items are understandable, to correct any deficiencies and errors prior to formatting the final instrument. This procedure is recommended with each translation (Mishel, 1998; Savasir & Sahin, 1997; Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

After revisions were made to several items according to the analysis of concordance (described later) and expert assessment, the pilot instrument was administered to 20 adults. In the absence of corrective feedback, the decision was made that the scale's validity and reliability were adequate. These data are reported later in this article.

Data Collection

For test-retest analysis a group of at least 30 is recommended (Savasir & Sahin, 1997). In order to be able to compare the data from the first and second administration of the instrument the parents in this study were asked to use a pseudonym on the forms. The confidentiality of the participants was thus ensured.

For test-retest purposes, the instrument should be administered for the second time at an interval that should not be short enough for subjects to remember the answers given in the first administration but not so long that the respondents would have changed significantly. The recommended interval is between two and six weeks (Patrick & Beery, 1991; Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). For the test-retest analysis in this study the second scale was administered to 486 adults at three-weeks. However, some forms were removed because they were not completed or because pseudonyms did not match and a total of 365 people were included for the test-retest analysis; 75% of the first test forms were matched with retest data. One hundred twenty one people who completed the first scale did not participate in the second round. They had similar sociodemographic characteristics with those who returned the second round.

After written permission was obtained from the Ministry of Education and university ethics committee the purpose of the study was explained to the parents of students in a school meeting. Following the meeting, the parents who consented to participate in the study were given the instrument. Those who hadn't come to the meeting were sent an information form that explained the purpose of the study and were invited to contact the researchers by phone to

1
2
3 discuss the study if they were interested in participating. Children of parents who called back
4
5 and consented to participate were given the scales and took them home to their parents. The
6
7 parents were asked to fill in the forms. Four hundred eighty six scales were distributed in the
8
9 first administration and forms were sent to the same parents via their children for the second
10
11 administration
12

13 14 15 *Data Analysis*

16
17 The research data were coded and analyzed on a computer (Akgul, 2003; Ozdamar, 2005;
18
19 Simsck, 2008). The following table demonstrates data and methods used for analysis.
20
21

22 23 24 Characteristic Examined	Statistical Method
25 26 • Expert opinions' concordance analysis	→ Kendall W analysis
27 28 • Scale and subscales' test-retest congruency analysis	→ Pearson correlation analysis, → t-test in dependent groups
29 30 • For scale and subscales: item-total score analysis	→ Pearson correlation analysis
31 32 • Scale and subscales' internal consistency	→ Cronbach alpha coefficient
33 34 • Item-Factor relationship	→ Factor analysis
35 36 • Whether or not the items and subscales explain the 37 scale's original construct	→ Confirmatory Factor analysis

38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 **FINDINGS**

49 *Demographics*

50
51 In this study 47.7% of the participants were male, 52.3% were female, 61% were
52
53 primary school graduates, 17 % were high school graduates, 22% were university graduates.
54
55 Forty two percent reported middle socio economic status (their earnings barely covered their
56
57 expenses), the mean age was 37.2 ± 5.7 , and 51.4 % of the sample were smokers. Seventy
58
59 three percent (73.1 %) of smokers were male.
60

Validity Analyses

DBS's Concordance Validity

The eight experts' scores were evaluated using the Kendall W and no statistically significant difference was found between the scores (for adult DBS Kendall W=0.221, $p=0.115$), consequently the experts' scores were determined to be in accordance.

Adult DBS's Construct Validity

Among various methods that measure instrument construct validity, one method is factor analysis. The coefficient of the factor analysis in this study (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]) was 0.83 and the Bartlett test was $X^2=1527.5$, $p=0.000$. The total variance explained by each factor was 24% for the pros subscale and 42.5% for the cons subscale.

As a result of the first order confirmatory factor analysis a statistically significant correlation was found between the pros and cons subscales ($r=-.42$, Figure I). The pros subscale factor load was 0.39-0.79 and the cons subscale was 0.49-0.71. (Figure I).

Figure I is here

The model concordance indicators were found to be RMSA 0.046, the Goodness of Fit Index (GFI) .90, NFI .90, NNFI .92 and CFI .93.

Contrasted Group Comparison

Table I is here

Statistically significant differences were noted between the scale's pros and cons subscales' mean scores for the cigarette smokers and nonsmokers ($p=.000$, Table I). The cigarette smoker group's pros subscale mean score was high and their cons subscale mean score was low.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Internal Consistency Analysis

The reliability coefficients for the Adult DBS subscales were determined to be $\alpha = .85$ for the *pros subscale* and $\alpha = .81$ for the *cons subscale*.

Table II is here

When the 20-item scale's item-total score correlations were examined to assess instrument reliability, the *pros subscale* correlation coefficients (Pearson's Product Moment Correlation) were found to be .37-.77 and for the *cons subscale* to be .50-.71 at a statistically significant level ($p < 0.001$; Table II).

In addition, the examination of each item's correlations between the first and second administration revealed that only two items were found to have a low test-retest reliability coefficient ($r = .28$ and $.29$), the other items' test-retest reliability coefficients were $r = .30 - .66$ and they were found to be statistically significant ($p < 0.001$; Table II).

Test-Retest Reliability

The stability of the DBS subscales over time, the test-retest reliability coefficient, between the two administrations of the scale with a three week interval was evaluated with Pearson's Product Moment Correlation. Statistically significant positive correlations were determined between the test-retest score means of the DBS subscales (*Pros subscale*: $r = 0.721$, $p = 0.000$; *Cons subscale*: $r = 0.713$, $p = 0.000$; Table III).

Table III is here

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

To determine whether or not there were differences in the mean scores obtained from the subscales between the first and second time, the scale was evaluated using the t- test in dependent groups and no statistically significant differences were found ($p>0.05$).

To test whether or not the participants' responses to the scale's items were equal, the Hotelling T^2 test was employed. The hotelling test measures whether or not a response bias exists. The means were determined to be different as a result of this test (Hotelling $T^2=72.802$, $p <0.000$), indicating lack of bias.

DISCUSSION OF FINDINGS

If an instrument will be used in a different language it is necessary to show that it has the same validity and reliability as the instrument's original format (Patrick & Beery, 1991; Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). For this reason it was necessary to evaluate the validity and reliability of the DBS, which researchers plan to use with a Turkish population sample.

Decisional Balance Scale Validity

Scale's Concordance Validity

Experts were asked to evaluate the draft scale to determine its content validity and revisions were made according to their feedback (Sencan, 2005; Tezbasaran 1997). Experts used a form for assessment that provided scores for item concordance. When the majority of the experts have the same opinion it is considered to be an indicator of content validity (Sencan, 2005; Tezbasaran 1997). In this study the opinions of eight experts were analyzed which evaluated the appropriateness of the DBS items translated into Turkish for the language and culture. The recommendations of the experts about the statements' format and content were evaluated and some items were changed accordingly.

In the Kendall W concordance analysis which examined the agreement between the experts' opinions (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997), it was determined that the expert

1
2
3 opinions were in concordance (Kendall $W = .221$ $p = .115$). According to these results the
4
5 Turkish version of the DBS's statements can be said to be appropriate for Turkish culture, it
6
7 represents the area that was targeted for measurement and its comprehensive validity was
8
9 established.
10

14 Adult DBS's Construct Validity

15 *Factor and Confirmatory Factor Analysis*

16
17
18 One of the basic aims of factor analysis is to look at relationships between variables to
19
20 reveal new constructs. In other words, in factor analysis variables are grouped and common
21
22 factors are created (Eker, Dundar, & Peksen, 2005; Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). In the
23
24 original form of the DBS, developed by Velicer et al. (1985) and revised by Pallonen et al.
25
26 (1998) the 20 items were grouped under two factors. As a result of factor analysis in this
27
28 study the Kaiser-Meyer-Olkin coefficient (KMO) was found to be .83 and Barlett test result
29
30 $X^2 = 1527.5$, $p = 0.000$. These values show that the sample size and data were appropriate to
31
32 conduct factor analysis. As a result of the analysis, the factor distribution of the items were
33
34 consistent with those found in the revised scale by Pallonen et al. (1998). It was determined
35
36 that 24% of the total variance was explained in the pros subscale and 42.5% in the cons
37
38 subscale. Thus, the total explained variance was 66.5%. The greater the obtained variance the
39
40 stronger an instrument's factor structure. In studies in social sciences variances, between 40%
41
42 and 60% are considered to be adequate (Sencan, 2005). The total variance obtained in this
43
44 study was adequate, so Turkish DBS form was shown to have acceptable construct validity.
45
46
47
48
49
50

51
52 Confirmatory factor analysis is used to evaluate whether or not the items are
53
54 adequately represented in subscales and whether or not the defined subscales adequately
55
56 explain the scale's original construct. Confirmatory factor analysis evaluates whether or not a
57
58 factor's items' relationships with the factor are adequate (Patrick & Beery, 1991; Simsek,
59
60 2008; Sencan, 2005). At the same time, confirmatory factor analysis is a method to determine

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

evidence of validity for use of an instrument in a different culture from the one for which it was developed (Buyukozturk, 2007). As a result of DBS confirmatory analysis the pros subscale factor loads were 0.39-0.79 and cons subscale factor loads were 0.49-0.71. GFI, NFI, NNFI and CFI were found to be $> .90$ and RMSA $< .50$. These values indicates data consistent with the model, the scale's items and subscales are associated with the scale, every item on both subscales adequately defines their own factor and confirms the two-factor structure (Sirisek, 2007).

These results support the construct validity of DBS and show that it is a valid instrument for use in Turkish samples (Figure 1).

Contrasted Group Comparison

Another method used in the determination of construct validity is the contrasted group comparison. In this method groups are determined which will receive significantly different scores from the scale. It is expected that a difference will be found between the groups by administering the scale to the groups (Patrick & Beery, 1991; Sencan, 2005). In this study the DBS scores of individuals who did and did not smoke cigarettes were compared. The results showed that cigarette smokers had higher perceived benefits scores than nonsmokers and lower perceived disadvantages (Table I). The DBS to significantly divided the two groups of perceived pros and cons, demonstrating that the scale is an effective instrument for evaluating smokers and nonsmokers which supports the construct validity of DBS.

DBS's Reliability

DBS Subscales' Internal Consistency Analysis

Cronbach alpha coefficient is calculated as an indicator of homogeneity in attitude instruments with Likert-type scale responses to items. This test for internal consistency shows whether or not the items measure the same characteristics and whether or not the items are

1
2 associated with the subject targeted for measurement. The reliability coefficient needs to be
3
4 near 1 (one) to consider the measurement tool adequate (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997).
5
6 The DBS's items' alpha reliability coefficient for the cons subscale was found to be .81 and
7
8 for the pros subscale .85. The results are consistent with those reported by Velicer et al.
9
10 (1985) and Park et al. (2003). The scale's subscales were found to have a high level of
11
12 reliability for internal consistency.
13
14
15

16 17 *DBS Subscales' Item-Total Score Analysis*

18
19 The correlation coefficient of item analysis is used for reliability analysis to determine
20
21 to what degree an instrument's items are associated with the entire instrument (Sencan, 2005;
22
23 Tezbasaran, 1997). Obtaining a high correlation coefficient for each item shows that that item
24
25 is highly connected with the theoretic construct being measured, or that the item is influential
26
27 and adequate to measure the targeted behavior. It is recommended that the coefficient be
28
29 greater than .20 or .25 to be acceptable as an item (Patrick & Beery, 1991; Sencan, 2005;
30
31 Tezbasaran, 1997). In the examination of the item-total score correlations for this 20-item
32
33 scale in this study the pros dimension correlation coefficients (Pearson's Product Moment
34
35 Correlation) were .37-.77 and the cons subscale were .50-.71 which are at a statistically
36
37 significant level ($p < 0.001$; Table II). According to these results all of the DBS's items showed
38
39 adequate correlation with their own subscale's total score and the subscales' item reliability
40
41 was found to be high ($p < 0.001$, Table II).
42
43
44
45
46
47

48
49 The item-total score analysis is as much an indicator of reliability as it is accepted as
50
51 an indication of validity (internal consistency) and it reflects the scale's construct validity as
52
53 well (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997).
54
55
56
57
58
59
60

4
5 *Correlation Analysis and t test*
6

7
8 Test-retest measurement of the stability of an instrument is the most frequently used
9
10 analysis of reliability. It is frequently evaluated with the Pearson Product Moment Correlation
11
12 analysis (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). The closer a correlation coefficient is to +1, the
13
14 more reliable the tool over time. Correlation coefficient between test-retest scores on
15
16 instruments should be at least .70 (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). In the original DBS
17
18 study the coefficient for the cons subscale was found to be .87 and the pros to be .90, in the
19
20 retest three weeks later the stability coefficient between the two administrations of the adult
21
22 DBS were found to be .71 for cons subscale and .72 for pros subscale ($p= 0.000$, Table I).
23
24 Therefore, the translated Turkish version of DBS was found to have a high level of reliability
25
26 and the results between the two administrations of the scale were similar.
27
28

29
30
31 Statisticians also recommend that the two test results' score means and standard
32
33 deviations be examined for similarity (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). When this
34
35 calculation was done, no statistically significant difference was found in the score means
36
37 ($p>0.05$, Table III). In the administration of the same instrument to individuals at different
38
39 times having the individuals gave similar and consistent responses to items which indicates
40
41 the stability of the instrument (Sencan, 2005; Tezbasaran, 1997). The Turkish DBS was found
42
43 to have a high level of reliability.
44
45

46
47
48 There may not be any significant differences in individuals' total scores, but they
49
50 could have answered every item differently. For this reason it is also necessary to examine the
51
52 consistency between items for the two administrations (Patrick & Beery, 1991; Sencan, 2005;
53
54 Tezbasaran, 1997). In the examination of the correlations between scores for every item at the
55
56 first and second administration only two items were found to have low test-retest reliability
57
58 coefficients ($r= .28$ and $.29$), the other items' test-retest reliability coefficients were $r= .30$ -
59
60 $.66$, and they were statistically significant ($p<0.001$; Table II). Other than the two items,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

having the scales' items give similar results at the two measurements is an indicator that the items were understood by the subjects, and that items measured consistently.

Before removing items from a scale which have low reliability coefficients, it is necessary to look at the change in alpha coefficient and means. If the alpha coefficient increases when an item is removed from the scale, then that item decreases the reliability of the instrument and needs to be deleted from the scale. Items that do not change reliability are items which support the scale and do not need to be deleted from the scale (Seacan, 2005; Tezbasaran, 1997). Because the two items on the Turkish DBS had high correlation with their own subscale's total score and because the scale's reliability level was not affected when they were removed the decision was made to retain them in the scale.

Scales are susceptible to several common problems. The most troublesome are referred to as response bias (Polit & Hungler, 1997). The response bias is a type of cognitive bias which can affect the results of a statistical survey if respondents answer questions in the way they think the questioner wants them to answer rather than according to their true beliefs. This may occur if the questioner is obviously angling for a particular answer (as in push polling) or if the respondent wishes to please the questioner by answering what appears to be the "morally right" answer. Response bias is thought to have an adverse effect on the reliability and validity of the scales (Wikipedia, 2009). Therefore, in this study, the Hotelling T^2 test was conducted in order to find out whether or not a response bias exists. As a result of this test the means were determined to be different (Hotelling $T^2=72.802$, $p < 0.000$) (Ozdamar, 2004). The test result shows that people do not interpret every item the same and there was no response bias while answering the questions.

Implications for Practice

This study provided evidence that the DBS is a reliable instrument for measuring Turks adult individuals' positive and negative perceptions about cigarette use. This tool is considered to be a practical tool for professionals who specialize in smoking prevention. Using this scale, researchers can determine the pros/cons perceptions of subjects and effectively design services that aim to prevent smoking for those who don't smoke but perceive benefits of smoking. Other interventions could be designed for helping people quit who already smoke. Professional nurses and other providers can develop interventions specific to the culture and informed by the results obtained from this scale.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

REFERENCES

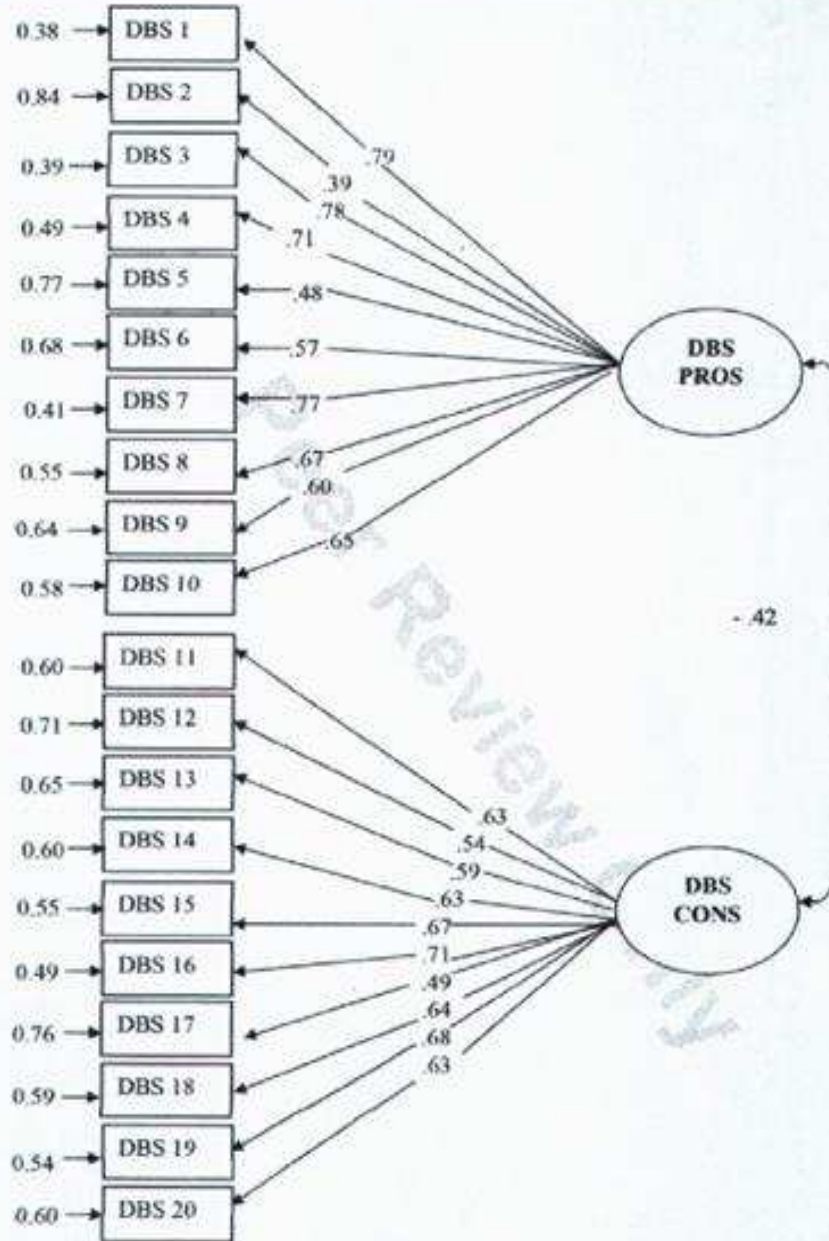
- Aker, S., Dündar, C., & Peksen, Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve Güvenirlik (Two vital concepts in measurement tools: validity and reliability). *OMÜ Tıp Dergisi*, 22(19), 50-60.
- Akgül, A. (2003). Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri spss uygulamaları (Statistical analysis techniques, using SPSS in medical research). (2nd ed.). Ankara, Emek Ofset Lmt. Sti.(pp187-224,382-385).
- Bilir, N., & Telatar, G. (2005). Tutun kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü (Health professionals' role in the control of tobacco). WHO.
- BM Uyuşturucu Madde Ve Sue Ofisi (2003). (UN Addictive Substances and Crimes Office), Türkiye'deki sağlık hizmetleri, eğitim ve toplumsal girişimle madde kullanımının önlenmesi çalışması (Prevention of substance use in Turkey with health services, education and community interventions).
- Buyukoznurk, S. Faktor analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı (Factor analysis: Basic concepts and use in tool development). *Eğitim Yönetimi Dergisi*. Retrieved March 13, 2007, <http://www.mimas.politics.anakara.edu.tr/buyukoz/fa.htm>.
- DeVellis, R.F. (1991). Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: Sage.
- Ercan, L., & Kan I. (2004). Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik (Validity and reliability in tools). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Ferketich, S. (1990). Focus on psychometrics: Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing & Health*, 13: 437-440.
- İl Sağlık Müdürlüğü. Bursa ilinde sigara icme yaygınlığı (Incidence of cigarette smoking in Bursa province). Retrieved March 13, 2008, www.bursa.saglik.gov.tr.

- 1
2
3 Jones, E. G., & Kay, M. (1992). Instrumentation in cross-cultural research. *Nursing Research*,
4
5 41, 186-188.
6
7 Lafferty, C.K., Heaney, C.A., & Chen, M.S. (1999). Assessing decisional balance for
8
9 smoking cessation among Southeast Asian males in the USA. *Health Education*
10
11 *Research*, 14(1), 139-146.
12
13 Mishel, M. H. (1998). Methodological studies: Instrument development. Brink P J, Wood M
14
15 J. *Advanced Design in Nursing Research*. (2nd ed.) Thousand Oaks: Sage
16
17 Publications. (pp 235-282).
18
19 Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th ed.). Philadelphia:
20
21 Lippincott.
22
23 Ogel, K., Tamar, D., Evren, C., & Cakmak, D. (1998). Live gencleri arasinda sigara, alkol ve
24
25 madde kullanim yayginligi projesi 98 (Prevalence of cigarette, alcohol and substance
26
27 use in high school youth project 98).
28
29 Ozdamar, K. (2005). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi (Statistical data analysis
30
31 with packet programs), 5.Baski. Eskischir: Kaan Kitabevi (pp235-278).
32
33 Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V., & Smith, N. F. (1998).
34
35 Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An empirical integration.
36
37 *Addictive Behaviors*, 23, 303-324.
38
39 Patrick, D.L., & Beery, W.L. (1991). Measurement issues: Reliability and validity. *American*
40
41 *Journal of Health Promotion*, 5, 305-310.
42
43 Peksen, Y. (1995). Sigara iciminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif icicilik (Reasons for
44
45 cigarette smoking, epidemiology, passive smoking). Tur A (Ed). *Sigaranin sagliga*
46
47 *etkileri ve birakma yontemleri* (Effects of cigarettes on health and methods of quitting
48
49 Samsun). Logos Yayıncılık. (pp1-28).
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 PIAR. (1998). Sigara aliskanliklari ve sigara ile mucadele kampanyasi kamuoyu arastirmasi
4 raporu (Research report of public opinion of cigarette smoking habits and fight against
5 cigarettes campaign), PIAR.
6
7
8
9
10 Polit, D.E., & Beck, C.T. (2004). Nursing research: Principle and methods (7th ed.)
11 Philadelphia: Lippincott.
12
13
14 Polit, D.E., & Hungler B.P (1997). Nursing research: Methods, appraisal, and Utilization (4th
15 ed.) Philadelphia: Lippincott.
16
17
18
19 Savasir, I., & Sahin, H.N. (2002). Bilissel davranisci terapilerde degerlendirme: Sik kullanılan
20 olcekler (Evaluation in cognitive behavioral therapy: Frequently used tools). Ankara
21 Turk Psikoloji Dernegi Yayinlari. (pp 46-50,123-129).
22
23
24
25
26 Sencan, H. (2005). Sosyal ve davranissal olcumlere guvenirlilik ve gecerlilik (Validity and
27 reliability in social and behavioral instruments). Seckin Yayıncılık, Ankara.
28
29
30
31 Simsek, O.F. (2007). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL
32 uygulaması (Introduction to structural equality modeling: Basic principles and
33 LISREL procedure). Ekinoks Yayınevi, İstanbul.
34
35
36
37
38 Tezbasaran, A. (1997). Likert tipi olcek gelistirme kilavuzu (Guide to development of likert
39 type tools) (2nd ed.) . Ankara Turk Psikologlar Dernegi Yayinlari. (pp19-51).
40
41
42
43 Tutunsuz Yasam Dernegi. Turkiye'de sigara icme yayginligi (Prevalence of cigarette smoking
44 in Turkey), Tutunsuz Yasam Dernegi, Retrieved March 13, 2008.
45
46
47 www.tutunsuzyasam.org .
48
49
50 Velicer,W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional
51 balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality*
52 *and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
53
54
55
56
57 Wikipedia, the free encyclopedia. Response Bias. Retrived date: 02.02.2009.
58
59 http://en.wikipedia.org/wiki/Response_bias
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Figure 1. Decisional Balance Scale's Confirmatory Factor Analysis Model



URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/ujan> Email: cvourakis@csus.edu

Table I: Comparison of Decisional Balance Scale Score Means According to Cigarette

Smoking Status

DBS Subscales	Smokes Cigarettes			Does Not Smoke Cigarettes			t	p
	n	m	sd	n	m	sd		
Pros Subscale	187	45.9	5.1	178	37.1	9.8	8.417	.000
Cons Subscale	187	20.1	8.6	178	25.2	9.6	3.941	.000

Table II. DBS Subscales Item-Total Score and Items' Test-Retest Analyses

DBS	Items	Item-subtotal Score Correlation (n=486)		Items' Test-Retest Score Correlations (n=365)	
		r	p	r	P
Pros Subscale	1. Cigarette smoking is pleasurable.	.77	.000	.63	.000
	2. I like the ritual of taking out of my cigarettes and pausing a moment to light up	.37	.000	.31	.000
	3. I am relax and therefore more pleasant when smoking	.76	.000	.66	.000
	4. If I try to stop smoking, I'll probably be irritable and a pain to be around	.75	.000	.48	.000
	5. My family and my friends like me better when I am happily smoking than When I am miserable trying to quit	.51	.000	.29	.000
	6. I like myself better when I smoke	.56	.000	.43	.000
	7. Smoking helps me concentrate and to better work.	.75	.000	.43	.000
	8. Smoking cigarettes relieves tension	.69	.000	.35	.000
	9. By continuing to smoke I feel I am making my own decision.	.64	.000	.31	.000
	10. After not smoking for a while, a cigarette makes me feel great	.67	.000	.38	.000
	11. My smoking affects the health of others	.55	.000	.30	.000
	12. Others close to me would suffer if I became ill from smoking	.51	.000	.37	.000
	13. Because I continue smoke, some people I know think I lack character to quit	.50	.000	.31	.000
	14. Smoking cigarettes is hazardous to my health	.55	.000	.33	.000
	15. I'm embarrassed that I have to smoke.	.67	.000	.39	.000
	16. My cigarette smoke bothers other people.	.64	.000	.30	.000
	Cons Subscale	17. People think I am foolish for ignoring warnings about cigarette smoking	.59	.000	.28
18. People close to me disapprove of my smoking		.69	.000	.36	.000
19. I am foolish to ignore the warnings about cigarettes.		.71	.000	.32	.000
20. I would be more energetic right now if I didn't smoke.		.65	.000	.33	.000

Table III. Comparison of DBS Subscale Test-Retest Score Means (n=365)

DBS Subscales	First Administration X±SD	Second Administration X±SD	r	p	t	p
Pros Subscale	41.5 ± 9.2	42.4 ± 9.4	.721	.000	1.454	.148
Cons Subscale	21.3 ± 8.3	21.8 ± 8.9	.713	.000	.635	.526

EK-5

ÖĞRENCİ SOSYO DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Sevgili Öğrenciler,

Bu formda sigara kullanımına yönelik bir dizi soru ve cümle bulunmaktadır. Her soruya ve cümleye doğru yanıt vermeniz çok önemlidir. Sizlerden forma isminizi yazmanız istenmeyecek, bir şifre yapma yolu gösterilerek, kendinize sadece sizin bileceğiniz bir şifre oluşturmanız sağlanacaktır. Cevaplarınız sınıfınıza gelen kişi tarafından toplanacak, öğretmenleriniz ve ailelerinize gösterilmeyecektir. Katkınız için teşekkür eder, başarılar dileriz.

Okulu:

Rumuz:

Sınıfı:

Yaş:

Cinsiyet:

Anne Eğitimi İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Baba Eğitimi: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

1. Anneniz sigara içiyor mu?

Evet

Hayır

2. Babanız sigara içiyor mu?

Evet

Hayır

3. Kız ya da erkek kardeşiniz sigara içiyor mu? Evet Hayır

4. Siz hiç sigara kullandınız mı ya da denediniz mi? Evet Hayır

5. Sigara içme hakkında bana söylemek istediğin başka bir şey var mı?

.....

EK-6

EBEVEYN KARAR DENGE ÖLÇEĞİ

1. Aşağıdaki durumlarda sizin için en uygun olan seçeneği daire içine alınız.

1- Hiçbir zaman 2- Nadiren 3- Ara sıra 4- Sıklıkla 5- Daima

a. Sigara içmek bana keyif verir	1	2	3	4	5
b. Benim sigara içmem yanımda bulunan diğer kişilerin sağlığını etkiler	1	2	3	4	5
c. Sigaramı paketinden çıkarıp yakmadan önce bir süre beklemeyi, bunu neredeyse bir törene dönüştürmeyi seviyorum	1	2	3	4	5
d. Eğer sigara yüzünden rahatsızlansaydım, yanımda olanlar da zarar görürdü	1	2	3	4	5
e. Sigara içerken rahatlıyorum ve bu yüzden de daha çok keyif alıyorum	1	2	3	4	5
f. Sürekli sigara içtiğimden, bazı insanlar sigarayı bırakamayacağımı düşünüyorlar	1	2	3	4	5
g. Eğer sigarayı bırakmayı denersen, büyük olasılıkla sinirli olacağım ve etrafımdakileri huzursuz edeceğim	1	2	3	4	5
h. Sigara içmek sağlığım için zararlıdır.	1	2	3	4	5
i. Ailem ve arkadaşlarım beni mutsuz bir şekilde sigara bırakmaya çalışırken görmektense, mutlu bir şekilde sigara içerken görmeyi daha çok ister	1	2	3	4	5
j. Sigara içmek zorunda olduğum için utanıyorum	1	2	3	4	5
k. Sigara içtiğimde kendimi daha çok seviyorum	1	2	3	4	5
l. Sigaramın dumanı diğer insanları rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
m. Sigara içmek daha iyi konsantre olmama ve çalışmama yardımcı oluyor.	1	2	3	4	5
n. İnsanlar sigara içme ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için benim aptallık ettiğimi düşünüyorlar	1	2	3	4	5
o. Sigara içmek gerginliği azaltır	1	2	3	4	5
4p. Yanımdaki insanlar sigara içmemi onaylamıyorlar	1	2	3	4	5
4q. Sigara içmeye devam ederek, kendi kararlarımı kendimin verdiğini hissediyorum	1	2	3	4	5
r. Sigara ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için aptallık ediyorum	1	2	3	4	5
s. Sigara içmeye ara verdikten kısa bir süre sonra içtiğim sigara, kendimi çok daha iyi hissetmeme neden oluyor	1	2	3	4	5
t. Eğer sigara içmeseydim, çok daha enerjik olurum	1	2	3	4	5

EK-7

ÇOCUK KARAR DENGE ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki durumlarda sizin için en uygun olan seçeneği daire içine alınız.

1- Hayır 2- Çok az 3- Bazen 4- Çoğunlukla 5- Evet

a. Sigara içmek çocukların diğer insanlardan / çocuklardan daha fazla saygı görmesini sağlar	1	2	3	4	5
b. Sigara pis kokar	1	2	3	4	5
c. Sigara içen çocukların daha çok arkadaşı var	1	2	3	4	5
d. Sigara içmek diğer insanları hasta eder	1	2	3	4	5
e. Sigara içmek insanların sorunları ile başa çıkmasına yardımcı olur	1	2	3	4	5
f. Sigara içmek insan sağlığı için zararlıdır	1	2	3	4	5
g. Sigara içmek kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar	1	2	3	4	5
h. Sigara dumanı diğer insanları rahatsız eder	1	2	3	4	5
i. Sigara içmek rahatlamana yardımcı olur	1	2	3	4	5
j. Sigara içmek kötü bir alışkanlıktır	1	2	3	4	5
k. Sigara içen çocuklar daha çok eğlenir	1	2	3	4	5
l. Sigara içmek dişleri sarartır	1	2	3	4	5

EK-8

EBEVEYN ONAY FORMU

Değerli Anne / Baba

Sigara tüketimi her geçen gün ülkemizde daha büyük bir problem haline gelmektedir. Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalar sigara kullanım yaygınlığının giderek arttığını, sigara kullanmaya başlama yaşının 11 yaşa kadar indiğini ve her gün yaklaşık 1000-6000 çocuğun sigaraya başladığını göstermektedir. Her yıl dünyada içilen sigaraların %2’sinin ve bölgemizde tüketilen sigaraların %14’unun ülkemizde içilmesi sorunun bizim açımızdan önemini ve önceliğini ortaya koymaktadır. Sigara kullanımını önleme ve azaltma çalışmalarının temel ilkesi sigaraya başlama oranını düşürmektir. Çocuklar arasında sigara içme oranının artmasının önemli bir nedeni çocuklara sigaranın zararlarının tam olarak anlatılmamasıdır. Bu nedenle çocuklara yönelik sigara kullanımını önleme programlarının geliştirilmesi büyük önem kazanmaktadır. Sigara kullanımını önleme programlarının etkili olabilmesindeki en önemli nokta ise yapılan girişimlerin okul, aile ve toplum temelli olmasıdır.

Dünyadaki bir çok önemli sağlık kuruluşu bu programların mümkün olduğunca erken başlatılmasının önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle çocuklarının sigara kullanımına yönelik bilgi, davranış ve tutumlarını değiştirebilecek bir “Sigara Kullanımını Önleme Programı” geliştirdik. Eğitim programını zenginleştirmek amacıyla siz anne ve babaların sigara içme ile ilgili davranış ve tutumlarının çocuklarınızın sigara içme davranışlarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla da eke bir anket formu koyduk. Program içeriğini ekte bulabilirsiniz. Ekte sunulan anket formunu doldurmanızı ve çocuğunuzun bu çalışmaya katılması için gerekli izinin verilmesini rica ederiz.

Saygılarımızla

Murat Bektaş

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

Çalışmayla ilgili bana verilen bilgileri okudum. Velisi olduğum’
çalışmaya katılmasını

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

Velinin ad-soyadı :

İmzası :

Tarih :