



**T.C.**

**SANKO ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRMEK İÇİN  
SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nursena ALAGÖZ**

**2021**

**GAZİANTEP**

**T.C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRMEK İÇİN**  
**SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NURSENA ALAGÖZ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Betül AKTAŞ**

**Doç. Dr. Ayşe Berivan BAKAN**

**2021**

**GAZİANTEP**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

<b>Öğrencinin Adı Soyadı</b>	Nursena ALAGÖZ	<b>Tez Savunma Tarihi</b>	08/07/2021
<b>Tez Adı</b>	Sigara Bırakma Davranışlarını Değerlendirmek İçin Sağlık İnanç Modeline Dayalı Ölçek Geliştirme		

### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
<b>Tez Danışmanı Üye</b>	Doç. Dr. Betül AKTAŞ	İzmir Katip Çelebi Üniv. /SBF/Halk Sağlığı Hemşireliği	
<b>Üye</b>	Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ	SANKO Üniv./SBF/Hemşirelik Esasları AD.	
<b>Üye</b>	Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL	AtaÜni/Hem Fak./Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	

### ONAY

#### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**Tarih** :...../...../.....

**Karar No** :...../...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ayşen BAYRAM**

**Enstitü Müdürü**

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nursena ALAGÖZ

08/07/2021

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca, tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi sürecince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak, hayat ve iş disiplini konusunda yol gösteren, çalışmalarımın her aşamasında beni yönlendiren, zorluklara karşı beni güçlendiren, destek veren emeklerini asla unutmayacağım değerli tez danışman hocalarım Doç. Dr. Betül AKTAŞ ve Doç. Dr. Ayşe Berivan BAKAN'a,

Uzman görüşlerini aldığım saygıdeğer hocalarıma,

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma,

Çalışmanın veri tabanını oluşturan değerli katılımcılara,

Sevgisini, desteğini her zaman yanında hissettiğim varlığıyla gücüme güç katan yol arkadaşım İnan Can GÜNDÜZ'e,

Beni bu günlere getirirken hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, her an varlıklarını yanımda hissettiğim sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nursena ALAGÖZ

## ÖZET

### SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRMEK İÇİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME

Metadolojik türdeki bu çalışma, sigara bırakmaya yönelik davranışları açıklayabilmek amacıyla Sağlık İnanç Modeli temelli bir ölçek geliştirilmek için yapılmıştır. Veriler online anket yöntemi ile Eylül 2020 – Şubat 2021 tarihleri aralığında araştırmaya katılmayı kabul eden 720 birey ile tamamlanmıştır. Araştırmanın evrenini sigara içtiğini belirten 18 yaş üzeri yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Veri toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SBD-SİM ölçeği) kullanılmıştır. İstatistiksel analizi SPSS 26.0 ve AMOS istatistik paket programında yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik çalışması için ilk aşamada kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşüne başvurulmuştur. Değerlendirmeler sonucunda ölçekte yer alan 1 ifade (madde 73) .62'nin altında değer aldığı için ölçekten çıkarılmıştır. Modelin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alpha iç tutarlılık analizi, Madde-Toplam Korelasyonu ve Test-Tekrar Test, yapı geçerliğini ve faktör yapısını test etmek için Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde maddelerin faktör yüklerinin birinci faktörde .535 ile .783 arasında, ikinci faktörde .715 ile .804 arasında, üçüncü faktörde .593 ile .797 arasında, dördüncü faktörde ise .590 ile .690 arasında değer aldığı izlenmiştir. Ölçekteki maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri 0.988, Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) değeri ise 0.800 olarak tespit edilmiştir. KMO değeri 0.926 ve Bartlett's testi değeri 16489,65 ( $p < 0.001$ ) olarak belirlenmiştir. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda ölçeğin, ki-kare istatistiğinin serbestlik derecelerine oranı CMIN/DF: 3,68; (RMSEA) 0.06; (GFI) 0,85; (RMR) 0,10; (AGFI) 0,82 ve (CFI) değeri ise 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği için yapılan doğrulamalı faktör analizi uyum değerleri istenilen düzeyde yeterli bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan iç tutarlılık analizi cronbach alfa değerlerinin birinci faktör (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) için 0.93, ikinci faktör (Algılanan Engel) için 0,91, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) için 0,85 ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) için 0,86 olduğu belirlendi. Ölçekten, model gereği toplam puan hesaplanmadığı için sadece alt boyutları için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu gösteren Pearson korelasyon analizinde, Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet ve Öz Yeterlilik boyutlarında iki ölçüm arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,507$   $p < 0,002$ ,  $r=0,477$   $p < 0,004$ ). Ancak Algılanan Engel ve Algılanan Yarar boyutlarında iki ölçüm arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=0,171$   $p > 0,05$ ,  $r=0,117$   $p > 0,05$ ). Analizler sonrasında 37 maddeye inen Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SBD-SİM ölçeği)

duyarlılık ve ciddiyet algısı, engel algısı, öz yeterlilik ve yarar algısı olmak üzere dört alt boyut içermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi alt boyutlar üzerinden gerçekleştirilir. Bu çalışmada geliştirilen ölçüm aracının farklı dil ve kültürlere adaptasyonu yapılarak geniş bir kullanım alanı bulacağını ve sigara ile mücadele eden birey ve kurumlara önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık İnanç Modeli, Sigara bırakma, Halk Sağlığı, Tütün, Bağımlılık, Geçerlilik, Güvenirlilik



## **ABSTRACT**

### **SCALE DEVELOPMENT BASED ON THE HEALTH BELIEF MODEL TO EVALUATE SMOKING CESSATION BEHAVIORS**

The study of the methodological type was made to be modeled on an augmentation basis to simplify this study. The data were completed with the online survey method from September 2020 to February 2021, with 720 submissions accepting to participate. He prefers the age of 18, whose research indicates that he smokes. Introductory Information Form and Smoking Cessation Behavior Health Belief Model Scale (SBD-SIM scale) were used in the data. Statistical analysis is SPSS 26.0 and AMOS statistical. For the first comprehensive comprehensiveness for the validity study of the scale, the opinions of 10 experts were consulted. Place purchased for valuations is reviewed under 1 statement. To test the reliability of the model, exploratory factor analysis was performed to analyze the Cronbach Alpha internally, to test the construct validity and factor-Total Correlation and Test-Retest. In the exploratory factor analysis, the significant burdens are evaluated between .535 and .783 in the first factor, between .593 and .797 in the elite factor, and between .590 and .690 in the elite factor. The Index () value included in the criterion in the scale was calculated as 0.988, and the Comprehensive Sugar Criteria (CGI) as 0,800. The KMO value is 0,926 and the Bartlett's test value is 16489,65 ( $p < 0.001$ ). CMIN/DF with the potential of chi-square as confirmatory factor generator: 3.68; (RMSEA) 0,06; (GFI) 0,85; (RMR) 0,10; (AGFI) would be 0,82 and (CFI) would be 0,95. It may be appropriate in terms of factor analysis values that are correct for the validity of the correct criterion. For the reliability of the scale, the cronbach's alpha values of the internal well-being analysis were determined as 0.93 for the first factor (Perceptual Sensitivity and Severity), 0,91 for the second factor (Perceived Barrier), 0.85 for Selection (Missed Barrier), and 0,86 for the prominent factor (Perceived Benefit). Cronbach's alpha value was calculated for only sub-dimensions from the scale, since the model was not scored in total. It is an indicator of the agreement between the means of the test-retest scores of the scale. On the Perceived Sensitivity-Severity and Self-Efficacy measures, with a relationship between the two measures as choice and target ( $r = 0,507$   $p < 0,002$ ,  $r = 0,477$   $p < 0,004$ ). However, no significant correlation was found between two dimensions in Perceived Barrier and Perceived Benefit dimensions ( $r = 0,171$   $p > 0,05$ ,  $r = 0,117$   $p > 0,05$ ). Smoking behavior Health Belief Scale (SBD-SIM monitoring) (SBD-SIM monitoring) The evaluations of the scale are based on sub-dimensions. The adaptation of tools



suitable for this use to different language cultures is a wide range of uses and products grown from smoking-related grown and grown materials.

**Keywords:**Healt Belief Model, Quit Smoking, Public Healt, Tobacco, Dependency, Validity, Reliability



<b>KABUL VE ONAY SAYFASI</b> .....	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xv</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xvi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi.....	3
2.2. Sigara Kullanımının Epidemiyolojisi.....	4
2.2.1. Dünyada sigara kullanımının epidemiyolojisi.....	5
2.2.2. Türkiye’de sigara kullanımının epidemiyolojisi.....	5
2.3. Sigaranın İçeriği.....	6
2.4. Sigara Dumanının Özellikleri.....	7
2.5. Sigara kullanmaya başlama nedenleri.....	7
2.5.1. Sigara kullanımını sürdürme nedenleri.....	9
2.6. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri.....	10
2.6.1. Kanserler.....	11
2.6.2. Solunum sistemi etkileri.....	11
2.6.3. Kardiyovasküler sistem etkileri.....	12
2.6.4. Gastrointestinal sistem etkileri.....	13
2.6.5. Kadın sağlığına etkileri.....	13
2.6.6. Erkek sağlığına etkileri.....	13
2.6.7. Bebek ve çocuk sağlığına etkileri.....	13
2.6.8. Hormonlar üzerine etkileri.....	14

2.6.9. İmmün sistem üzerine etkileri.....	14
2.7. Sigaranın Ekonomik Etkileri .....	14
2.8. Pasif İçicilik .....	14
2.9. Sigara Bağımlılığı.....	15
2.9.1 Nikotin bağımlılığı.....	15
2.9.2 Sigara bağımlılığının döngüsü.....	16
2.9.3. Nikotin yoksunluğu.....	16
2.9.4 Nikotin tolerans.....	17
2.10. Sigara Kullanımının Önlenmesi.....	17
2.11. Dünyada Tütün Kontrolü Çalışmalar.....	17
2.13. Sigara Bırakma ve Tedavi Yöntemleri .....	20
2.13. 1. Sorgulama .....	21
2.13.2. Öneri .....	21
2.13.3. Değerlendirme .....	21
2.13.4. Tedavi .....	21
2.13.4.1. Farmakoterapi .....	22
2.13.4.2. Nikotin içermeyen farmakoterapi (Bupropion Hci).....	22
2.13.4.3. Nikotin replasman tedavisi (NTR).....	22
2.13.4.4. Vareniklin .....	23
2.13.4.5. Kombinasyon tedavileri.....	23
2.13.4.6. Diğer yöntemler .....	23
2.14. Sigara Bırakmanın Sağlığa Olumlu Etkileri .....	23
2.15. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Olan Faktörler.....	24
2.16. Sigara Bırakmada Halk Sağlığı Hemşiresi Rolü.....	24
2.17. Sağlık İnanç Modeli.....	25
2.17. 1. Algılanan duyarlılık .....	26
2.17. 2. Algılanan ciddiyet.....	26
2.17. 3. Algılanan yarar .....	26

2.17.4. Algılanan engel .....	26
2.17.5. Eylem ipuçları.....	27
2.17.6. Öz etkililik .....	27
2.18. Ölçek Geliştirme Yöntem ve Analizleri .....	27
2.19. Güvenirlik .....	28
2.19.1. İç tutarlılık yöntemleri .....	28
2.19.1.1. Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı.....	29
2.19.1.2. Madde toplam puan korelasyonu .....	29
2.20. Geçerlik.....	29
2.20.1. İçerik kapsam geçerliği.....	30
2.20.2. Yapı geçerliliği .....	30
2.20.2.1. Faktör analizi .....	31
2.20.2.1. 1. Açıklayıcı faktör analizi (AFA).....	32
2.20.2.1.2. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) .....	32
2.21. Ölçek Geliştirme Süreci.....	33
2.21.1. Yeni bir ölçek geliştirme.....	33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Verilerin Toplanması .....	34
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	34
3.4.2. Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SBD-SİM Ölçeği).....	34
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu .....	35
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	35
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>36</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>59</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>62</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>73</b>

Ek-1 Tanıtıcı Form

Ek-2 Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ( SBD-SİM ölçeği)

Ek-3 Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi (İsme Göre Alfabetik Sıralı)

Ek-4 Etik Kurul Karar Formu

Ek-5 Tez İntihal Raporu

Ek-6 Özgeçmiş



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>AGFI</b>	: Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi
<b>CFI</b>	: Karşılaştırmalı Uyum İndeks Değeri
<b>CMIN/DF</b>	: Ki-Kare İstatistiğinin Serbestlik Derecelerine Oranı
<b>CO</b>	: Karbonmonoksit
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FNBT</b>	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<b>GATS</b>	: Global Adult Tobacco Survey
<b>GFI</b>	: Goodness of Fit Index
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
<b>KGİ</b>	: Kapsam Geçerlik İndeksi
<b>KGÖ</b>	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
<b>KMO</b>	: Kaiser-Mayer Olkin Analizi
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>NAC</b>	: Nükleus Akumbens
<b>NRT</b>	: Nikotin Replasman Tedavisi
<b>RMR</b>	: Ortalama Hataların Karekökü
<b>RMSEA</b>	: Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>TAPDK</b>	: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
<b>TTM</b>	: Transteorik Model
<b>VTA</b>	: Ventral Tegmental Alan

Tablo2.1. Sigara kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek olan kanser türleri .	11
Tablo2.2. Sigara kullanımına bağlı kardiyovasküler sistemde ortaya çıkabilecek hastalıklar. .....	13
Tablo 4. 1. Bireylerin Tanıtıcı zelliklerinin Dağılımı .....	36
Tablo 4.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlgili zelliklerinin Dağılımı .....	37
Tablo.4.3. Kapsam (İçerik) Geçerliliği Oranı Hesaplama Tablosu* .....	39
Tablo 4.4. SBD-SİM leği'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's Testi Sonuçları.....	42
Tablo 4.5. SBD-SİM leği'nin Alt Boyutlarına Ait zdeğer ve Açıkladıkları Varyans ..	43
Tablo 4.6. Faktör Analizi Sonucunda SBD-SİM leğinde Kalan 37 Maddenin Faktör Yükleri .....	45
Tablo 4.7. SBD-SİM leği Doğrulatoryıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri.....	47
Tablo 4.8. Faktör Analizi Sonucunda SBD-SİM leğinde Kalan 37 Maddenin Madde- Toplam Korelasyonu.....	50
Tablo 4.9. SBD-SİM leği Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları.....	52

## ŞEKİLLER DİZİNİ

## SAYFA NO

Şekil 4.1. SBD-SİM Ölçeği Scree Plot.....	43
Şekil 4.2. SBD-SİM Path Diyagramı.....	48





## 1. GİRİŞ

Tüm dünyada önlenebilir mortalite ve morbiditenin önde gelen sebeplerinden biri olan sigara kullanımı, anne karnından başlayarak, yaşamın bütün evrelerinde birçok sağlık problemine neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (WHO,2017). Aynı zamanda bu halk sağlığı sorunu önlenebilir erken ölüm ve iş görmezlik nedenleri arasında da yer almaktadır. Tütün kullanımı bağımlılık ve hastalık yapıcı olması, erken öldürmesi ve tütün dumanına maruz kalan bireylerde benzer risklerle karşı karşıya kalınması nedeniyle sağlık açısından önemlidir (Aslan, 2012). Sigara içeriğindeki nikotin maddesinden dolayı bağımlılık yapmaktadır. Kanserojen maddeler içerdiği için bağımlılığın yanı sıra birçok hastalığa ve ölüme sebebiyet vermektedir (Taş, 2019).

Sigara bağımlılığı; kendisine kolay ulaşılabilir olması ve yasal olması nedeniyle kullanımı toplum içinde çok yaygın olan ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de aynı şekilde sigara bağımlılığını nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (WHO, 2019). DSÖ'nün açıkladığı verilere göre; her 6 saniyede 1 insan, her gün yaklaşık 15 bin insan, senede yaklaşık 6 milyon insan sigara nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2017 yılında sadece sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle 8 milyon insanın hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Sigara kullanımındaki artışın devam etmesi durumunda ise 21. yüzyılda sigara nedeniyle beklenen ölüm sayısının 1 milyar insanı bulması öngörülmektedir (WHO, 2019). Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 100,000 ölümün nedeni tütün kullanımına bağlı ortaya çıkan hastalıklardır (Başol ve ark., 2015). Dünyada sigara içen kişilerin yaklaşık üçte ikisi 10 ülkede yaşamaktadır ve bu ülkelerden birisi de Türkiye'dir (WHO, 2008). Türkiye en büyük sigara tüketicisi ülkeler listesinde yer almaktadır. 1980-2008 yılları arasında yaşanan ekonomik krizler, enflasyondaki artış, nüfus artış hızındaki yavaşlama ve kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla oranındaki düşmeye karşın sigara tüketimi 53,399 milyon adetten 107,859 milyon adete çıkmıştır. Yani sigara tüketimi %102 oranında artış göstermiştir (Temiz, 2010). Sigara kullananların %70'ine yakını sigarayı bırakmayı düşünmekteyken, %80' i de yaşamının bir döneminde sigarayı bırakma denemesinde bulunmaktadır (Taş, 2019). Sigarayı bırakmayı deneyenlerin çoğunluğu yardım almadan bırakmaya çalışmakta ve bunların birçoğu da çok geçmeden tekrar sigara kullanmaya başlamaktadır. Sigarayı bırakma başarısını ve devamlılığını arttırmak için, sigara kullanımının devamına sebep olan etkenleri belirleyip sosyal, çevresel ve farmakolojik yönden mücadele edilmesi gerekmektedir. Sigaranın bırakılıp devamlılığının sürdürülmesinde genellikle sosyal, ekonomik ve kültürel etkenler rol oynarlar (Yaşar ve ark., 2014). Kişilerin inançları sağlık

davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkilidir. Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında son elli senedir kullanılan bir modeldir. SİM 1950’de, hastalıklardan korunması ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın az olduğunu açıklamak için Rosenstock ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Modelden, sağlığın sürdürülmesi, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin belirlenmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili araştırma ve müdahalelerde planlanması amacıyla kullanılmaktadır (Edward ve ark., 2021).

Halk sağlığı hemşiresi sağlık konusunda topluma önderlik etmenin yanı sıra sigara ile mücadelede etkin bir rol almaktadır (Kutlu ve ark., 2005). Bireylerin sigara ile mücadelesinde büyük rol oynayarak, daha sağlıklı toplumların oluşmasına katkı sağlamaktadır (Karadağlı, 2009). Sigara bırakmada daha önemli yöntemlere ihtiyaç olduğu ve sigara ile mücadele eden birey ve kurumlara önemli katkı sağlayacak model temelli girişimlerin gerekliliğinden dolayı bu çalışma da sigara bırakmaya yönelik davranışları açıklayabilmek için Sağlık İnanç Modeli temelli bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tarih kitaplarına göre tütün tarımı milattan önce 6000 senesinde Amerika kıtasında başlamış ve 4500 yıl sonra Orta Amerika'da yaşamakta olan Mayalar tarafından kullanılmıştır. Yerlilerin kuru tütün yapraklarını sararak ya da ezerek ilkel pipolarda kullanmış olduğu, bazılarının tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri ya da lavman gibi kullandıkları anlaşılmıştır. Daha sonra tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde ise İnkalar tarafından benimsenmiştir. Avrupalılar tütünü 1492 senesinde Küba'ya ayak basan Christopher Columbus tarafından öğrenmişlerdir. Küba adasındaki yerliler tütünü dini törenler de ve şöenlerde kullanmışlardır. Avrupa'dan gelen denizcilere ikram ettikleri bu nesneyi Tobacos olarak tanıtmışlardır. Bugün Karayip denizindeki tütün yetiştiren adalardan biride Tobacco adası olarak isimlendirilmiştir. Amerika'ya göç eden Avrupalılar ilk defa 1531 senesinde yeni kıtada tütün ekimine başlamışlardır. Virginia bölgesinde 1612 yılında ilk kez ticari amaçlı tütün tarımı gerçekleştirilmiştir (Musk ve ark., 2003). On dokuzuncu yüzyılın başlarında puro kullanımı yaygınken sigara yapan makinenin 1881 yılında ABD'de bulunmasıyla sigara en sık kullanılan türü haline dönüşmüştür. Sigaranın zararlı etkilerinin bilinmediği dönemde, kullanımı konusunda herhangi bir kısıtlama yapılmamış, kullanımı çeşitli şekillerde desteklenmiş ve bu yüzden sigara kullanımı hızla yaygınlaşmıştır (Güzel, 2017).

Özellikle tütünün içinde bulunan nikotinin 1828 yılında ayrıştırılması ve etkilerinin keşfiyle tütüne olan bakış çok daha temkinli hale gelmiştir. Ancak 19. yüzyılın sonlarına doğru tütün bitkisinin tıbbi kullanımına yönelik çalışmalar yayınlanmaya devam etmiştir ve antiseptik, uyarıcı amaçlı, kaşıntı, saçkıran, mantar hastalıklarının, çeşitli ülser türlerinin tedavisinde kullanımı devam etmiştir. British Medical Journal'da 1889 yılında yayınlanan bir makalede, sigara içen kişilerde difteri ve tifüs hastalıklarının görülme oranının düşük olduğu ifade edilirken; 1913 yılında yayınlanan başka bir makalede tütünün koleraya karşı önleyici etkisinden bahsedilmektedir (Musk ve ark., 2003; Mercimek ve ark., 2004). Osmanlıda tütün içimi 1500'lü yıllarda Mısır'da başlamıştır. 1853-1856 seneleri arasında Kırım Savaşı'nda Osmanlı askerleri İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış şark tütününü kâğıda sararak sigara biçiminde içtiklerini görmüşler ve bu kullanım şekli kısa bir süre içinde benimsemişlerdir. Osmanlı hükümeti 1884 yılında ekonomik nedenlerden dolayı tütün ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Cumhuriyet döneminde 4 Mart 1925 günü kurulan Ulusal Tekel ile bu durum son bulmuştur (Bilir, 2007).

Tütün satın alınması, işletilmesi ve sigara üretimi, satılması ile tütüne ait işlemlerin hükümet tarafından yürütülmesi 26.02.1923 tarih ve 558 sayılı yasa ile kabul edilmiştir. Tütün ve tütün mamüllerinin ithalatının yasaklanmasına 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla son verilmiştir. Türkiye’de sigara karşıtı derneklerin yoğun çabaları ile 7.11.1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nden "Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine" dair 4207 sayılı yasa çıkmıştır. Ülkemiz insanı tütünden gelecek zararlara karşı sağlığını korumak amacı ile 19 Ocak 2008 tarihinde kabul gören, 19 Mayıs 2008’de yürürlüğe giren 5727 sayılı yasa, tam reklam tanıtımı yasağını mecburi kılmıştır (Resmi Gazete, 2008). Tütün ve tütün ürünleri günümüzde daha fazla düzenlemeye tabi kalmıştır. Şirketler sayısız dava kaybetmiştir ve artık ürünlerini bir kişinin sağlığı üzerinde zararlı bir etkiye sahip olduğunu açıkça etiketlemek zorunda kalmışlardır. Ayrıca, tütün reklamları ciddi şekilde sınırlandırılmış ve düzenlenmiştir (Bilir, 2009).

## **2.2. Sigara Kullanımının Epidemiyolojisi**

Sigara bağımlılığı hem Dünya’da hem de ülkemizde en büyük toplumsal sorunlardan birisidir. Milyonlarca insanın morbidite ve mortalitesinden sorumlu, tüm toplumu ilgilendiren en önemli sağlık sorunlarından birisidir (Karnaht, 2002). Tütün salgını, ülkemizin ve dünyanın bu zamana kadar gördüğü en büyük halk sağlığı problemlerinden biridir ve dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin ikinci el dumana maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Tütün her türü zararlıdır ve tütüne maruz kalmanın güvenli bir düzeyi yoktur. Dünya çapındaki 1,3 milyar tütün kullanıcılarının %80’inden fazlası, tütüne bağlı hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Tütün kullanımı, hanehalkı harcamalarını gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan tütüne yönlendirerek yoksulluğa katkıda bulunur (Taş, 2019). Tütün kullanımının ekonomik maliyetleri önemlidir ve tütün kullanımının neden olduğu hastalıkların tedavisi için önemli sağlık bakım maliyetlerinin yanı sıra tütüne atfedilebilir morbidite ve mortaliteden kaynaklanan insan sermayesinin kaybını içerir (Bilir, 2012). Tütün kullanımı gelişmiş ülkelerde önlenemez en önemli sağlık riskidir ve dünya çapında erken ölümlerin önemli bir nedenidir. Sigara, birçok kanser türü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, felç, periferik damar hastalığı ve peptik ülser hastalığı dahil olmak üzere çok çeşitli hastalıklara neden olur (Bilir, 2011).

### **2.2.1. Dünyada sigara kullanımının epidemiyolojisi**

Dünya genelinde senede yaklaşık 6 milyon kişi tütün kullanımından dolayı hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 5 milyondan fazlası tütün kullananlarda, 600,000'den fazlası ise pasif kullananlarda görülmektedir. Tütün kullanımı kontrol edilmezse 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 8 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2017). Dünya genelinde 2015 yılında 1 milyardan fazla kişi tütün kullanmıştır. Tütün kullananların %80'inden fazlasının sabit nüfus artışı ve tütün endüstrisinin hedefi olmalarından dolayı gelişmekte olan ülkeler olduğu görülmüştür. 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin %80'inden fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. DSÖ'nün yürüttüğü Global Adult Tobacco Survey (GATS) sistemi, 22 ülkeden tütün kullanım istatistikleri toplayarak dünya nüfusunun yaklaşık %60'ını kapsayan GATS verilerini sunmaktadır (Asma ve ark., 2015). Dünyada sigara kullanan en büyük grubu orta gelirli ülkelerde erkekler oluşturmaktayken, kadın sigara kullanıcılarının ise neredeyse yarısı yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır. DSÖ verilerine göre tütün kullanan kişi sayısının en fazla olduğu ülkeler sıralamasında Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Rusya başta gelmektedir. Türkiye ise bu ülkeler arasında 40. Sırada yer almaktadır (WHO, 2019). Gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanım sıklığı gelişmekte olan ülkelere göre daha düşük seviyedeysen, kadın sigara kullanıcılarının sayısı gelişmiş olan ülkelere göre daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelere, sigara kullanımını açısından erkekler kadınlara göre oldukça yüksek sayıda iken, gelişmiş olan ülkelere kadın ve erkek sigara kullanıcılarının sayısı birbirine oldukça yakın olduğu görülebilir (Bilir, 2012).

Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre, 2017 yılında 8 milyondan fazla insan sigara nedeniyle erken ölmüştür (KHY, 2017). 7 milyon insan sigara içmekten ölmüştür. Ancak pasif içicilikten kaynaklanan büyük sağlık etkileri de vardır. 1,2 milyon kişinin pasif içicilikten erken öldüğü tahmin edilmektedir. Bunu bir perspektife oturtmak gerekirse, pasif içicilik dünya çapında trafik kazalarından daha fazla insanı öldürmüştür. Küresel Hastalık Yüğü, tıp dergisi The Lancet'te yayınlanan ölüm ve hastalık nedenleri ve risk faktörleri üzerine büyük bir küresel çalışmadır. Çok çeşitli risk faktörlerine atfedilen yıllık ölüm sayısına ilişkin bu tahminler burada gösterilmektedir. Bu çizelge küresel toplam için gösterilir, ancak 'ülkeyi değiştir' düğmesi kullanılarak herhangi bir ülke veya bölge için araştırılabilir (KHY, 2017).

### **2.2.2. Türkiye'de sigara kullanımının epidemiyolojisi**

Ülkemizde tütün ve tütün ürünleri üretimi, satış ve pazarlaması 1984 yılında yabancı tütün firmalarına açılmıştır. Yabancı sigara ithalat yasağının kalkmasıyla beraber sigara kullanımı hızla bir şekilde artış göstermiştir. Bu artış 2000'li senelere kadar sürmüştü, 2000'li senelerin ortalarına doğru azalmaya başlamıştır (Özpuolat ve ark., 2017). 2001'deki araştırmaya göre

ülkemizdeki tütün tüketimi dünyadaki tütün tüketiminin %2'sini ve DSÖ Avrupa bölgesi tüketimin %14'ünü oluşturmuştur (Akan ve ark., 2010). Çeşitli çalışmalarda ülkemiz için sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (Bilir, 2012). 2012'deki Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre Türkiye'nin yaklaşık %27,1 'i 15 milyon kişi tütün ürünü kullanmıştır. 2016'daki Türkiye Sağlık Araştırması tütün ürünlerinin tüketiminde artma eğilimi olduğunu ortaya koymuştur. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye'de yetişkinlerin %30,6'sı tütün ürünü kullanmıştır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %44,1'e, kadınlarda %17,4'e yükselmiştir (Durmaz, 2017; TUİK, 2016). 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise tütün ürünü kullanımı erkeklerde %43,6 iken kadınlarda %19,7, genel populasyonda ise %31,6' dır (THSA, 2017). DSÖ'ye göre 2025 yılında Türkiye'de sigara kullanma sıklığının %17,8 erkeklerde, %28,0 kadınlarda, %8,2 olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2019).

### **2.3. Sigaranın İçeriği**

Sigara dumanının içinde 4000'den fazla farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik madde bulunur (Yılmaz, 2019). Ana akım dumanının %95'i gaz halinde ve 1 mm'de 3,3 milyar partikül içermektedir. Ortalama partikül çapından dolayı solunabilir düzeydedir (Behr ve ark., 2002). Sigara içinde bulunan yaklaşık 4 bin maddeden hangisinin hangi hastalığa neden olduğu kesin olarak bilinmemektedir (Behr ve ark., 2002). The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmektedir. IARC tütün dumanını Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. Bu 81 maddenin 11'i Grup1 (kanseri yaptığı bilinen), 14'ü Grup2A (insanda kanser yapması olası), 56'sı Grup2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu belirlenmiştir (Kıdık,2017; Dilektaşlı, 2012).

Grup1 kanseri yaptığı bilinen bazı maddeler: Benzen, kadmiyum, vinil klorid, radon-222 ve radyoaktif bileşikleridir

Grup2A insanda kanser yapması olası bazı maddeler: Benzoapiren, N-Nitrozodietilamin (DEN), N- Nitrozodimetilamin (DMN), azot hardalıdır.

Grup2B insanda kanser yapabilen bazı maddeler: Asetaldehit, propilen oksit, vinil asetat, aromatik aminlerdir (Taş, 2019).

Sigarada çok fazla madde bulunmasına rağmen fiziksel bağımlılık yapması nedeniyle en çok önem taşıyan madde nikotindir. Nikotin doğal olarak tütünde bulunan, sigara dumanının içeriğinin en az %95 'ini oluşturan alkaloiddir (Malaiyandi ve ark., 2005).

Bir sigara ortalama 20 mg nikotin içermekte ve önemli bir bölümü yanarak başka maddelere dönüşmektedir. Sigara dumanında tanecik halinde bulunan ve bağımlılığa yol açan esas

maddedir. İçilen bir sigaradan kana geçen nikotin miktarı 2 mg'dır. Kana geçen miktarına ve alınan dozlar arasındaki süreye göre, sinir sistemi, iç salgı bezleri, kalp ve damarlar üzerine olumsuz etkiler yaparak normal çalışma düzenlerini bozar. En yüksek etkisi sinir sistemi üzerinde görülür. Direkt kan dolaşımına katılarak adrenal salgılanmasına neden olur. Böylece kalbin dakikadaki atım sayısında artma görülür. Ne kadar çok alınırsa alınsın vücuttan atılması sadece birkaç saat sürer ( Yaman Güncan, 2019). Sigara dumanı içinde ortalama 1400 adet katkı maddesi içerir ve her sigarada farklı miktarda olabilir. Asetaldehit, kakao, teobramin, glisin, amonyak, pridin bu katkı maddelerinden bazılarıdır. Teobramin ve glisin bronkodilatör etki yaparak nikotinin emilimini basit hale getirir. Asetaldehid nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğini artırır. Nikotin asetilkolin reseptörlerine bağlanır (Aksu, 1967).

#### **2.4. Sigara Dumanının Özellikleri**

Nikotin, tütünde bulunan başlıca alkaloiddir. Nikotin, kardiyovasküler etkilerini, esasen otonom ganglion, adrenal medulla ve nöromusküler kavşaklarda bulunan asetilkolin reseptörlerinin doğrudan stimülasyonu yoluyla çok sayıda vazoaktif katekolamin ve peptit salgılayarak yapar. Nikotinin " pozitif güçlendirici " etkisini tanımlayan iki tip merkezi sinir sistemi stimülasyonu vardır. İlk olarak, düşük doz nikotin uyanıklığı ve bilişsel performansı arttıran bir uyarıcı etki sağlamak için locus coeruleus boyunca etki eder. İkincisi, yüksek dozda nikotin, limbik sistemde bir ödül etkisi sağlar. Bu iki pozitif stimülasyon yolu, nikotinin bağımlılık gücünden sorumludur (Tanrıkulu ve ark., 2009).

Nikotin bağımlılığı, sigara kullanıcılarının yaklaşık üçte ikisinin sigarayı bırakmak istedikleri halde bırakamamalarına neden olmaktadır (Ögüş ve ark., 2004).

Sigaranın içeriğinde bulunan bir diğer madde ise kanserojen maddelerdir. Birkaç iyi bilinen kanserojen asbest, nikel, kadmiyum, radon, vinil klorür, benziden ve benzendir. Bu kanserojenler, riskinizi artırmak için tek başlarına veya başka bir kanserojenle birlikte hareket edebilir. Örneğin, sigara içen asbest işçilerinin akciğer kanseri riski daha yüksektir. (Işık Coşkunes, 2008).

#### **2.5. Sigara kullanmaya başlama nedenleri**

Sigara kullanmaya başlamanın en sık nedeninin merak olduğu görülmektedir. Bireyin ait olduğu arkadaş çevresi, sigara kullanma davranışına özenme ve gruba dahil olma duygusuyla arkadaşlarından farklı olmak ve grubun dışında kalmak korkusuyla, arkadaşlarının sigara kullanması yönündeki ısrarlarına karşı koyamamaktadır. Özgüven problemi yaşayan bireylerin beğeni almak ve onaylanmak için sigaraya başladığı görülürken, sorunlarla baş etme konusunda problem yaşayan bireylerin sigarayı sorunları çözmek için kullandıkları

görülmektedir. Alanyazında, insanların niçin sigara kullandığıyla ilgili dört farklı neden bulunmaktadır. Birinci neden, sigara kullanımının öğrenilmiş bir davranış olduğunu ileri sürmektedir İkinci neden sigara kullanımının, bilinçaltındaki irrasyonel düşüncelere dayandığını söylemektedir. Bu teoride çocukluk dönemi yaşantılarına atıf vardır. Üçüncü neden; sigara kullanımını benlik algısının düşük olmasıyla ilişkilendirir. Düşük benlik algısına sahip olan bireylerin yenilik ve farklılık arayışıyla şekillenen bir davranış olduğunu öne sürer. Son neden ise sigara kullanımının bireylerin bilinçli tercihleri sonucu ortaya çıktığını, bu davranışın fayda ve zararlarının tartılarak sigara kullanımı yönünde bir karar verildiğini ileri sürer (Boz, 2019). Sigara bağımlısı olan bireylerin erken çocukluk dönemindeki ruhsal gelişiminde takıntılar bulunduğu bilinmektedir. Özellikle anne ve çocuk arasındaki ilişkinin sağlam olmaması, çocukla olan iletişimin soğuk olması, ebeveynin aşırı denetleyici tutumlar sergilemesi, bu durumun çözümlenmemesi ve uzun süre devam etmesi bireyde engellenmelere karşı kaygı oluşturmaktadır. Sigara bu durumda kaygı yaşayan bireyler için bir sığınak haline gelmektedir. Ergenlik döneminde sigara içmeye başlayan ve uzun süre düzenli şekilde sigara kullanmaya devam eden bireylerin yarısı orta yaşlarda sigaradan dolayı ölmektedir. Bu bireylerin yaşam sürelerinin sigara kullanmayan bireylerle karşılaştırıldığında ise 20- 25 sene daha az olduğu söylenmektedir (Öğüş ve ark., 2004).

Sigara içme prevalansı eskiden beri erkekler arasında daha yaygındır fakat 1980'lerin ortalarından bu yana cinsiyet arasındaki fark giderek daralmaktadır (Doğu ve ark., 2008). Son zamanlarda kadınların erkeklere göre sigara içme eğiliminin daha fazla olmasının nedenlerinden biri, son zamanlarda kadınları hedef alan ve daha fazla reklam yaparak daha fazla kadının sigara içme olasılığını artırmaya çalışan tütün endüstrisinin reklamlarıdır. Sistemik bir gözden geçirme çalışmasının sonuçları, sigara içen bir partnere sahip olmak, iş stresi ve sigaraya maruz kalma gibi faktörlerin kadınlar arasında sigara içmeye bağlı faktörler olduğunu göstermiştir. Kadınların sigara içmeye başlamasının diğer nedenleri arasında azalmış stres, daha düşük eğitim seviyeleri ve daha düşük sigara fiyatları bulunmaktadır (Doğu ve ark., 2008).

Sigara bağımlılığı ile ilgili bütün çalışmalarda ortaya çıkan en önemli ve kabul edilen sonuç, bu alışkanlığın yaklaşık % 40 oranında 15-19 yaşları arasında başlamış olmasıdır. Dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki bireylerin yaklaşık % 45'inin ciddi düzeylerde sigara bağımlısı olduğu önermesi, problemin özellikle gençler için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dünyada sigara içme alışkanlığı Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 1970-1985 yılları arasında ortalama % 7,1'lik bir yükseliş göstermiştir. Artış daha çok Latin Amerika, Asya ve Afrika'da görülürken, Avrupa ve Amerika'da azalma görülmüştür. Ülkemizde



ise bu artış % 10 civarındadır. Bu bağlamda sigara içme alışkanlığı için sigara paketi taşımak ölçüt olarak alınmaktadır fakat Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre sigara bağımlısı sayılmak için düzenli olarak günde bir sigara içmek yeterlidir. Bu yüzden sigara içme alışkanlığı bu sonuçlardan muhtemelen daha yüksektir. Bireyin madde kullanımını üzerindeki kontrolünü yitirmesi bağımlılığı ifade etmektedir ve bağımlılık kişilere ve topluma zarar verici bir davranış haline gelmektedir (Dokuzcan ve ark., 2013).

Türkiye’de sigaraya yönelimdeki en önemli faktörlerin yetişkinlerin sigara içme davranışının model alınması, özentilik ve sigara içme davranışının bir büyüme göstergesi olarak kabul edilmesi olduğu görülmektedir. Genellikle arkadaşlarının etkisinde kalan gençlerin küçük yaşlarda sigaraya başladığı gözlemlenmiştir (Doğu ve ark., 2008). Türkiye’de TNSA 2008 verilerine bakıldığında; evli kadınların % 22’si sigara içmektedir. Sigara içme oranları kentsel bölgede yaşayanlarda, eğitim seviyesi yüksek olanlarda ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda daha yüksektir. Her 10 gebe kadından 1’i ve emziren kadınların % 17’si sigara kullanmaktadır. Sigara içiminin engellenmesi için yapılan bütün çabalara rağmen kadınlar arasında sigara içimi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. (TNSA 2008).

### **2.5.1. Sigara kullanımını sürdürme nedenleri**

Sigara kullanımına başlamada etkili olan sosyal ve ailesel faktörlerin yanı sıra kullanımının sürdürülmesinde kültürel ve duyuşsal faktörler de etkili olmaktadır. Sigara kullanma davranışının bir alışkanlık halini alıp bağımlılık geliştirilmesinde stresli yaşam koşulları, sigara kullanan kişilerle ilişki içinde olma ve sosyal uyumu sürdürme çabalarının etkisi görülmektedir (Ergül, 2006). Sigara kullanımına devam edilmesinde kalıtsal ve psikolojik faktörlerle birlikte gelişen nikotin bağımlılığı, beyindeki ödüllendirici ve pekiştirici merkezi etkin hale getirerek bireyin daha fazla sigara kullanmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, birini sigara kullanırken görme, yemek ve kahve molaları gibi uyaranlarında sigara kullanma isteğini arttırdığını göstermektedir. Bireyin sosyal çevresinde sigara kullanan anne-baba, kardeş, akran gibi kişilerin olması sigara kullanma davranışı normalleştirdiği ve bireyin sigara kullanmayı sürdürmesinde etkili olmaktadır (Boz, 2019).

Sigara içme alışkanlığı önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Bireyler sigara alışkanlığının sağlık problemlerine yol açacağını bilmelerine rağmen bu davranışı sürdürmektedir. Sigarayı bırakmaları gerektiği söylendiği halde bireyler sigarayı bıraktıklarında dikkatlerinin dağılacığını, işlerine odaklanamayacaklarını, motivasyonlarının düşeceğini, kendilerini boşlukta hissedeceklerini, kendilerini ifade etmekte zorlanacaklarını hatta bazen bazı bireyler sigarasız yaşayamayacaklarını dile getirmektedir. Sigara kullanma davranışının

sürdürülmesi ve tedavi girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasının sebebi olarak birinci sırada nikotin bağımlılığının geldiği belirtilmektedir. 1950’li senelerine kadar bağımlılıktan ziyade bir alışkanlık olduğu kabul edilen tütünün daha sonraki çalışmalarda, sigara kullanan bireylerin yalnızca %10’unun günde beş veya daha az sigara içtikleri, diğer bireylerin ise zaman içerisinde kullandıkları sigara sayısını arttırdığı, sigara kullanma davranış görüntüsünün bireyler arasında tutarlılık gösterdiği ve sigara kullanan bireylerin büyük bir çoğunluğunun bırakmak istemesine rağmen sigara kullanımını sürdürdükleri yolundaki veriler nikotin bağımlılığının tanımlanmasına neden olmuştur (Dokuzcan ve ark., 2013).

## **2.6. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri**

Sigaranın neden olduğu hastalıklarla ilgili ilk raporlar 1950’li yıllarda yayınlanmıştır. Sigara kullananların, sigarayı bırakanlara veya hiç içmeyenlere göre daha fazla kronik hastalığa yakalandıkları görülmektedir. Sigaraya çok erken yaşlarda başlamış olup uzun zamandır kullanan kişilerin yarısı orta yaşlarda sigara yüzünden ölmektedir. Bu kişilerin yaşam süreleri, sigara kullanmayanlara kıyasla 25 yıl daha kısadır (Boz, 2019).

Sigara kullanımı hem mortalite üzerine etkilidir hem de yaşam kalitesini düşürmektedir. Sigara kullanımı, kullanıcıların akut ve kronik hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Bir birey ne kadar erken yaşta sigara içmeye başlarsa, sigaraya bağımlı hale gelmesi ve sigara ile ilişkili hastalık ve ölüm riski o kadar daha fazladır. Erken yaşlarda sigara içmeye başlayıp uzun süre sigara kullanan insanların yarısı hayatını kaybetmektedir ve hayatını kaybeden insanların da yarısı orta yaşlarda kaybetmektedir (Berk ve ark., 2007).

Periferik damar hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve akciğer kanserinin asıl sebebi, beyin-damar ve kalp-damar hastalıklarının ise başlıca sebebi, sigara kullanımıdır. Sigaranın ilişkili olduğu ölümcül hastalıklar aşağıda gösterilmiştir.

Sigara ile ilişkili ölümcül hastalıklar:

- Kanserler Kalp ve dolaşım Diğerleri
- Akciğer
- Ağız ve nefes borusu
- Yemek borusu
- Mesane
- Böbrek
- Mide

- Pankreas
- Lösemi
- Primeri bilinmeyen
- Koroner kalp hastalığı
- Aort anevrizması
- Kalp kası dejenerasyonu
- Ateroskleroz
- Serebrovasküler hastalık
- KOAH
- Pnömoni
- Mide ve duodenal ülser (Doğu ve ark., 2008).

### 2.6.1.Kanserler

Amerika Birleşik Devletleri'nde bütün kanser ölümlerinin üçte biri sigaradan dolayıdır. Bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri gelişme riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara kullananlarda sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında, sigara ile ilişkili ikinci bir kanser çıkma olasılığı daha yüksektir (Kıdık, 2017).

**Tablo2.1. Sigara kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek olan kanser türleri (Taş, 2019).**

Akciğer kanseri	Larinks kanseri
Pankreas kanseri	Mesane kanseri
Böbrek kanseri	Mide kanseri
Serviks kanseri	Akut myeloid lösemi
Özefagus kanseri	Ağız kanseri

### 2.6.2.Solunum sistemi etkileri

Sigara, alt solunum yollarının birçok yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açtığı bilinmektedir. Bu değişikliklere, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyet örnek verilebilir. Fonksiyonel bozukluklar ise inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen

adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışıdır. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre daha çok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği, balgam ve hırıltı gibi belirtilerin ortaya çıktığı gözlenmiştir (Kıdık, 2017; Boz, 2019). Sigara kullanımına bağlı oluşabilecek solunum sistemi hastalıkları;

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastlığı (KOAH),

Erken yaşlarda akciğer fonksiyonlarında azalma,

Pnömoni ve diğer akut solunum yolu hastalıkları,

Çocukluk ve ergenlik döneminde sigara kullanımı veya sigara dumanına maruziyet sonucu akciğer gelişmesinde ve büyümesinde gerilik,

Öksürük, balgam, hışıltılı solunum ve nefes darlığı gibi solunum yolu problemi,

Çocuklar ve gençlerde astım benzeri semptomlar ortaya çıkabilir (Taş, 2019).

### **2.6.3. Kardiyovasküler sistem etkileri**

Sigara, kalp hastalıkları için risk faktörüdür. Yapılan çalışmalar sigara kullananlar da kalp krizi, tekrarlayıcı kalp atakları ve koroner arter hastalığına bağlı ani ölüm risklerinin artmış olduğunu ispatlamıştır. Sigara kullananlar, kullanmayanlara göre aort anevrizması, koroner hastalıklar daha çok görülmektedir. Buerger hastalığının da %95'i sigarayla ilişkilidir. Sigara kullanımı akut ve kronik miyokard değişikliklerine neden olmaktadır. Akut olarak sigara kullanımı oksijen ihtiyacını arttırarak ya da kan akımını azaltarak, dokulara oksijen iletimini azaltarak kalp kassı iskemisine yol açmaktadır. Sigara içenlerde diyabet, kolesterol, hiperlipidemi gibi başka risk faktörlerinin gelişmesiyle kalp hastalıkları riski daha da artmaktadır. Aynı zamanda sigara, damar sertleşmesinin, damar daralmasının, hipertansiyonun ve kanın pıhtılaşmaya yatkınlığının artmasının en önemli nedenleri arasındadır (Yaman Güncan, 2019). Sigara kullanımının miyokard üzerine akut etkileri, kan akımında azalma ile oksijen oranının azalması sonucunda miyokard iskemisi oluşturması; kronik etkileri ise endotel hasarına yol açarak ateroskleroza neden olmasıdır. Kronik sigara kullanımı trombosit adezyonunu ve agregasyonunu arttırarak ani ölümlere neden olabilmektedir (Altın, 2019).

**Tablo2.2. Sigara kullanımına bağlı kardiyovasküler sistemde ortaya çıkabilecek hastalıklar (Taş, 2019).**

<b>Ateroskleroz</b>	<b>Abdominal aorta anevrizması</b>
<b>Koroner kalp hastalığı</b>	<b>Serebrovasküler hastalık</b>
<b>Periferik arter hastalığı</b>	

#### **2.6.4. Gastrointestinal sistem etkileri**

Sigaranın sindirim sistemi üzerindeki etkileri bakıldığında ilk olarak tükürük salgısında azalmaya neden olduğu, beraberinde yemek borusu ile mide arasındaki kaslarda gevşemeye bağlı reflü oluşumuna neden olduğu görülmektedir. Aynı zamanda nikotin etken maddesinin, gastrik asiti arttırıp, gastrik boşalmayı yavaşlattığı gözlenmektedir (Yaman Güncan, 2019). İncelediğinde neredeyse tüm traktusu etkilediği görülmektedir. Ağız, özofagus, mide, pankreas ve kolorektal kanserleri için risk faktörüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yıllarda yapılan çalışmalar viral hepatitler dışında sigaranın hepatoselüler karsinom açısından da önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Altın, 2019).

#### **2.6.5. Kadın sağlığına etkileri**

Sigara kullanan kadınlar da adet düzensizliği, amenore, dismenore ve erken menopoz riskleri artmaktadır. Sigara kullanımı menopozun 1-2 yıl daha erken görülmesine neden olur ve kemiklerde incelme, erken erimeyi beraberinde getirir, kemik yoğunluğunun azalması, erken yaşıta ciltte kırışıklıkların oluşmasına neden olur (Altın, 2019).

#### **2.6.6. Erkek sağlığına etkileri**

Erkeklerde sigara kullanımı sperm sayısı ve hareketinin azalmasına, sperm şekil bozukluklarına, ejakulat hacim azalmasına ve empotans gibi cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Altın, 2019).

#### **2.6.7. Bebek ve çocuk sağlığına etkileri**

Sigara kullanan annelerin prematüre, düşük ağırlıklı bebek ve erken doğum ihtimalleri daha yüksektir. Sigara kullanan kadınlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski daha fazladır. Sigara kullanan annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri, emzirme sürecinde ise süt ile birlikte bebeğe nikotin geçtiği görülmüştür (Kıdık, 2017). Sigara ve atopi ilişkisi olarak; anneleri sigara kullanan çocuklarda cilt testlerinde allerji daha sık görülmüş, ebeveynleri sigara kullanan erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Kıdık, 2017).

### **2.6.8. Hormonlar üzerine etkileri**

Sigara hipofiz ve hipotalamus ileti sisteminde yıkımlara neden olarak hormonların salınımını etkiler ve tiroid hastalıklarının gelişme riskini artırır (Yaman Güncan, 2019).

### **2.6.9. İmmün sistem üzerine etkileri**

Sigara tüm vücudun oksijenlenmesini ve kanlanmasını bozarak sistemik hasarlara yol açmaktadır. Bu yüzden vücut direncini arttıran bağışıklık sisteminin fonksiyonu ciddi şekilde bozulmakta ve enfeksiyon görülme sıklığı artmaktadır (Yaman Güncan, 2019).

### **2.7. Sigaranın Ekonomik Etkileri**

Tütün kullanımı; hastalığa bağlı yapılan ödemeler, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, iş gücü kaybı gibi sebeplerle çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 'Global Burden of Disease' adlı raporda dünya genelindeki sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability Adjusted Life Years, DALY) 57 milyona (tüm DALY'lerin %3,7'si) tütün kullanımının neden olduğu belirtilmiştir. Tütün kullanımına bağlı mortalite ve morbiditenin Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 92 milyar dolar ekonomik kayba neden olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de sigaranın neden olduğu ekonomik etkilere bakıldığında, yıllık kaybın 8-10 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir ve sigara satın almak için harcanan 20 milyar dolar, Sağlık Bakanlığı bütçesine ayrılan paranın 4 katını oluşturmaktadır. Türkiye'de sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarının (DALY) incelenmesi amacıyla yapılan 'Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi' isimli çalışmada, tütün kullanımının en sık sebep olduğu hastalıklara bakıldığında, koroner arter hastalıkları, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve kanserler DALY sıralamasında ilk 10'da bulunmuştur. Her yıl yaklaşık 1 milyon DALY tütün kullanımından kaynaklı oluşmaktadır (WHO, 2008).

### **2.8. Pasif İçicilik**

Sigara içmeyen birisinin sigara dumanına maruz kalmasına pasif içicilik denilmektedir (Taş, 2019). Pasif içicilik ilk kez 1972 yılında dikkat çekmiş, 1979'da ise tütün dumanına maruz kalan bireylerde akciğer kanseri görüldüğü bildirilmiştir. 1984 yılında ise pasif içicilik ile KOAH arasındaki ilişki saptanmıştır (Yaman Güncan, 2019). Çevresel sigara dumanının birinci kaynağı sigara kullanan kişi tarafından içe çekilen dumanın dışarı üflenmesi, ikinci kaynağı sigaranın ucundan çıkan dumandır. Sigaranın ucundan çıkan bu duman kanserojen katrandan oluşur ve içe çekilen dumandan daha kirlidir. Bu kirlilikten pasif içicilerde sigara kullanıcıları kadar zarar görür (Boz, 2019).

Pasif içicilik, sigaranın dumanına maruz kalmak ya da kokusundan rahatsız olmanın yanı sıra önemli bir sağlık sorunudur. ABD Sağlık Bakanlığı bu konu için bir rapor hazırlamıştır.

Bu rapora göre pasif içicilik hem çocuklarda hem de yetişkinlerde birçok hastalığa ve erken ölüme neden olmaktadır (Us, 2006). Pasif olarak sigara dumanına maruziyetten en fazla çocukları etkilenmektedir. Çocukların sigara dumanına sürekli maruziyeti sağlıklarını ve gelecekteki yaşamlarını tehdit etmektedir. Bu çocuklarda bronşit, akut solunum hastalıkları, yaşa akciğer gelişimi gibi hastalıklara daha fazla rastlanmaktadır (TUİK, 2019). Pasif içici olan erişkinlerde kardiyovasküler sistem olumsuz etkilenir ve bunun sonucunda koroner kalp hastalığı ve akciğer kanseri riski artar (Us, 2006). Her yıl Dünya genelinde 600.000 kişi başkasının içtiği sigara dumanı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sigara içtiği için ölen dokuz kişiden birisi sigara içmediği halde dumanına maruz kalan bir kişinin de ölümüne neden olmaktadır. DSÖ'nün tahminlerine göre dünyada yaklaşık olarak 700 milyon çocuk sigara dumanına maruz kalmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2019 verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerde sigara içme oranı yüzde 31,4. 2010-2019 yılları arasında 15 yaş üstünde sigara kullanımında da artış olduğu gözlenmiştir. Türkiye sigara kullanımını yoğunluğu açısından dünyada 24. sırada yer almaktadır. (TUİK, 2019).

## **2.9. Sigara Bağımlılığı**

Bağımlılık bir maddenin kişinin sağlığını ve yaşamını olumsuz etkilemesine rağmen kullanmaya devam etmesidir. Dünyada en yaygın ve önemli madde bağımlılığının sigara bağımlılığı olduğu bildirilmektedir. Sigarada içme isteğini arttıran ve bağımlılığa neden olan ana madde nikotindir. Nikotin rahatlatıcı etkisi olan, duyu durumunu değiştiren, beyindeki nikotin reseptörlerini uyaran ve bağımlılık yapan psikoaktif bir maddedir. Her sigara kullanan bağımlı olmamakla birlikte içenlerin 3/4'ü kadarında bağımlılık gelişmektedir. Sigara kullanımını nikotinin vücutta sağladığı keyif nedeniyle devam ettirilen bir davranıştır. 2000'li yıllardan önce sigara içme davranışının öğrenilmiş sosyal bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olduğu düşünülmekteydi (Kıllı, 2019; Yaman Güncan, 2019).

### **2.9.1 Nikotin bağımlılığı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nikotin bağımlılığını; Birey, en az bir aydır ve düzenli biçimde sigara kullanmakta ve buna ek olarak; birey, sigarayı azaltmak veya bırakmak için ciddi girişimlerde bulunmuş ancak başarısız olmuştur, sigarayı bırakma çabası, yoksunluğa neden olmuştur ve birey, solunum ya da dolaşım sistemi yetersizliği gibi ciddi hastalıklarına ve yakınmalarına rağmen sigara kullanımını sürdürmektedir şeklinde tanımlar (Boz, 2019).

İlk kez nikotin bağımlılığı tanımı 1964 yılında 'Surgeon General' raporunda görülmüştür. 1979 yılında nikotinin çok yüksek düzeyde bağımlılık yapıcı madde olduğundan bahsedilmiştir. 1988 yılında nikotin bağımlılığı için, 'Tütündeki bağımlılık yapıcı madde nikotindir ve eroin-esrar bağımlılığına benzer şekilde farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık

yapar' ifadesi yer almıştır. Dünya sağlık örgütü nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak kabul etmiş, mental ve davranışsal bozukluklara sebep olan psikoaktif bir madde olarak tanımlamıştır (Taş, 2019). Bağımlılık yapan mekanizması acı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur, merkezi ve periferik sinir sisteminde kimyasal nörotransmitter olan asetil kolin taklit ederek etki eder, nöronlar asetil kolin aracılığıyla haberleşir ve reseptöre bağlanan asetil kolin sinir hücrelerini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin nörotransmitter olarak kullanan nöronlar gövdesi Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri Nükleus Akumbens'e (NAC) uzanan nöronlardır (Kıdık, 2017). Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesinde bağımlılığın derecesini, bağımlılığın nasıl geliştiğini açıklamaya ve tedaviye katkı sağlayacak psikometrik testler ve biyokimyasal parametreler kullanılmaktadır. Nikotin bağımlılığını değerlendirirken Nikotin ve metaboliti kotinin seviyesi, plazma tiyosiyonat seviyesi, soluk havasında ve kanda karbonmonoksit (CO) seviyesi ölçümü kullanılabilir. En sık kullanılan psikometrik test Fagerstrom bağımlılık testidir. (Taş, 2019).

### **2.9.2 Sigara bağımlılığının döngüsü**

Nikotin dopamin salınımına neden olur. Keyif verici ve rahatlatıcı ödül sistemini meydana getirir. Sigara içtikten bir süre sonra dopamin miktarı azalır, dopamin yoksunluğu irritabilite ve strese yol açar. Sigara kullanıcısı dopamin salınması için nikotin açlığı çeker. Nikotinin asetilkolinergik reseptörlere sürekli bağlanması etkide gecikme, upregülasyona ve desensitizasyon yol açar. Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin alma isteğine yol açar (Kıdık, 2017).

### **2.9.3. Nikotin yoksunluğu**

Tütün bağımlılığı DSÖ'ye göre mental ve davranışsal bir hastalık olarak görülmektedir. Nikotin yoksunluğunun, en az birkaç haftadan beri her gün sigara kullanan bireyde nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içinde şiddetli nikotin alma arzusu, anksiyete, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, düşünceleri yoğunlaştıramama, iştah artışı ve kilo alma, kalp hızında artma, hareketsiz duramama, insomnia, EEG'de yavaşlama, depresif ya da disforik duygu durum gibi belirtilerin en az 4'ünün ortaya çıkması durumudur. Bunlar nikotine bağlı semptomlar değil, nikotinin doğrudan etkileridir (Yaman Güncan, 2019). Yoksunluk belirtileri bırakmayı takip eden ilk 3 gün en şiddetli düzeyde yaşanmakta ve 3 veya 4. haftada sonlanmaktadır. Fakat sigara içicilerin %40'ında 4 haftadan daha uzun süre sürdüğü de görülebilmektedir (Yaman Güncan, 2019).



#### **2.9.4 Nikotin tolerans**

Nikotinin uzun süreli ve tekrarlayıcı alımı ile vücutta nöroadaptasyon olur ve nikotin reseptörlerinde artış meydana gelir. Beyindeki nikotin reseptörlerinin artması sonucu nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişir (Taş, 2019). Nikotinin etkisinin azalmasıyla birlikte kişide yoksunluk belirtileri ortaya çıkar ve bu semptomların hissedilmemesi için alınan nikotin miktarı daha fazla sigara içilerek arttırılır (Yaman Güncan, 2019).

#### **2.10. Sigara Kullanımının Önlenmesi**

Sigara kullanımını engelleyerek ve pasif sigara içiciliği ortadan kaldırarak sağlığı iyileştirme amacıyla alınan önlem ve stratejilere tütün kontrolü adı verilmektedir (Çalışkan, 2015).

#### **2.11. Dünyada Tütün Kontrolü Çalışmaları**

Tütün kullanımının zararlı olduğu resmi olarak ilk kez ABD de Surgeon General (ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanlığı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır. Raporda sigara içenlerde akciğer kanseri, larenks kanseri ve kronik bronşit riskinin arttığı belirtilmektedir. Bu rapor üzerine başta ABD olmak üzere birçok ülkede tütün kontrolü çalışmaları başlatılmıştır. Yapılan araştırmalarla, tütün kullanımıyla ilgili yeni bilgilere ulaşılırken, tütün kullanımının önlenmesi amacıyla konferans ve toplantılar da düzenlenmeye başlanmıştır. İlk olarak 1967 yılında New York'ta, Dünya Tütün ve Sağlık Konferansı düzenlenmiş, Dünya Sağlık Örgütü de 1970 yılında tütün kullanımının zararlarının önlenmesine ilişkin bir bildiri yayınlamıştır (Peto ve ark., 2000; Bilir, 2003).

1980 yılında dünya sağlık gününde DSÖ sigara ya da sağlık; sağlığı seçin sloganı ile uyarılar yaparak sigara ile mücadelenin önemine değinmiştir. Sloganda sigara ya da sağlık ifadesi kullanılarak sigaranın sağlıklı bir arada olamayacağı vurgulanmaya çalışılmıştır. Sonrası da 1988 yılından itibaren 31 Mayıs günü 'dünya sigarasız gün' olarak kabul edilmiştir. DSÖ tarafından her yıl 31 Mayıs günü için bir slogan belirlenmeye başlanmış ve bütün ülkelerde yıl boyunca bu slogan ile ilgili çalışmalar yapılması sağlanmıştır (Bilir, 2005). Tütün kontrolünün uluslararası düzeyde ele alınması bakımından en önemli çalışma ise Dünyada her 10 kişiden birinin ölüm nedeni olan ve küresel bir problem haline gelen sigaraya karşı DSÖ'nün 2005 yılında hazırladığı ilk uluslararası sağlık anlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) bu küresel salgına bir yanıt niteliğinde olmuştur. 2003 yılında kabul edilen, 2005 yılında ise yürürlüğe giren bu sözleşme, halk sağlığının teşviki için bir kilometre taşıdır. Ülkeler tarafından hızla imzalanmakta olan bu anlaşma, insanlara sigarayı bırakmaları için uygun hizmetler sunulmasına ve sigara kullanmayan kişilerin de sigara etkileşimini azaltmaya yönelik politikalar oluşturmaktadır (WHO, 2017).

Türkiye de Birleşmiş milletler tarihinde en çok desteğe sahip olan bu antlaşmaya imza atan ülkelerden birisidir (WHO, 2008).

Sözleşmede yer alan başlıklar şöyledir:

- Tütün reklamlarının ve sponsorluklarının yasaklanması,
- Sigara paketleri üzerinde resim ve uyarı yazısının olması,
- Sigara vergilerinin yükseltilmesi ve sigara fiyatlarının arttırılması,
- Tütün kaçakçılığının önüne geçilmesidir (WHO, 2008).

2008 yılında ise DSÖ, ülkelere TKÇS'nin gereklerini uygulamalarına yardımcı olmak için, kanıtlanmış, pratik ve uygun maliyetli, önlem paketi önerisi getirmiştir. MPOWER olarak bilinen önlemler, her bir ülkenin ihtiyaçlarına göre uyarlanabilen, tütün kontrolünde talep azaltma müdahalelerini içermektedir. MPOWER, özellikle tütün endüstrisinin aktif olarak yeni pazarlar aradığı gelişmekte olan ülkelerdeki tütün kontrol politikalarına yardımcı olmaktadır (WHO, 2008).

MPOWER aşağıda açıklanan 6 uygulamanın ilk harflerinden oluşan bir kısaltmadır (WHO, 2008).

'**M (Monitor, tobacco use and prevention policies)** tütün kullanımını ve önleme politikalarını) İZLE

'**P(Protect people from tobacco smoke)** bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerini ÖNLE'

'**O (Offer help to quit tobacco use)** sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM ET'

'**W(Warn about dangers of tobacco)** bireyleri sigaranın zararları ile ilgili UYAR'

'**E(Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)** tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları UYGULA'

'**R(Raise taxes on tobacco)** tütüne uygulanan vergi miktarını ARTTIR' (WHO, 2008).

## 2.12. Türkiye'de Tütün Kontrol Çalışmaları

1924 yılında kurulan ve Cumhuriyetin ilk kurumlarından olan Tekel idaresi, yıllarca tütün üretimini planlamış, çiftçinin ürettiği tütünü satın alarak, sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimini yaparak 'devlet kontrolünde' pazarlamasını yapmıştır (Turhan, 2010). Devlet tekelinde gerçekleşmesi sebebiyle uzun yıllar tütün kullanımının kontrolü için özel bir çalışma yapılmamıştır (Boz, 2019). Çeşitli alanlarda devlet kontrolünün azalmasıyla 1984 yılında yabancı sigaraların ithal edilmesiyle ilgili yasal düzenlemeler yapılmış olup (sosyal hizmet), tütünle mücadele kapsamında ilk adım 1987 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sigara kullanımının kontrol edilmesine yönelik başlatılan çalışmayla atılmıştır (Bilir, 2011). 1991 yılında ise ülkemizde sigaraya ilişkin iki farklı yasa kabul edilmiştir, mecliste bir yandan

'Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair' yasa kabul edilirken, bir yandan da yabancı sigara firmalarının ülkemizde fabrika kurmasına izin veren bir başka yasa kabul edilmiştir. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair olan bu yasa, sigara reklamlarının yasaklanmasının, ticaret özgürlüğüne aykırı olacağı sebebiyle veto edilerek geri çevrilmiştir (Bilir, 2011).

Tütün kontrolü amacıyla ülkemizde yapılan ilk bilimsel toplantı olma niteliği taşıyan 'Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi' katılımcı akademisyenler, milletvekilleri ve medya mensupları ile gerçekleşmiştir. Bu kongre neticesinde ülkemizde tütünle mücadele konusunda çaba gösteren 60'ın üzerinde kamu ve sivil toplum kuruluşları bir araya gelerek Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi'ni kurulmuştur. Komite, daha önce veto edilen yasanın kabul edilip yürürlüğe girmesi için çaba göstermiş, çalışmalar neticesinde 4207 sayılı 'Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' 1996 yılında Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete, sayı:22829, 26 Kasım 1996; Boz, 2019). Yasadaki maddelerden bazıları 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, tütün mamüllerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna dair uyarı yazılarının yazılması, toplu olarak bulunan başlıca yerlerde, sağlık, eğitim ve spor tesislerinde ve toplu taşıma araçlarında sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca tüm medya da tütün kullanımının zararları ve korunma yolları konularında ayda en az 90 dakika olacak şekilde eğitici yayın yapma yükümlülüğünü de getirmiştir. 2002 yılında tütün pazarını izleme ve denetleme görevlerini yerine getirmek üzere Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuş olup sigara paketleri üzerindeki resim ve yazıları belirlemeye başlamışlardır (Bilir, 2009). DSÖ'nün 2004 yılında hazırladığı TKÇS'ni imzalanmıştır. Bu sözleşmenin kabul edilmesi, ülkemizde etkili olan tütün mücadelesinin başlangıcını teşkil etmiştir (Ekerbiçer ve ark., 2018). Türkiye'de tütün kontrolüyle ilgili yapılan en önemli yasal düzenleme ise 2008 yılında çıkarılan 5727 sayılı Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine dair kanun olup 'bu kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır.' (Resmi Gazete, 2008; Çalışkan, 2015; Boz, 2019). Sağlık Bakanlığı tarafından 'Ulusal Tütün Kontrol Programı 2008-2012 Eylem Planı' hazırlanarak 'Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi' kapsamında yapılacak olan çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınıp, genç popülasyonun korunmasını amaçlamıştır (Yaman Güncan, 2019). Söz konusu programın değerlendirilmesi, izlenmesi ve raporlanması için, kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile ülke

genelindeki akademik kurumlardan, tütün ve tütün ürünleri mücadelesi ve kontrolü konusunda deneyimli uzmanlar ve idari birimlerin katılımıyla bir 'Tütün Kontrolü Ulusal Komitesi' kurulmuştur. Ulusal Komite'nin görevi, programın süreç ve çıktılarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması olarak belirlenmiştir (Yaman Güncan, 2019). 'Ülkemizde 19 Temmuz 2009 düzenlemeleri, dünyada sigara ile mücadelede yeni bir anlayışı temsil eden Tütün Kontrolü ve Çerçeve Sözleşmesi çerçevesinde uygulamaya konulmuştur. Bu yasa ile, 4207 sayılı kanunun çıkışından yaklaşık 13 yıl sonra, tüm kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır. Uygulamanın başlamasından itibaren, tütün kullanım sıklığı azalmaya başlamıştır. Türkiye sigara ile mücadelede en katı önlemleri içeren bu yeni anlayışı hayata geçiren dünyada altıncı, Avrupa'da üçüncü ülke olmuştur. Etkili mücadelenin başlamasının etkisiyle, 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye'de tütün kullanım sıklığı %31,2'den %27,1'e gerilemiştir. Sonrasında yeniden yükselişe geçmiş ve 2016'da %31,6'ya yükselmiştir' (Ekerbiçer ve ark., 2018).

### **2.13. Sigara Bırakma ve Tedavi Yöntemleri**

Dünyada ve Türkiye'de sigara bırakmaya yönelik birçok çalışma yürütülmektedir (Yaman Güncan, 2019). Sigara içenlerin yaklaşık %70'i bırakmak istediğini ve %40'dan fazlası da geçmiş yıllarda sigara bırakmayı denediğini söylemektedir, ancak yardım almadan sigara bırakmaya çalışanların bir yıl sonraki bırakma oranı sadece %3-7'dir. En yüksek tedaviyle bir yıllık bırakma başarısı %30'u geçebilir, ancak sigara kullananların sadece %25'i bırakmak için yardım talebinde bulunmakta ve az bir kısmı en uygun tedavileri kullanmaktadır (Kıdık, 2017). Sigara içme de fiziksel, psikolojik bağımlılık ve alışkanlıklar rol oynamaktadır, bırakılmasına destek olmak için birbirinden farklı birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunların başında gelen davranışçı yöntem; hasta eğitimi, tiksindirme, ters güdülenme, bireysel ya da grup terapileri, psikoterapi, hipnoz ve duyarsızlaştırmayı içerir. Düzenlen eğitim programlarında sigaranın psikolojik ve sosyal bir alışkanlık olduğunu bu yüzden de iradenin güçlendirilmesi ve motivasyonun artırılmasıyla sigaranın bırakılacağı düşünülmüş olsa da bu eğitimler beklenildiği kadar başarılı olamamıştır (Yaman Güncan, 2019). Sigara içme davranışı kompleks bir yapıdadır ve her başvuran hastanın bağımlılık derecesi, sigara içme özelliği, bırakma konusundaki niyeti farklıdır. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu gibi nedenlerle, sigara bırakma hizmetleri tüm doktorların yer ve zaman gözetmeksizin sürdürmeleri gereken bir durum olsa bile, uygulamanın bir sistem dahilinde sigara bırakma polikliniklerinde yürütülmesi başarıyı artırmaktadır. Tedavi öncesi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile hastanın bağımlılık derecesinin tespit edilmesi, uygulanacak tedavinin seçimi açısından önem taşımaktadır. Bu

teste göre nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, 0-2 puan 'çok düşük düzey', 3-4 puan 'düşük düzey', 5 puan 'orta düzey', 6-7 puan 'yüksek düzey', 8-10 puan 'çok yüksek düzey' bağımlılık olarak kabul edilmektedir (Gürsoy Naskali, 2003).

### **2.13.1. Sorgulama**

Doktor her muayenede hastaya sigara kullanıp kullanmadığını, kullanıyorsa ne kadar kullandığını, bırakmayı düşünüp düşünmediğini, daha önce hiç bırakmayı deneyip denemediğini sorar ve böylelikle nikotin bağımlılığının derecesini belirler ve doktor sigara kullanmayanları kutlayarak bir farkındalık oluşturmali ve sigara kullananların sigara karşıtı etkinliklere katılmalarını ve desteklemelerini önermelidir (Taş, 2019).

### **2.13.2. Öneri**

Doktor çok net ve anlaşılır bir dilde hastaya sigarayı bırakması konusunda öneride bulunmaktadır. Bu önerinin hastanın motivasyonunu güçlendirmesi açısından sigaranın zararlarının, kişisel risk etmenlerinin, sigarayı bırakmasının kendine ve ailesine getireceği yararların açıklanması daha etkili olabilir. Bir doktor tarafından söylenen 'sağlığınız için sigarayı bırakmanız şart' sözü, hastalar açısından son derece önemsenmekte ve sigarayı bırakma duygusunun ağır basmasına katkı sağlamaktadır (Taş, 2019).

### **2.13.3. Değerlendirme**

Hastanın sigarayı bırakma konusunda ne kadar istekli olduğu değerlendirilir, sigara kullanan her hastaya şu an için sigarayı bırakmak için istekli olup olmadığı sorulur. Hasta sigarayı bırakmaya hazırsa destek sağlanması gerekir ya da sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilir (Taş, 2019).

### **2.13.4. Tedavi**

Doktor sigarayı bırakmak isteyen hastasına bırakma yöntemlerinden kendisine uygun olabileceklerinden birini önerir. Birçok hasta kendi başına bırakabildiği gibi diğer yöntemlerden de yararlanılabilir. Hasta ile sigara bırakma tarihine karar verilir. Sigarayı bırakırken hastaya yardımcı olacak bu konuda yaşayabileceği sorunları açıklayan broşür, kitap vb. verilip bu süreç sırasında hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilir. Kişinin sigara ile beraber yapmaya alışık olduğu aktiviteler; çay içmek, kahve içmek, içki içmek, televizyon seyretmek, kitap okumak, arkadaş toplantıları gibi davranışları beraber incelenebilir (Yaman Güncan, 2019).

Tütün kullanımı ve bağımlılığı tedavisi rehberi, günlük poliklinik işleyişinde hastaları üç gruba ayırmaktadır. Bu gruplar;

- 1.Sigara kullanan ve bırakma denemesi için istekli olmayanlar
- 2.Sigara kullanan ve bırakma denemesi için istekli olanlar
- 3.Sigara kullanmış ve yeni bırakmışlardır (Murray ve ark., 2008).

Sigarayı bırakan hastaların en büyük sorunu nüksür. Sigarayı bıraktıktan sonra yoksunluk belirtileri en çok birkaç hafta hissedilir ve bu dönemde hastalar sigara içme isteğine karşı koyamaz. Bu yüzden bu dönemde hastalara etkili tedavi verebilmek çok önemlidir. Hasta günde 1-2 tane sigara içiyorsa buna hata (lapse), bu hatalar sık tekrarlanıyorsa nüks olarak adlandırılır. Hastaya bu dönemde karşılaşılabilecek sorunlar anlatılmalı ve hatalar nedeniyle kendisini suçlamaması gerektiği söylenmelidir (Murray ve ark., 2008). Bunların dışında sigara bırakmada farmakoterapiden de yararlanılmaktadır. Uzun süreli sigara kullanımını bırakmada; sakız, bant, nazal sprey gibi nikotin replasman tedavisinin etkiliği kanıtlanmıştır. Bu tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda ikinci basamak farmakoterapiyi oluşturan clonidine ve nortriptyline kullanılmaktadır (Boz, 2019).

#### **2.13.4.1. Farmakoterapi**

Sigara bağımlılığı tedavisinde geliştirilen yöntemlerin hedefinde nikotin yoksunluğunu önlemek ve bu bağlamda kullanılan iki farmakolojik tedavi yöntemini kullanmak bulunmaktadır. Bu yöntemler, nikotin içermeyen farmakoterapiler (bupropion hidroklorür) ve nikotin replasman tedavisidir (NRT) (Boz, 2019).

#### **2.13.4.2. Nikotin içermeyen farmakoterapi (Bupropion Hci)**

Bupropion, seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alı inhibitörüdür. Depresyon tedavisinde etkisinin dışında, sigaranın bırakılmasından dolayı gelişebilecek yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır ve bu amaçla kullanılmasına dair onay almış ilk nikotin dışı farmakolojik ajandır (Tanrıkulu ve ark., 2009).

#### **2.13.4.3. Nikotin replasman tedavisi (NTR)**

NTR sigara bağımlılığı tedavisinde en yaygın kullanılan tedavi biçimi olup, yoksunluk semptomlarını azaltarak sigara bırakma oranlarını 2 kat arttırdığı bildirilmektedir. Nikotin yerine koyma tedavisinin; nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin nazal spreyi ve nikotin inhaler olmak üzere dört formu vardır. Nikotin sakızının günde 24 adeti geçmeyecek şekilde çiğnenmesi önerilir. Nikotin bandının 24 saatte bir kullanılan formu ülkemizde bulunmakta ve tedavinin 8 haftada tamamlanması şeklinde planlama yapılmaktadır. Tedavi sırasında hastanın sigara kullanmaması gerekmektedir. Bunların sebep olduğu baş ağrısı, alerjik reaksiyon, bulantı gibi semptomlar hafif ve geçicidir. Nikotin nazal spreyi her iki burun deliğine püskürtülerek uygulanmaktadır. 3-6 ay süreyle kullanılması uygun görülmektedir. Elinde sürekli birşeyler bulundurma ihtiyacı hisseden bağımlı bireyler içinse en iyi yöntem nikotin inhalelerdir. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içerir ve çok sık kullanım gerektirir. Büyük kısmı ağız mukozasından emilen nikotin inhalerin tedavi süresi 3 ila 6 ayı kapsamaktadır (Edis, 2006; Boz, 2019).

#### **2.13.4.4. Vareniklin**

Vareniklin FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde etkinliği onaylanan nikotin içermeyen sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. İlacın en sık yan etkisi bulantıdır (%35,8). Diğer yan etkileri ise uykusuzluk (%22), anormal rüya (%14,4), baş ağrısı (%16,8) ve gastrointestinal sistem yakınmaları (%22,5)'dir. Yan etki görülme ihtimalini düşürmek için, ilaç önce düşük dozda başlanır, 1 hafta sonra tam doza geçilir. Bulantıyı önlemek için ilacın yemek arasında alınması önerilir, buna rağmen bulantı sorun oluşturursa, günlük alınan doz 1 mg'a düşürülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra yeniden doz artırılması denir. Vareniklinin % 80 oranında renal yolla atılmaktadır, bu nedenle hepatic fonksiyon bozukluklarında dozun azaltılmasına gerek yoktur. Ciddi böbrek yetmezliği olanlarda günlük doz düşürülerek, 0,5 mg alması önerilir. Diğer farmakoterapilerle bildirilen bir ilaç etkileşimi bulunmadığı için, polifarmasinin sık olduğu yaşlı hastalarda ve ek hastalıkları olanlarda da doz değiştirilmeden kullanılabilir (Gören, 2019).

#### **2.13.4.5. Kombinasyon tedavileri**

Nikotin Bandı, Nikotin Sakızı, Nikotin Pastili, İnhaler Nikotin, Nazal Sprey, Bupropiyon; sigara bırakma oranlarını artırdığı söylenen ve önerilen kombinasyonlardır. Vareniklin ile NRT kombinasyonu ve vareniklin ile bupropiyon kombinasyonları da denenmiş ancak beraber etkinlikleri konusunda net bir sonuca varılamamıştır (Taş, 2019; Mills ve ark., 2012).

#### **2.13.4.6. Diğer yöntemler**

Cytisine, Nikotin aşısı, akupunktur, caydırıcı terapi, finansal teşvikler, hipnoz, motivasyonel görüşme, dianicline, lobeline, anksiyolitikler, kanabinoid tip 1 reseptör antagonistleri, Mecemylamin ve Naltrekson sigara bırakmada araştırılan, denenmiş ya da güvenilirlikleri konusundaki kanıtların yetersiz olduğu ilaç veya yöntemlerdir (Taş, 2019).

### **2.14. Sigara Bırakmanın Sağlığa Olumlu Etkileri**

Sigara insanlar üzerinde olumsuz etkilerinin birçoğu eskiye dönebilir ve sigara bırakma tedavileri vücudumuzda fiziksel değişimlere ve nikotin yoksunluğuyla nasıl baş ettiğimizi göstermeye yarar. Uzun yıllardır sigara kullanan bireylerin kullanmayanlarla karşılaştırıldığında, hastalık ve sakatlık oranların daha yüksek olduğu görülmektedir. Sigara bırakılması ile kişinin sağlığının yanı sıra ekonomik açıdanda fayda sağlamaktadır. Sigara bırakılması kısa süreli ve uzun süreli kişinin üzerinde etkileri görülmektedir. 20 dakika içerisinde kan basıncı, nabız ve vücut ısısında düzelme görülür, 8 saat içerisinde vücudun oksijen normal seviyelerine gelir, 12 saat içerisinde ise CO seviyesi vücut içerisinde azalmaya, soluk alıp vermede düzelme görülür. Kişinin vücudu 48 ile 72 den sonra sinir uçları kendini yenilemeye başlar ve vücuttan nikotin tamamen arınmış olur. 1 yıl içerisinde kalp krizi riski azalır,

15 yıl içerisinde ise hiç içmemiş bir kişinin kalp krizi riskiyle aynı seviyeye gelir. Akciğer kanseri riski 1 ile 5 yılları arasında %30 azalma olur. Orta yaşta sigara bırakma yaşam süresini 9 yıl uzatır iken ileri yaşlarda bırakmak ise 3 ile 6 yıl arasında yaşam süresini uzatmaktadır (Beyazıt Yılmaz, 2019; Ergenelek, 2005)

### **2.15. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Olan Faktörler**

Sigara bırakmaya yönelik medikal tedavi alınması başarı oranlarını arttırmaktadır. Bununla beraber sigarayı bırakmayı etkileyen diğer birçok faktör olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerin incelenmesi sigara bırakma başarısı için önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda yüksek eğitim durumu, yüksek gelir düzeyi ileri yaş, erkek, evli, bireyin kronik hastalığının olmaması, kişinin anksiyete depresyonun olmaması, düşük nikotin bağımlılık düzeyi, sigaraya geç yaşta başlama, günlük içilen sigara sayısının az olması, daha önce bırakmayı deneme, evde başka sigara içen olmaması, medikal tedavi alınması ve tedavinin uygun süre kullanılması sigara bırakma ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Güzel, 2017).

### **2.16. Sigara Bırakmada Halk Sağlığı Hemşiresi Rolü**

Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusunda toplumu bilinçlendirmede hemşirelerin önemli bir rolü vardır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nin 'Tütünsüz Bir Yaşam İçin Hemşireler' adlı yayınında, hemşirelerin tütün kontrolündeki önemi vurgulanmaktadır. Bu yayında koruyucu çalışmalar bakımından hemşirelerin lider olma, diğer hemşirelere yardımcı olma ve halk sağlığıyla ilgili politikalara katılma sorumluluğundan söz edilmektedir. Hemşirelerin buldukları her ortamda sigaradan korunma ve sigarayı bırakma konusunda etkinlik gösterme yönünden özel bir konuma sahip olduğu belirtilmektedir (ICN, 2005). ICN, bütün dünyada tütün kontrolünde hemşirelerin ön saflarda yer alması gerektiğini belirtmektedir. Bu amaçla hemşirelerin, kadın ve gençlik dernekleri, medya, okullar, hükümet ve tütünsüz yaşamı tercih eden diğer gruplar gibi çok sayıda değişik meslek gruplarıyla iş birliği yapmalıdır (ICN, 2005). Hemşirelerin sigara bırakmadaki etkinliği ve önemi yapılan sigara bırakma çalışmalarında da görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin sigara bırakma çalışmalarında başarılı oldukları belirlenmiştir. Koivula'nın yaptığı çalışmaya göre, hemşirelerin sigara içen bireylere yardım etmek üzere özellikle sigara bırakma aşamalarına göre planlamalar yaparak büyük bir destek verebileceği belirtilmektedir. Bu amaçla hemşireler, özellikle niyet ve hazırlık aşamasındaki bireyleri ele alarak destek verir ve rehberlik yapabilirlerse bu bireylerin bir sonraki aşamaya geçmesini ve sigara bırakma eylemini gerçekleştirmesini sağlayabilirler (Koivula, 1998).

Okullarda gençlerin sigaraya başlamalarını engelleyecek sağlık eğitimleri verebilirler. Ailelere ve gençlere yaratıcı sigara bırakma çalışmalarıyla müdahale edebilirler (Özcan Kamışlı,



2007). Sonuç olarak hemşireler kişisel sorumlulukları kabul etme, özellikle çocukları ve ergenleri sigaradan koruma, bireylerin sigara bırakmalarını teşvik etme ve onlara uygun rol modeli olma, tütün ürünlerinin satılmasını ve reklamlarını önlemede etkinlik göstermelidirler (Özcan Kamışlı, 2007).

Bilir'in (2004) çalışmasında toplumda sigara alışkanlığından kendiliğinden vazgeçenlerin hayli düşük olduğu, yani kendi kendine sigarayı bırakma çabasının pek başarılı olmadığı bildirilmiştir (Bilir, 2004). Sigara içen bireylerin önemli bir bölümü sigarayı bırakma konusunda ufak bir teşvik ve destek beklemektedirler. Bu nedenle sigara ile mücadelede, topluma en yakın sağlık kurumu olan aile sağlığı merkezlerinin rolü oldukça anlamlıdır. Bu kurumda hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni hep birlikte ekip hizmeti vermektedirler (Bilir, 2008). Bu ekipte özellikle halk sağlığı hemşiresine büyük sorumluluklar düşmektedir. Halk sağlığı hemşiresi sağlık konusunda topluma önderlik etmenin yanı sıra sigara ile mücadelede etkin bir rol almaktadır (Kutlu ve ark., 2005). Sağlık risk davranışlarının tanımlanmasında ve davranış değiştirmeye yönelik uygun girişimlerin planlanarak uygulanmasında, önemli rol ve fırsatlara sahiptir. Halk sağlığı hemşiresi, 'karar alma' ve 'davranış değiştirme' süreçlerinde cesaret, yardım ve destek verici görevler üstlenerek, yaşam biçimi davranışlarını ve sonuçlarını fark ettirerek değişmelerini sağlarlar ve en üst düzeyde sağlığa doğru hareket etmeleri için onlara motive edici iletişim becerilerini kullanırlar (Dalton ve ark., 2003; Erol, 2005). Halk sağlığı hemşiresinin bu yaklaşımı, bireylerin sigara ile mücadelesinde büyük rol oynayarak, daha sağlıklı toplumların oluşmasına katkı sağlar (Karadağlı, 2009).

### **2.17. Sağlık İnanç Modeli**

Sağlık inanç modeli (SİM) son yıllarda koruyucu sağlık davranışının açıklanmasında sık kullanılmaktadır. Sağlık ile ilgili davranışları açıklamak için geliştirilmiş psikolojik sağlık davranışı değişikliği modelidir. 1950 yılında Amerika'da bir grup psikolog tarafından hastalıklardan korunma ve tarama programına olan katılımın yetersiz olduğunu açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Sağlık sorunlarına uyarlanmış ilk model olup koruyucu ve geliştirici sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi vurgulanmıştır. Sağlık inanç modeli, insanların sağlık problemleri, eylemin algılanan yararları ve eylemin önündeki engeller hakkındaki inançlarının ve öz-yeterliğin, sağlığı geliştirici davranışa katılımı ya da katılım eksikliğini açıkladığını gösterir. Sağlığı geliştirici davranışı tetiklemek için bir uyaran veya harekete geçme işareti de mevcut olmalıdır. Sağlık inanç modeli, asemptomatik hastalıkların erken tespiti için taramadan geçme ve bağışıklama gibi sağlıkla ilgili çok çeşitli davranışları tahmin etmek için uygulanmıştır. Model sadece tarama programlarını açıklamakla kalmamış

hastaların davranış ve davranış rolleri ile sağlık davranışının gerçekleşmesini kolaylaştıran faktörleride açıklamıştır. Modelin altı temel bileşeni vardır (Edward ve ark., 2021).

### **2.17. 1. Algılanan duyarlılık**

Bireyin kendi sağlığını tehdit eden hastalıklarla ilgili algısıdır. Sağlık koruma davranışlarının habercisi olarak algılanan duyarlılık sağlık inanç modeline göre kişinin, kanser oluşumunu engellemek için sigarayı bırakma, yağsız besin, lifli zengin besinler, spor yapma, mamogram veya prostat testi yaptıрма gibi durumları yapması kişinin kansere karşı kendilerinin ne bildiğini ve hastalığa yakalanabileceklerine ne kadar olabirlikle ilişkilendirilir (Champion, 2008; Edward ve ark., 2021).

### **2.17. 2. Algılanan ciddiyet**

Bir hastalığın sonuçlarına karşı bireyde oluşan ciddiyet ya da şiddetin nasıl algılandığı ve bu algı özellikle bireyin sağlık bilgisinden etkilenir. Kişi hastalığın genel kapsamı hakkında bilgi sahibi ise algısı da buna bağlı şekilde etkilenecektir. Bir kişinin kanseri engellemek için eyleme geçme ihtimali, hastalığa yakalanmanın doğurduğu olumsuz fiziksel, psikolojik ve/ya da sosyal etkilerin ciddi sonuçlara (bağımsızlığın azalması, sosyal ilişkilerde değişme, acı, ağrı, sakatlık ve ölüm) yol açtığına inandığı takdirde daha yüksektir (Champion, 2008; Edward ve ark., 2021).

### **2.17. 3. Algılanan yarar**

Algılanan yararlar, genellikle bir davranışın algılanan etkinliği de dahil olmak üzere diğer faktörlerle bağlantılıdır. Düzenli egzersiz yapmanın ve sağlıklı beslenmenin kalp hastalıklarını önleyebileceğine inanıyorsanız, bu inanç bu davranışların algılanan faydalarını artırmaktadır. (Pınar ve ark., 2019; Edward ve ark., 2021).

### **2.17.4. Algılanan engel**

İnsanların sağlık davranışlarını değiştirmemelerinin başlıca nedenlerinden biri, bunu yapmanın zor olacağını düşünmeleridir. Sağlık davranışlarınızı değiştirmek çabaya, paraya ve zamana mal olabilir. Sağlıklı davranışlara yönelik algılanan engellerin, insanların sağlıklı davranışlarda bulunmaya istekli olup olmadıklarının en güçlü tek belirleyicisi olduğu gösterilmiştir. Aşılabilir veya cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi gibi sağlıkla ilgili davranışları teşvik ederken, insanların algılanan engelleri aşmalarına yardımcı olacak yollar bulmak önemlidir. Hastalık önleme programları bunu genellikle erişilebilirliği artırarak, maliyetleri azaltarak veya öz-yeterlik inançlarını teşvik ederek yapabilir (Champion, 2008; Edward ve ark., 2021).

### **2.17.5. Eylem ipuçları**

Eylem ipuçları bir kişiyi sağlık davranışında bulunmaya teşvik eden uyarıcıları içerir. Harekete geçiren uyarıcılar iç ya da dış uyarıcılar olabilir. SİM faktörleri etkileşerek eylemi tetikler. Örneğin, algılanan yatkınlık ve algılanan ciddiyet yüksek olduğunda, eyleme geçmek için çok küçük bir uyarıcıya gerek vardır. Ancak eğer algılanan yatkınlık ve algılanan ciddiyet düşükse eyleme geçmek için daha büyük bir uyarıcıya ihtiyaç duyulur (Champion,2008; Hayden, 2009).

### **2.17.6. Öz etkililik**

Sağlık İnanç Modeli'nin en son formülasyonları özyeterliği kilit faktör olarak ele alır. Özyeterlik uzlaştırıcı değişkenlerden etkilenir ve karşılığında beklentileri etkiler. Ayrıca, SİM'in bazı formları hastalığa genel yatkınlığı modelin ana unsuru olarak görürler. Ancak, genel durumun spesifik sonuçların yerini alması, yalnızca tedbirli davranışın amacı sağlığın genel itibari ile iyileştirilmesi uygun olur. Arada bahsedilen bir diğer değişken olan, sağlığın değeri genel anlamda insan sağlığına duyulan merak, ilgi, kişinin sağlığına verdiği önem manasına gelir. Sağlık İnanç Modeli'nin bu görüşüne göre, genel itibari ile sağlığına düşkün kişiler, sağlığına değer vermeyen kişilere nazaran daha çok egzersiz yapma eğilimindedirler. Hem eylem ipuçları hem sağlığın değeri SİM'nin bazı formlarında bulunmasına karşın, sistematik olarak ikisi üzerinde de çalışılmadığı için sağlık davranışının tayinindeki önemleri kesin değildir. Sağlık İnanç Modeli'nin uygulanmasında diğer değişkenlerde (demografik, yapısal ve sosyal değişkenler) keşfedilmiştir. Diğer değişkenlerin (örneğin eğitim düzeyi) kişinin yatkınlık, ciddiyet, fayda ve engel algılayışını etkileyerek dolaylı olarak davranışı da etkilediği düşünülmektedir (Champion, 2008).

### **2.18. Ölçek Geliştirme Yöntem ve Analizleri**

Ölçme istatistik birimlerinin istenen özelliğe sahip olma derecesinin kurallar çerçevesinde sembolle ve sayı ile eşleştirilmesidir. Üzerinde araştırma yapan çalışmayı ölçebiliyor ve sayısal olarak ifade edebiliyorsa, bunları bilimsel bir şekilde açıklayıp değerlendirebiliriz. Ölçekler, gizli yapıların tezahürüdür, dünyayı teorik olarak anlamamızın bir neticesi olarak var olmasını beklediğimiz ancak doğrudan değerlendiremediğimiz davranışları, tutumları ve varsayımsal senaryoları ölçekler. Altta yata gizli bir yapıyı ölçmek için birden fazla ögenin kullanılması, daha doğru araştırma bulgularına yol açan maddeye özgü ölçüm hatasını ek olarak açıklayabilir ve izole edilebilir. Sosyal, psikolojik ve sağlıkla ilgili davranış ve deneyimleri ölçebilen binlerce ölçek geliştirilmiştir. Bilim ilerledikçe ve yeni araştırma sorunları ortaya çıktıkça yeni ölçekler geliştirmek gerekli hale gelmiştir. Ölçme aracının bilim dünyası tarafından kabul edilebilmesi için belirli standartlara uygun olarak geliştirilmesi gerekir.

Tipik olarak tek bir değişken veya ögede yakalanamayan bir davranışı, duyguyu veya eylemi tespit etmek için kullanılır. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına bağlı şekilde değerlendirmede kullanılacak ölçüm sonuçlarının ve ölçütün uygunlunluğu ile sağlanır. Bu sebepten dolayı ölçü aracının standarize olması gerekmektedir. Ölçek kalitesi standarize edilene kadar maddeler analiz edilir ve tekrar tekrar gözden geçirilir. Standirize edilen ölçeğin yöntemi, ve yorumlanması açıkça belirtilmelidir (Çömlekçi, 2013; Armağan, 1993; Gay, 1985).

Her ölçme aracında vazgeçilemez iki özelliği geçerlik ve güvenilirliktir. Bir ölçme aracı, her şeyden önce ölçülecek özelliği tam ve doğru olarak ölçmeli, başka bir özellikle karıştırma- dan ölçmelidir: ölçeğin bu niteliğine geçerlik denir. Geçerlik, testin kullanılır amacına uygun hizmet etme derecesini belirler. Bir ölçme aracı ölçtüğü özelliği tutarlı ve doğru olarak ölçebilmelidir. Aynı şartlar altında tekrarlandığında aynı sonuçları verebilmelidir. Bu ise güvenilirlik olarak adlandırılır. Bu nedenle amacımız, hem yeni, geçerli ve güvenilir ölçeklerin geliştirilmesini kolaylaştırmak hem de mevcut ölçeklerin geliştirilmesine yardımcı olmak için ölçek geliştirme sürecini mümkün olduğunca basit bir şekilde tanımlamaktır (Ergin, 2013).

## **2.19. Güvenirlik**

Güvenirlik ölçme aracının farklı zamanlarda, duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonucunu verebilmesidir. Güvenirlik aynı değişkenin bağımsız ölçümler ile arasındaki benzerliktir. Aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile eşit sonuçların alınmasıdır. Ölçümlerde incelenen toplam değişkenlik içindeki hata payı arttıkça ölçeğin güvenilirliği azalmaktadır. Oluşan hata payı azaldıkça güverlik düzeyi yükselmektedir. Hatasız gerçek ölçümler bilinmediği için güvenilirlik tahmin yürütmeye çalışılarak dolaylı olarak belirlenmeye çalışılır ve tahmini iki yaklaşımla bulunur. Birinci yaklaşım ölçmenin standart hatasının bulunması ve hatalarının büyüklüğünden kaynaklıdır. Standart hatası ile güvenilirlik arasında ters orantı vardır, ölçeğin standart hatasının artar ise ölçeğin güvenilirliği azaltır. İkinci yaklaşım da ise aynı objelerle alakalı iki ölçüm arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Bu güvenilirlik yaklaşımında kullanılan birçok yöntem vardır. Bunlar; paralel formlar yöntemi, test- tekrar test yöntemi, yarı test güvenilirlik yöntemi ve iç tutarlılık katsayısı sap- tama yöntemleridir (Ergin, 2013; Erkuş ve ark., 2017).

### **2.19.1. İç tutarlılık yöntemleri**

Ölçeğin içerik geçerliği hakkındaki değerlendirmelerde en majör ölçütlerden birisi de iç tutarlılıktır (Ergin, 2013). Belirli bir alanda ölçtüğü düşünölen soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun, soruların doğru adrese gönderilip gönderilmediğini yani yalnızca

istenen kavramı ölçüp ölçmediğini gösteren ölçütüdür. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının, belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünü oluşturmak) üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden (örneğin, test maddelerinden, anket sorularından) oluştuğu ve bunların bütün içinde bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahibi olduğu varsayımıdır (Karakoç ve ark., 2014). Yaygın olarak kullanılacak olan dört yöntem vardır. Bunlar; yarıya bölme yöntemi, cronbach's alfa güvenirlik katsayısı, Kuder-Richardson 20-21 güvenirlik katsayısı, madde toplam puan ölçek güvenirliğidir (Turgut ve ark., 2013).

#### **2.19.1.1. Cronbach's alfa güvenirlik kat sayısı**

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan ve ark., 2004). Cronbach alfa tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 vb. gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan iç tutarlılık yöntemidir (Özdamar, 2011).

Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığı belirlenirken genellikle Cronbach alfa katsayısı kullanılır. Her madde için tek bir  $\alpha$  (alfa) değeri olabileceği gibi, tüm maddelerin ortalama bir  $\alpha$  (alfa) değeri de olabilir. Tüm maddeler için elde edilen  $\alpha$  değeri o anketin toplam güvenirliğini gösterir ve 0.7'den büyük olması beklenir bu değerden düşük olan  $\alpha$  değerleri anketin zayıf güvenirliği olduğunu gösterirken,  $\alpha > 0.8$  olması ise anketin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 2013). Ölçme aracındaki madde sayısı iç tutarlılık katsayısını etkilemektedir. Madde sayısı az olan ölçekler de alfa katsayısı gerçek değerinden daha düşük çıkmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020).

#### **2.19.1.2. Madde toplam puan korelasyonu**

Madde-toplam puan korelasyonu ile ölçekte bulunan her bir maddenin toplam puan ile arasındaki ilişki incelenmektedir. Ölçme aracının tutarlılığını göstermek için her bir maddenin toplam puanı ile yüksek korelasyona sahip olması gerekir (Bilgin, 1995). Madde toplam test korelasyonunun minimum değeri .30 olarak belirtilmektedir (Çam ve ark., 2009).

#### **2.20. Geçerlik**

Teorik analiz olarak da bilinen içerik geçerliliği, bir ölçümün ilgi alanını değerlendirdiği yeterliliği ifade eder. Maddelerin ölçtüğü varsayılan şeyi ölçmesi gerekiyorsa, içerik yeterliliğine duyulan ihtiyaç hayati önem taşır. Ek olarak, içerik geçerliliği, içerik uygunluğunu ve içerik temsillerini, yani maddelerin incelenmekte olan hedef popülasyonun ilgili deneyimini yakaladığını belirtir. Kapsam geçerliliği, yalnızca kavramsal tanımda belirtilen olgunun, ilişkili olabilecek ancak araştırmacının o belirli yapı için niyetinin dışında olan diğer yönlerin eklenmemesini sağlama sürecini gerektirir. Guion, herhangi bir içerik geçerliliği

iddiasında bulunmak için yerine getirilmesi gereken beş koşul önerdi. Bu koşulların herhangi bir disiplinde ölçek geliştirme için geniş çapta uygulanabilir olduğunu düşünüyoruz. Bunlar arasında (a) davranışsal içeriğin genel olarak kabul edilen bir anlamı veya tanımı vardır; (b) etki alanı açık bir şekilde tanımlanmıştır; (c) içerik alanının ölçüm amaçlarıyla ilgili olması; (d) nitelikli yargılar, etki alanının fikir birliğine dayalı olarak yeterince örneklendiği konusunda hemfikirlerdir; ve (e) yanıt içeriği güvenilir bir şekilde gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir. Bu nedenle, içerik geçerliliği, içerik uygunluğu, temsil edilebilirlik ve teknik kalitenin kanıtını gerektirir. Kapsam geçerliliği, temel olarak uzman ve hedef kitle yargıları tarafından yapılan değerlendirme yoluyla değerlendirilir. (Ercan ve ark., 2004).

### **2.20.1. İçerik kapsam geçerliliği**

Kapsam geçerliliği ile ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece katkı sağladığı görülebilir (Tekin, 2019). Mantık yolu ve istatistiksel yol olan iki farklı metot ile değerlendirilebilir (Ercan ve ark., 2004).

Önce ölçülmesi istenen kavram ile ilgili davranışlar evreninin çözümlenmesi yapılarak içerdiği etkenlerin açık olarak saptanması gerekir. Sonra da, her etkenin davranış evrenindeki oranına göre ölçme aracında temsil edilip edilmediğine bakılır. İçerik geçerliliği ölçülen konudaki tüm boyutlardaki olası tüm maddelerden oluşan tepki (soru, madde) evrenini, ölçeğin (sınırlı sayıda madde içermesi nedeniyle bu evrenden bir örnekleme niteliğindedir. Temsil etme gücüdür. Temsil ediciliği sağlamak için her alt boyutu içeren maddeler ölçekte yer almalıdır ve tepki evrenindeki oranı veya önem ağırlığı ölçeğe de yansımalıdır (Ergin, 2013). Uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişi arasında konuyla ilgi kapsam belirlenmesi, yargılaması ve farklı ölçütler ile değerlendirme yapılmasının engellenmesi için ortak görüşlerin alınması gerekmektedir. Aynı zamanda maddelerin sunum biçiminin yarattığı farklı tepkiler açısından da bir değerlendirme yapılmış olur (Tavşancıl, 2002). Uzmanların kapsam geçerliliğini değerlendirebileceği çeşitli yöntemler vardır. Davis tekniğine göre maddeler; ‘uygun’, ‘madde hafifçe gözden geçirilmeli’, ‘madde ciddi olarak gözden geçirilmeli’ ve ‘madde uygun değil’ şeklinde dördü derecelendirilmektedir. Bu teknikte, maddelerin uygun oluşu ve maddenin hafifçe gözden geçirilmeli seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısının toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilir. Bu değer 0,80 olması kabul edilebilir değer olduğunu göstermektedir (Tavşancıl, 2002; Taşkın, 2010).

### **2.20.2. Yapı geçerliliği**

Yapı, birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen belli öğelerin veya öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliliğini belirleme süreci ile bilimsel kuram geliştirme süreci aynıdır (Tekin, 2019). Soyut kavramlara yönelik ölçmelerde önce ölçülen kavramı tanımlayan kuramlardan biri tercih edilir. Böylece ölçülmek istenen kavramın

yapısı belirlenir. Bu kuramsal yapıya göre gözlenebilir değişkenler ortaya konur. Son olarak bu gözlenebilir değişkenlerini ifadelendiren maddeler yazılarak ölçek hazırlanır. Yapı geçerliğini değerlendirme metotları içinde birçok farklı araştırmacılar tarafından farklı yöntemlere işaret etmektedir. Bunlardan daha çok sözü edilenler; hipotez testi, faktör analizi, iç tutarlık analizi, benzer ölçek geçerliği, yapısal eşitlik modellemesi, sağlama geçerliği, çoklu özellik/ çoklu yöntem matrixi, şablonların işleşmesi teorisi gibi yöntemlerdir (Ergin, 2013; Tavşancıl, 2002).

### **2.20.2.1. Faktör analizi**

Faktör analizi, cevaplayıcıların geliştirmekte olduğu ölçme aracındaki maddelere verdiği tepkileri ve test öğeleri setinin testin altında yatan G teorisine uyumlumu belli bir düzeni olup olmadığını göstermek için kullanılır. Ölçek geliştirmenin en temel parçası faktör analizidir. Ölçek geliştirme sürecinde, hazırlanan araçlar, araştırma evreninde yansız olarak seçilen örneklemelere verilir ve tüm maddelere verilen cevaplar tek tek puanlandırılarak faktör analizi yapılır ve oluşan analiz sonuçları maddelerin araçtan çıkarılması veya eklenmesinden sonra analiz tekrar edilir. Bu döngü ölçülecek alanı ölçmede yeterli sayıda madde içeren doğru bir çözüme ulaşıncaya kadar devam eder. Tüm değişkenlerin ve bu değişkenlerin lineer kombinasyonlarını normal dağıldığını faktör analiz tarafından varsayar ve bu varsayım karşılanabiliyorsa çözümün değeri artar ve örneklem büyüklüğünün ilişkilerin güvenilir bir durumda kestirilmesi sağlanacak büyüklükte olması lazımdır. Ölçeğin başta belirlenen teorik yapısıyla uygulama sonuçlarından hemen sonra faktör analizi işleminde görülen pratik yapı birbirine uyumlu ise ölçeğin yapı geçerliliği var demektir.

#### **Faktör analizi aşamaları**

Faktör analizi farklı aşamalardan oluşan bir analiz tekniğidir. Bu aşamalar aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

#### **Problem tanımı ve veri toplama**

Problem tanımlama ve veri toplama aşaması faktör analizi için gerekli olan hazırlık çalışmalarını kapsayan ilk aşamadır ve bu aşamada faktör analizinin amacı, faktör analizinde kullanılacak olan değişkenlerin teori, mevcut araştırmalar ve araştırmacının bilgi ve tecrübeleri veya yaptığı ön çalışmalar (kalitatif veya kantitatif türdeki çalışmalarla) ışığında geliştirilmesi ve uygun ölçüm araçları ile ölçülmesi ve makul yöntemlerle verilerin toplanması işlemleri yapılmaktadır (Erkuş, 2012).

### **Korelasyonun matrisinin oluşturulması**

Faktör analizinin ikinci aşaması analiz sürecinin başladığı korelasyon matrisi oluşturulduğu aşamadır. Korelasyon matrisi faktör analizinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir matristir.

### **Faktör sayısına karar verme**

Yapılacak olan veri seti için faktör analizinin uygun olduğuna karar verdikten sonra, oluşturulan korelasyon matrisini baz alarak, faktör çözümünü ortaya koymak amacıyla uygun bir faktör oluşturma yönteminin seçilmesi ve başlangıç çözümünün oluşturulmasını kapsayan üçüncü aşamadır (Erkuş, 2012).

### **Faktör eksen döndürme**

Başlangıç faktör analizi çözümüne ulaşıldıktan sonra (başlangıç faktör matrisi) ortaya çıkan faktörlerin yorumlanması ve isimlendirilmesini kolaylaştırmak için faktörleri temsil eden eksenlerde çeşitli manipülasyonlar veya eksen kaydırmaları yapma yoluna gidilir (Turgut, 2013).

Faktör analizleri için iki farklı yöntem vardır. Bunlar;

Açıklayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı Faktör Analizi' dir.

#### **2.20.2.1. 1. Açıklayıcı faktör analizi (AFA)**

Açıklayıcı faktör analizi daha çok ölçek geliştirme çalışmalarının ilk aşamalarında, gözlenen değişkenlerin hangi faktörleri oluşturduğunu incelemek amacıyla kullanılır. Aynı zamanda, ele alınan kavrama ilişkin çok sayıdaki değişken azaltılarak bu yapıyı açıklayan daha az sayıda ve açıklama gücü daha yüksek faktörlerin keşfedilmesi sağlanır (Devellis, 2003).

#### **2.20.2.1.2. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)**

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), açıklayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapılarını, kaynaklardan yararlanarak belirlenen faktör yapılarını, orijinal ölçeklerde önceden belirlenmiş genel kabul görmüş faktör yapılarını veya öngörülse olarak ileri sürülen faktör yapılarını denetlemek için kullanılan test yöntemidir (Totan, 2014). Doğrulayıcı faktör analizi'nde faktör yerine 'gizil değişken', ölçek maddesi yerine 'gözlenen değişken' ifadeleri kullanılmaktadır. Şekil ile modelleme yapılırken gizil değişkenler elips ile gözlenen değişkenler ise dikdörtgen ile birbirleri arasındaki ilişkileri göstermek için ise yönlü oklar kullanılır. Doğrulayıcı faktör analizi modelleri genellikle, gözlenen bazı değişkenlerin bir gizil değişkeni oluşturup oluşturmadığının veya birçok gizil değişken arasında tanımlanan ilişkilerin var olup olmadığını test etmek için kullanılır (Totan, 2014).

DFA, benzeri olan açıklayıcı faktör analizi (AFA) gibi değildir ve DFA'yı yapmak için araştırmacının önceden kafasında bir teori var olması gerekir. Hemşire akademisyenler DFA'yı



genellikle AFA'dan sonra bulgularını doğrulamak için kullanmaktadırlar. Yani önce SPSS ile AFA yaparak, saptadıkları madde ve alt boyutları bir model olarak kabul etmektedirler. Sonra, DFA ile bu modeli test ederek doğruluğundan kesin emin olmak istemektedirler. DFA esasen araştırmacının kafasındaki kuramı test etmede kullanılır, yani araştırmacı ölçek sorularının neyi ölçtüğünü kuramsal olarak bilmesi gerekir. Fakat bu işlemi AFA ile yapıp, DFA ile doğrulamak sık başvurulan yoldur (Çapık, 2014).

## **2.21. Ölçek Geliştirme Süreci**

Ölçek geliştirme çalışmasının öncesinde yapılması gereken ilk şey, konu ile ilgili mevcut bir ölçek olup olmadığı, eğer varsa, ne kadar duyarlı bir ölçek olduğu ve mevcut ölçeğin duyarlılığı yüksekse, bir uyarılma çalışması yapmanın mı yoksa yeni bir ölçek geliştirmenin mi daha doğru olacağını değerlendirilmesidir (Tavşancıl, 2002). Bu çalışmada yeni bir ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır.

### **2.21.1. Yeni bir ölçek geliştirme**

Yeni bir ölçek çalışmasında yapılacak ilk şey, konuyla ilgili literatür taramaktır. Bunu yaparken, ölçek konusu için hangi soruların ve konuların değerlendirilmesi gerektiğine dikkat edilmelidir. Ölçüm için format belirlenmeli ve buna göre madde/soru havuzu oluşturulmalıdır (Karakoç ve ark., 2014). Format, verilerin matematiksel özelliklerine göre, sıralama, sınıflama, eşit aralıklı ve oran ölçeği şeklinde veya bazı özel ölçüm şekillerine göre (Thurstone tipi, Likert tipi, Osgood boyutsal ayırma ölçeği gibi) olabilir (Tavşancıl, 2002). Maddeler tasarlanırken, maddelerin sade ve anlaşılır olmasına, bir maddenin birden fazla yargı ve düşünce ifadesine sahip olmamasına özen gösterilmelidir (Ekici, 2012). Açılış soruları aranan bilginin türüne göre ve daha sonraki sorular üzerinde etkisini dikkate alarak düzenlenmeli ve katılımcılar ankete yanıt vermeye bir dizi kişisel ve paylaşmakta çekineceği soru ve sorular ile başlamak istemeyebilir. Bu nedenle, bu tür soruların ilerleyen bölümlerde yer alması daha uygun olacaktır. Bir sonraki aşama, oluşturulan madde havuzu için uzman görüşüne başvurmaktır (Karakoç ve ark., 2014).

Uzmanlar soruların gerekliliği, açık ve özgüllüğünün değerlendirmesini yapar. Böylece bazı ifadelerin çıkarılması ya da değiştirilmesi önerisi getirebilirler. Ancak, tavsiyelerin kabul ya da reddedilmesi, ölçek hazırlayanın kendi iradesine bırakılmalıdır. Uzman yorumu ile kapsam ve görünüm geçerliği değerlendirilmiş olur. Uzman görüşüne göre değiştirilen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanmalı ve deneme uygulaması ölçeğin performansı için önemlidir. Örneklem hedef kitleyi temsil etmelidir. Taslak uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri ile değerlendirilmesi yapılarak, son hali verilir (Devellis, 2003; Taşkın, 2010; Karakoç ve ark., 2014).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma metodolojik türde bir alan çalışmasıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma online anket yöntemi ile Eylül 2020 – Şubat 2021 tarihleri aralığında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini sigara içtiğini belirten 18 yaş üzeri yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğü ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Toplamda en az 300 ile 500 bireye ulaşılması ya da ölçekteki madde sayısının en az 5 veya 10 katı kadar bireye ulaşılması görüşleri hakimdir (Kass & Tinsley 1979, DeVellis 2003, Tabachnick & Fidell 2007, Comrey & Lee 2013, Seçer 2015). Bu ölçeğin geliştirilmesinde madde sayısının 10 katı sayıda bireyle (720) çalışılmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmada verileri toplama formu olarak; Sosyodemografik ve sigara kullanımını içeren Tanıtıcı bilgi formu ve Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı Sigara Bırakma Davranışları Ölçeği taslağı kullanılmıştır.

##### **3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form iki kısımdan ve 15 sorudan oluşmaktadır. Birinci kısım sosyo-demografik özellikleri kapsayan 6 soru, ikinci kısımda ise sigara bırakma davranışlarına yönelik 9 soru yer almaktadır (Ek 1) .

##### **3.4.2. Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SBD-SİM Ölçeği)**

Sağlık İnanç Modeli'de (SİM) anlatılan tüm teorilerin en eskisidir (Champion, 2008). 1950'lerde ABD Kamu Sağlığı Hizmeti için çalışan bilim insanları tarafından geliştirilen bu

model, günümüzde de en yaygın şekilde uygulanan kavramsal çerçevelerden biri olmaya devam etmektedir (Edward and ark., 2021). SİM son yirmi senede diğer teorik çerçeveler ile karşılaştırılarak genişletilmiş ve sağlık davranışlarını değiştirme girişimlerinde kullanılmıştır. Günümüzde SİM sağlık taraması, hastalık, hastalık rolü ve önleyici davranışlara müdahale etmek için kullanılmaktadır (Glanz, 2008). Bu çalışmada SİM'in ana yapısına uyarlanarak 72 maddeden oluşan taslak model geliştirilmiş ve veri toplamada kullanılmıştır (Ek 2).

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Ölçeğin geçerlik çalışması için ilk aşamada kapsam geçerliliği için Uzman Görüşüne başvurulmuştur (Ek.3). Kapsam geçerliliği Lawshe tekniğine göre değerlendirilmiştir. Bu amaçla 10 uzman görüşüne başvurulmuştur (Lawshe 1975). Daha sonra istatistiksel analizi SPSS 26.0 ve AMOS istatistik paket programında yapılmıştır. İlk olarak verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını incelenmiştir. Bu amaçla Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett testinin sonuçları değerlendirilmiştir. Verilerin faktör analizi için uygun çıkması üzerine, ölçeğin yapı geçerliğini ve faktör yapısını incelemek amacı ile Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alpha iç tutarlılık analizi, Madde-Toplam Korelasyonu, ve Test-Tekrar Test yönteminden yararlanılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni, (2020/13) (Ek 4), çalışmaya katılan sigara içtiğini belirten 18 yaş üzeri yetişkin bireylerden sözlü onam alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği**

- Araştırma verilerinin online anket yöntemiyle toplanması sınırlılık olarak kabul edilebilir.
- Model temelli ölçek geliştirme çalışmalarından elde edilen veriler bir evrene genellenemeyeceğinden, bu ölçek 18 yaş üstündeki bireylerin sigara bırakma davranışını değerlendirmek ve değiştirmeye yönelik çalışmalarda kullanılabilir.

## 4. BULGULAR

Bireylerin tanıtıcı ile ilişkili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1 de verilmiştir.

**Tablo 4. 1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler (n=720)	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
18-28	483	67,0
29-39	141	19,7
40-50	64	8,9
51-66	32	4,4
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	365	50,7
Kadın	355	49,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	206	28,6
Bekar	514	71,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar	39	5,4
İlkokul-ortaokul mezunu	59	8,2
Lise mezunu	148	20,6
Üniversite mezunu	474	65,8
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere eşit	341	47,4
Gelir giderden az	177	24,6
Gelir giderden fazla	202	28,0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	389	54,0
Çalışmıyor	314	43,6
Emekli	17	2,4
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Olan	103	14,3
Olmayan	617	85,7

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Bireylerin %67’si 18-28 yaş grubunda, %50,7’si erkek %28,6’si evli, %65,8’si üniversite mezunu %47,4’ü gelir gidere eşit, %54,0’ı çalışıyor. Bireylerin %14,3’ü kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Özellikler (n=720)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Günlük İçilen Sigara Sayısı</b>		
1-10 adet	364	50,6
11-19 adet	217	30,1
20 adet ve üzeri	139	19,3
<b>Sigara İçme Süresi</b>		
1 yıl	123	17,1
2-9 yıl	395	54,9
10-19 yıl	141	19,6
20 yıl ve üzeri	61	8,5
<b>Sigaraya Başlama Yaşı</b>		
15 yaş ve altı	114	15,8
16-18 yaş	250	34,7
19-24 yaş	301	41,8
25 yaş ve üzeri	55	7,6
<b>Ailede Sigara İçen Birey Olma Durumu</b>		
Var	525	72,9
Yok	195	27,1
<b>Günün İlk Sigarasını İçme Zamanı</b>		
Uyandıktan 5 dakika sonra	146	20,3
Uyandıktan 6-30 dakika sonra	199	27,6
Uyandıktan 31-59 dakika sonra	117	16,3
Uyandıktan bir saat sonra	258	35,8
<b>Sigara İçme Nedeni</b>		
Sıkıntıları hafifletmek	349	48,5
Arkadaş ortamında kullanma	162	22,5
Olgun gözükmek	16	2,2
Diğer	193	26,8
<b>Sigara Bırakmayı Deneme Durumu</b>		
Hiç denemeyen	225	31,3
Bir kez deneyen	215	29,9
2 veya daha fazla kez deneyen	280	38,9
<b>Daha Önce Sigarayı Bırakma Durumu</b>		
Bırakan	450	62,5
Bırakmayan	270	37,5
<b>Daha Önce Sigara Bırakma Şekli (n=450)</b>		
Danışmanlık olarak	30	4,2
Reçeteli ilaç kullanarak	44	6,1
Kendi iradesi ile bırakarak	376	52,2

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %50,6’sı günlük içilen sigara sayısının 1-10 adet olduğunu,

%54,9'u 2- 9 yıl sigara içtiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %41,8'i 19-24 yaş aralığında sigaraya başladığını ve %72,9'u ailesinde başka sigara içen birey olduğunu belirtmiştir. Bireylerin %35,8'i uyandıktan bir saat sonra günün ilk sigarasını içtiğini ve %48,5'i sıkıntılarını hafifletmek için sigara içtiğini ifade etmiştir. Bireylerin %52,2'si sigarayı kendi iradeleri ile bırakma girişiminde bulduklarını %38,9'u iki veya daha fazla kez bırakmayı denediklerini bildirmiştir.

### **Ölçeğin Geçerliliğine Yönelik Bulgular**

**Kapsam (İçerik) Geçerliliği:** Hazırlanan 73 maddeli taslak ölçeğe (SBD-SİM) uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda son hali verilmiştir. Çalışmaya ait Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri 0,988, Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) değeri ise 0,800 olarak tespit edilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda ölçekte yer alan 1 ifade (madde 73) .62'nin altında değer aldığı için ölçekten çıkarıldı (Tablo 4.3)

**Tablo.4.3. Kapsam (İçerik) Geçerliliği Oranı Hesaplama Tablosu\***

İfadeler	n <sub>e</sub>	N/2	n <sub>e</sub> - N/2 / N/2	İGO**	Karar
Madde 1	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 2	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 3	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 4	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 5	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 6	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 7	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 8	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 9	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 10	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 11	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 12	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 13	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 14	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 15	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 16	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 17	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 18	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 19	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 20	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 21	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 22	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 23	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 24	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 25	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 26	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 27	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 28	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 29	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 30	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 31	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 32	10	5	5/5	+1,00	Kabul

Madde 33	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 34	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 35	9	5	4/5	+ ,80	Kabul
Madde 36	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 37	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 38	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 39	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 40	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 41	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 42	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 43	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 44	9	5	4/5	+ ,80	Kabul
Madde 45	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 46	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 47	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 48	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 49	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 50	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 51	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 52	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 53	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 54	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 55	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 56	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 57	9	5	4/5	+ ,80	Kabul
Madde 58	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 59	9	5	4/5	+ ,80	Kabul
Madde 60	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 61	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 62	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 63	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 64	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 65	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 66	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 67	10	5	5/5	+1,00	Kabul



Madde 68	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 69	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 70	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 71	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 72	10	5	5/5	+1,00	Kabul
Madde 73	8	5	3/5	+ ,60	Çıkarıldı
<b>Toplam Uzman Sayısı: 10</b>					
<b>Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ): 0.800</b>					
<b>Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ): 0.988</b>					

\*İçerik geçerliliği oranı, Lawshe'nin formülüne göre hesaplanmıştır.

\*\* $\alpha=0,05$  Anlamlılık Düzeyinde KGO'ların Minimum/Kritik Değerleri için Ayre ve Scally (2014)'nin ortaya koyduğu KGÖ değerleri esas alınmıştır.

**Faktör analizi:** Kapsam geçerliliğinden sonra, çalışmada daha net ve kesin bulgular sağlamak amacıyla ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör yapıları incelenmiştir. İlk olarak KMO (Kaiser-Mayer Olkin) analizi örneklemin büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için kullanılmıştır. Verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için ise Barlett's Testi yapılmıştır ve devamında ölçeğin faktör yapısı hem Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), aynı zamanda Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin KMO değeri 0,926 ve Bartlett's testi değeri 16489,65 ( $p<0.001$ ) olarak belirlenmiştir. KMO değeri örneklemden elde edilen verinin yeterli olduğunu, Barlett's testi sonucunun .05'den küçük olması ise ölçek maddeleri arasındaki ilişkinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

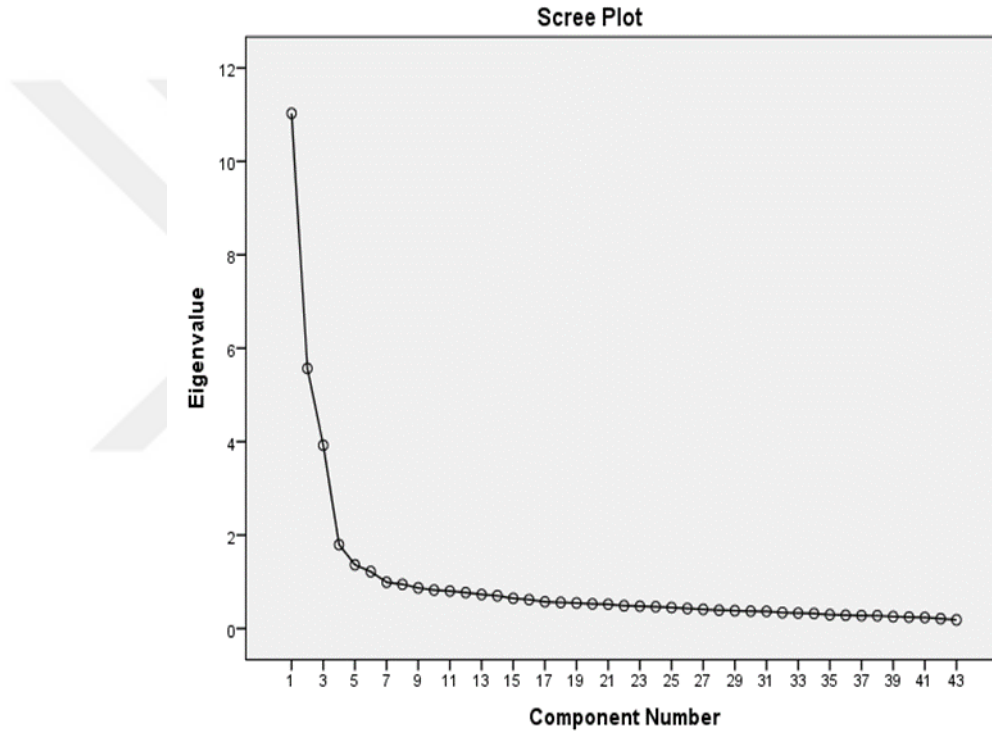
**Tablo 4.4. SBD-SİM Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's Testi Sonuçları**

Test	Test Değeri	P
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,926	
Bartlett's	$\chi^2 = 16489.65$ Sd= 90	.000

Sağlık İnanç Modelinin kuramsal yapısı gereği ölçeğin 5 faktörden oluşması gerektiği için, faktör analizi yapılırken faktör sayısı belirlenerek analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda Duyarlılık ve Ciddiyet boyutlarının tek bir faktör olarak belirlendiği ancak farklı alt boyutları ilgilendiren maddelerin (6 madde) oluşturduğu model dışı bir faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu maddeler (47., 48., 49., 50., 51. ve 52. maddeler) modelin yapısını korumak adına ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca model içerisinde bahsedilse de sistematik olarak ele alınmamış olan Eylem İpuçları boyutunu 6 madde de (59., 60., 61., 62., 63. ve 64. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Toplam 12 soru ölçekten çıkartıldıktan sonra yapılan analizde faktör yapısı 4 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, SBD-SİM ölçeğinde toplam varyansın %51,89'unu açıklayan, özdeğeri 1'den büyük olan 4 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) toplam varyansın %25,65'ini, ikinci faktör (Algılanan Engel) %12,95'ini, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) %9,12'sini ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) %4,17'sini açıklamaktadır (Tablo 4.5, Şekil.4.1).

**Tablo 4.5. SBD-SİM Ölçeği'nin Alt Boyutlarına Ait Özdeğer ve Açıkladıkları Varyans**

Faktör	Özdeğer	Varyans	Kümülatif
1	11,029	25,649	25,649
2	5,567	12,947	38,596
3	3,922	9,122	47,718
4	1,795	4,175	51,893



**Şekil 4.1. SBD-SİM ölçeği scree plot**

Açımlayıcı Faktör Analizi; faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir analiz yöntemidir. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek seviyede ilişki gösteren maddelerin oluşturmuş olduğu bir kümeleme var ise o maddelerin beraber bir boyutu ölçtüğü anlamını gelir. Faktör analizinde, işaretine bakılmaksızın veri kalitesi 0,60 ve üstü yüksek düzey kalite, 0,30- 0,59 arası kalite değeri orta düzey kalite olarak kabul edilir (Gatignon, 2011).

Maddelerin faktör yüklerinin birinci faktörde .535 ile .783 arasında, ikinci faktörde .715 ile .804 arasında, üçüncü faktörde .593 ile .797 arasında, dördüncü faktörde ise .590 ile .690 arasında değiştiği izlenmiştir (Tablo 4.6). Faktör analizinde faktörlerin her bir değişken

üzerinden yol açtıkları ortak varyansın ya da ortak faktör varyansının en az .10 değerinde olması gerekmektedir (Secer, 2015). SBD-SİM ölçeğinde bu değer minimum .243 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

Faktör analizinde madde faktör yük değerinin en azından .30 olması önerilir. (Büyüköztürk, 2012; Secer, 2015). Bu çalışmada faktör yapılarının belirlenmesinde madde faktör yükleri .30 ve üzeri değerler faktör yapısına alınmıştır. Birbiriyle ilişkili maddelerin bir araya gelecek faktör oluşturması ve faktörlerin daha kolay yorumlanabilmesi amacıyla Varimax eksen döndürme tekniği seçilmiştir. Bir maddenin farklı faktörler altında almış olduğu faktör yük değerleri arasında en az .10 düzeyinde bir farklılık olması beklenir aksi takdirde binişik madde kabul edilir ve ölçekten çıkarılması gerekebilir (Seçer, 2015). Analiz sonucunda faktör yük değeri farklı faktörlerde birbirine yakın olan 17 madde (binişik madde) (2., 11., 17., 18., 20., 23., 25., 26., 32., 33., 34., 35., 46., 54., 55., 56. ve 58.) ölçekten çıkarılmıştır. Varimax eksen döndürme tekniği ile birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 17 maddeden (1,3-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 12 maddeden (36-45,57,69. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 8 maddeden (53,65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı Alt boyutunda 5. Engel algısı boyutundaki 36., 45., 57. ve 69. madde ve öz yeterlilik boyutundaki 53. madde standardize regresyon katsayıları düşük olması ve açıklayıcı faktör analizindeki faktör yüklerinin düşük olması nedeniyle modelden çıkarıldı. Buna göre, birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 16 maddeden (1,3,4,6-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 8 maddeden (37-44. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 7 maddeden (65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir. (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Faktör Analizi Sonucunda SBD-SİM Ölçeğinde Kalan 37 Maddenin Faktör Yükleri**

	MADDELE	SBD-SİM	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	<b>Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı</b>					
1	Sigaranın içindeki birçok madde kansere neden olur.	,578	,757			
3	Sigara içmek dişlerde sararmaya neden olur.	,481	,686			
4	Sigara içmek kanser, akciğer hastalıkları gibi hastalıklara neden olur.	,584	,761			
6	Sigara dumanına maruz kalmak (pasif içicilik) kanser ve başka hastalıklara neden olur.	,454	,635			
7	Sigara dumanıyla yayılan zararlı maddeler kıyafetlerde ve eşyalarda uzun süre kalır.	,380	,591			
8	Sigara kullanmaya devam edersem bağışıklık sistemim zayıflar.	,512	,653			
9	Sigara kullanmaya devam edersem kanser olabilirim.	,566	,739			
10	Sigara kullanmaya devam edersem akciğer hastalıklarına yakalanabilirim.	,633	,783			
12	Sigara kullanmaya devam edersem nefes alıp vermekte zorlanabilirim	,616	,779			
13	Sigara kullanmaya devam edersem egzersiz yaparken zorlanabilirim.	,537	,713			
14	Sigara kullanmaya devam edersem hava kirliliğine sebep olabilirim.	,355	,535			
15	Sigara kullanmaya devam edersem harcamalarım artabilir.	,394	,604			
16	Sigarayı kullanmaya devam edersem merdiven çıkmakta zorlanabilirim.	,523	,691			
19	Gelecekte sigaradan dolayı hastalanma ihtimalimin çok yüksek olduğunu düşünüyorum	,527	,558			
21	Akciğer kanseri, solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklara yakalanma ihtimalim sigara içmeyenlere göre daha yüksektir	,545	,709			
31	Sigarayı bırakırsam kanser gibi hastalıklara yakalanma riskim azalır	,505	,608			
	<b>Engel Algısı</b>					
37	Sigarayı bırakırsam stresimi kontrol edemem.	,539		,715		
38	Sigarayı bırakırsam dikkatim azalır.	,590		,765		
39	Sigarayı bırakırsam ellerim titrer.	,635		,786		
40	Sigarayı bırakırsam kabız olurum.	,603		,747		
41	Sigarayı bırakırsam uyumakta zorlanırım.	,649		,804		
42	Sigarayı bırakırsam ağızımda yaralar çıkar.	,641		,765		
43	Sigarayı bırakırsam sinirli birisi olurum.	,633		,759		

44	Sigarayı bırakırsam eşimle, arkadaşlarımla ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşayabilirim.	,622		,787		
	<b>Öz Yeterlilik</b>					
65	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.	,560			,632	
66	Yaşamımın herhangi bir döneminde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.	,426			,593	
67	Sigarayı kolaylıkla bırakabilirim.	,602			,773	
68	Sigarayı nasıl bırakabileceğimi biliyorum.	,451			,669	
70	Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum.	,585			,748	
71	Sigarayı bırakırken zorlanmayacağımı düşünüyorum.	,511			,714	
72	Sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.	,645			,797	
	<b>Yarar Algısı</b>					
22	Sigarayı bırakırsam kendimi daha iyi hissederim.	,570				,662
24	Sigarayı bırakırsam daha fazla egzersiz yapabilirim.	,546				,644
27	Sigarayı bırakırsam yediklerimden daha fazla tat alabilirim.	,569				,669
28	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanları pasif içici olmaktan kurtarırım.	,507				,590
29	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanlara/ai-leme zarar vermem.	,570				,637
30	Sigarayı bırakırsam kendimi daha özgür hissederim.	,620				,690

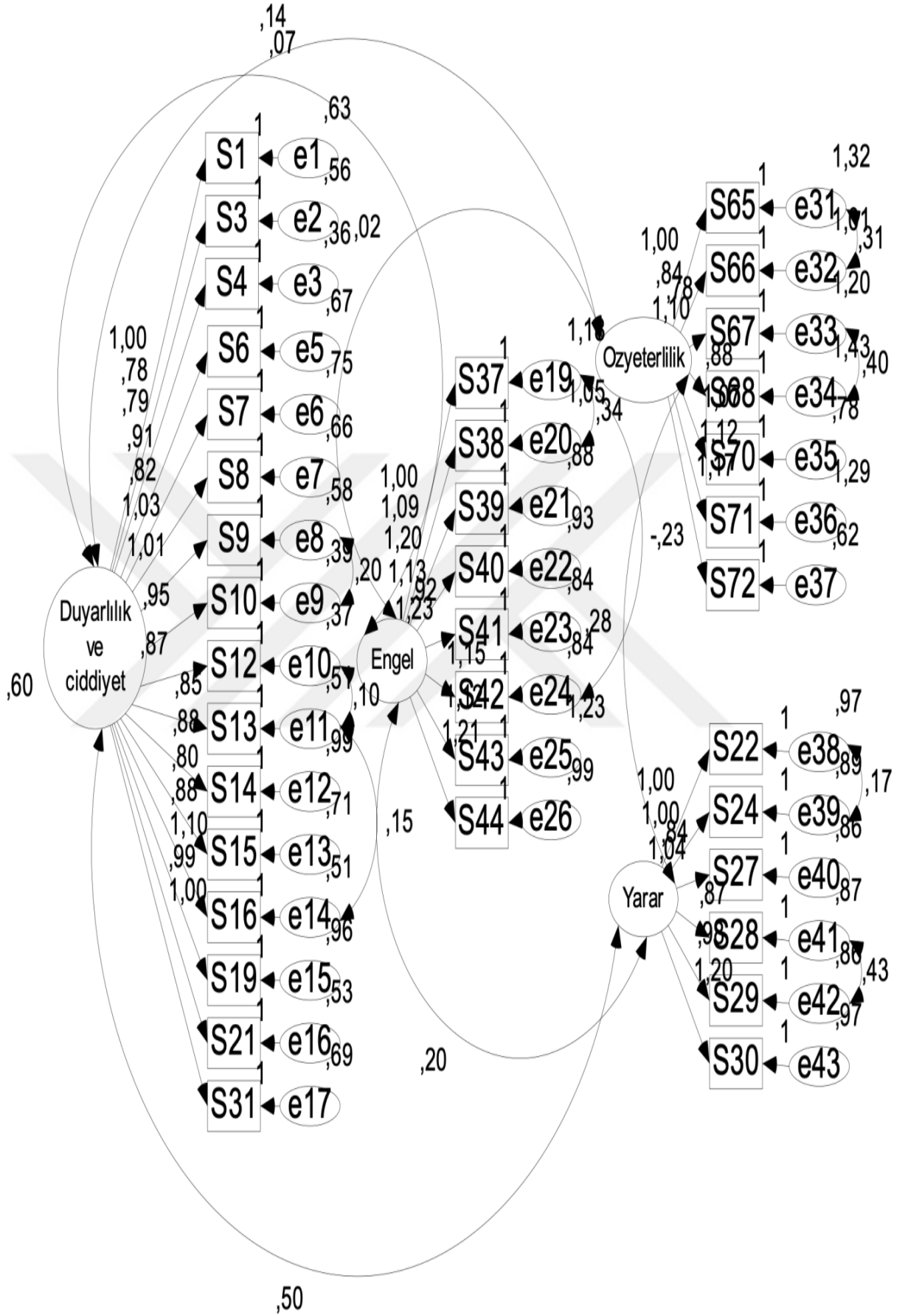
Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin, ki-kare istatistiğinin serbestlik derecelerine oranı CMIN/DF: 3,68; kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA) 0,06 ; Goodness of Fit Index (GFI) 0,85; ortalama hataların karekökü (RMR) 0.10; ayarlanmış uyum iyiliği indeksi (AGFI) 0,82 ve karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değeri ise 0,95 olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. SBD-SİM Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri**

Uyum İndeksleri	Normal-Kabul Edilebilir Değer	Analiz Sonucu
Chi-square/df (CMIN/DF)	$3 < \text{CMIN/DF} < 5$	3,68
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, (Root Mean Square Error Of Approximation RMSEA)	$0,5 < \text{RMSEA} < 0,8$	0,06
Non-Normed Fit Index (NNFI)	$0,90 < \text{NNFI} < 0,95$	0,85
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, (Comparative Fit Index CFI)	$0,90 < \text{CFI} < 0,95$	0,95
Standardize Ortalama Hataların Karekökü, (Standardized Root Mean Square Residuals SRMR)	$0,5 < \text{RMR} < 0,8$	0,10
Uyum İyiliği İndeksi, (Goodness of Fit Index (GFI))	$.90 < \text{GFI} > .95$	0,85
Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index AGFI)	$.90 < \text{AGFI} > .95$	0,82

Kaynaklar: (Schreiber, Nora, Stage, Barlow and King, 2006; Şimşek, 2007; Munro, 2005; Hooper and Mullen 2008; Waltz, Strickland and Lenz 2010; Wang and Wang, 2012; Schumacker and Lomax, 2010; Gatignon, 2011).

Standardize edilmiş değişkenler arasındaki ilişki sistemlerini inceleyen bir analiz tekniği olarak da bilinen Path Analizi tekniği ile birbirleriyle sebep-sonuç ilişkisi içinde olduğu düşünülen değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren path diyagramı oluşturulur (Daşdağ ve Ark., 2006). Modelin path diyagramı Şekil 2' de sunulmuştur.



Şekil 4.2. SBD-SİM path diyagramı



## Güvenirlilik Analizleri

**İç tutarlılık analizi (Cronbach alfa):** Analizler sonrasında 37 maddeye inen SBD-SİM ölçeğinin Cronbach alfa değerlerinin birinci faktör (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) için 0,93, ikinci faktör (Algılanan Engel) için 0,91, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) için 0,85 ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) için 0,86 olduğu belirlendi. Ölçekten, model gereği toplam puan hesaplanmadığı için sadece alt boyutları için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Literatüre göre, Cronbach alfa değerinin yorumlanmasında, hesaplanan güvenirlilik katsayısının .70 ve daha yüksek olması genel olarak güvenirlilik için yeterli görülmektedir (Büyükköztürk, 2012).

**Madde-Toplam Korelasyonu:** Ölçek maddelerinden alınan puanlar ile toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklayan bu analiz, maddelerin bireyleri ölçülen özellik bakımından ne derece ayırt ettiğini yorumlamak için de kullanılır. Bu amaçla hesaplanan Pearson korelasyon katsayısını yorumlamada genel olarak madde toplam korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, .20- .30 arasında olan maddelerin zorunlu görülmesi halinde ölçeğe alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, .20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği ifade edilmektedir (Yurtkoru ve ark., 2018; Büyükköztürk, 2012). SBD-SİM ölçeğinde her bir alt boyut ile onları oluşturan maddeler arasında yapılan analizlerde .20'den daha düşük puan veren herhangi bir madde bulunmamıştır. Maddelerin, alt boyut toplam skorları ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri birinci faktörde (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 0,615 ile 0,780 arasında, ikinci faktörde (Algılanan Engel) 0,715 ile 0,787 arasında, üçüncü faktörde (Öz Yeterlilik) 0,645 ile 0,777 arasında ve dördüncü faktörde (Algılanan Yarar) 0,749 ile 0,785 arasında yer almıştır. (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8. Faktör Analizi Sonucunda SBD-SİM Ölçeğinde Kalan 37 Maddenin Madde-Toplam Korelasyonu**

	<b>MADDELER</b>	<b>Faktör 1 Toplam</b>	<b>Faktör 2 Toplam</b>	<b>Faktör 3 Toplam</b>	<b>Faktör 4 Toplam</b>
	<b>Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı</b>				
1	Sigaranın içindeki birçok madde kansere neden olur.	.713			
3	Sigara içmek dişlerde sararmaya neden olur.	.641			
4	Sigara içmek kanser, akciğer hastalıkları gibi hastalıklara neden olur.	.720			
6	Sigara dumanına maruz kalmak (pasif içicilik) kanser ve başka hastalıklara neden olur.	.691			
7	Sigara dumanıyla yayılan zararlı maddeler kıyafetlerde ve eşyalarda uzun süre kalır.	.629			
8	Sigara kullanmaya devam edersem bağışıklık sistemim zayıflar.	.732			
9	Sigara kullanmaya devam edersem kanser olabilirim.	.750			
10	Sigara kullanmaya devam edersem akciğer hastalıklarına yakalanabilirim.	.780			
12	Sigara kullanmaya devam edersem nefes alıp vermekte zorlanabilirim	.742			
13	Sigara kullanmaya devam edersem egzersiz yaparken zorlanabilirim.	.707			
14	Sigara kullanmaya devam edersem hava kirliliğine sebep olabilirim.	.615			
15	Sigara kullanmaya devam edersem harcamalarım artabilir.	.629			
16	Sigarayı kullanmaya devam edersem merdiven çıkmakta zorlanabilirim.	.710			
19	Gelecekte sigaradan dolayı hastalanma ihtimalimin çok yüksek olduğunu düşünüyorum	.691			
21	Akciğer kanseri, solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklara yakalanma ihtimalim sigara içmeyenlere göre daha yüksektir	.736			
31	Sigarayı bırakırsam kanser gibi hastalıklara yakalanma riskim azalır.	.695			
	<b>Engel Algısı</b>				
37	Sigarayı bırakırsam stresimi kontrol edemem.		.715		
38	Sigarayı bırakırsam dikkatim azalır.		.741		

39	Sigarayı bırakırsam ellerim titrer.		.777		
40	Sigarayı bırakırsam kabız olurum.		.753		
41	Sigarayı bırakırsam uyumakta zorlanırım.		.787		
42	Sigarayı bırakırsam ağızımda yaralar çıkar.		.753		
43	Sigarayı bırakırsam sinirli birisi olurum.		.730		
44	Sigarayı bırakırsam eşimle, arkadaşlarımla ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşayabilirim.		.770		
	<b>Öz Yeterlilik</b>				
65	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.			.715	
66	Yaşamımın herhangi bir döneminde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.			.645	
67	Sigarayı kolaylıkla bırakabilirim.			.755	
68	Sigarayı nasıl bırakabileceğimi biliyorum.			.653	
70	Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum.			.739	
71	Sigarayı bırakırken zorlanmayacağımı düşünüyorum.			.697	
72	Sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.			.777	
	<b>Yarar Algısı</b>				
22	Sigarayı bırakırsam kendimi daha iyi hissedirim.				.749
24	Sigarayı bırakırsam daha fazla egzersiz yapabilirim.				.768
27	Sigarayı bırakırsam yediklerimden daha fazla tat alabilirim.				.765
28	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanları pasif içici olmaktan kurtarırım.				.752
29	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanlara/aileme zarar vermem.				.784
30	Sigarayı bırakırsam kendimi daha özgür hissedirim.				.785

**\*p<0,001**

**Test-tekrar test analizi:** Taslak ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu gösteren Pearson korelasyon analizinde, Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet ve Öz Yeterlilik boyutlarında iki ölçüm arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=0,507$   $p<0,002$ ,  $r=0,477$   $p<0,004$ ). Ancak Algılanan Engel ve Algılanan Yarar boyutlarında iki ölçüm arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $r=0,171$   $p>0,05$ ,  $r=0,117$   $p>0,05$ ) (Tablo 4.9), Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $72,97\pm 9,87$ ,  $61,57\pm 15,96$ , Öz Yeterlilik boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $26,26\pm 6,06$ ,  $24,34\pm 5,13$ , Algılanan Engel boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $22,49\pm 8,91$ ,  $27,11\pm 6,48$  ve Algılanan Yarar boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $24,55\pm 6,13$ ,  $21,71\pm 5,16$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.9. SBD-SİM Ölçeği Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları**

		Tekrar Yapılan Ölçüm Sonuçları			
		Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet	Algılanan Engel	Öz Yeterlilik	Algılanan Yarar
Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet	r	.507**			
	p	.002			
Algılanan Engel	r		.171		
	p		.327		
Öz Yeterlilik	r			.477**	
	p			.004	
Algılanan Yarar	r				.117
	p				.502

## 5. TARTIŞMA

Ölçülecek olan özelliklerin sınıflanması, sıralanması veya miktar ve derecelerinin belirlenebilmesi için uyulması gerekli olan kural ve kısıtlamaları belirleyen ölçüm araçlarına ölçek denir. Ölçeker ölçme işleminin kolaylaştırmanın yanında elde edilen sonuçların niteliğinin de belirlenmesini sağlar. Bilimsel gelişmeler ölçümlere dayanır, duyarlı ölçüm araçları ile yapılan bu ölçümlerde gelişmenin artmasını sağlar (Terlemez, 2021; Tavşancıl, 2002). Yeni bir ölçek çalışması yapılacaksa ilk adım, konu hakkında literatür taraması yapmaktır. Bunu yaparken, ölçek konusu için hangi soruların/konuların değerlendirilmesi gerektiğine dikkat edilmesi gerekir (DeVellis, 2003). Ölçeğin standardizasyonu ve sonrasında uygun bilgi üretme yeteneğinin olup olmadığı ölçüm değerlerinin kararlılığını gösteren “güvenirlilik” ve ölçülmesi istenilen özelliği doğru ölçekleme derecesini gösteren “geçerlik”e sahip olması istenir (Tavşanlı,2006). Çalışmamız da ölçek geliştirme çalışması öncelikle literatürdeki benzer çalışmaların taranması ile başlamıştır. Literatürde sağlık inanç modeli temelli geliştirilen bir ölçek bulunsa da ölçeğin sadece belirli bir gruba yönelik geliştirildiği görülmüştür (Yaman Güncan, 2019). Bu nedenle bu çalışmada daha geniş grupları kapsayacak nitelikte bir ölçüm aracı geliştirilmesi hedeflenmiştir.

### Geçerlilik Analizleri

**Kapsam Geçerliliği (Uzman Görüşü):** Kapsam geçerliliği için geliştirilmek istenen ölçekteki konu hakkında alanda yeterlilik sahibi olan en az 5 en fazla 40 uzman görüşüne başvurulması gerekmektedir (Kalisch ve ark., 2007). SBD-SİM ölçeğinin kapsam geçerliliği için alanında uzman olan 10 kişiden görüş alınmıştır.

Kapsam geçerliliği Lawshe tekniğine göre değerlendirilmiştir. Buna göre uzmanlar her bir ifade için ‘uygun değil’, ‘değişiklik gerekiyor’ ve ‘uygun’ şeklinde değerlendirme yapar. Lawshe katsayısının yüksekliği uzmanların her bir ifadeye verdikleri “uygun” cevabının sayısına göre belirlenir. Her bir ölçek maddesi için içerik geçerlilik oranı formülü ile bir yüzde değer hesaplanır ve bu değer -1 ile +1 arasında değişir (Lawshe, 1975; Sencan, 2005). Eksi işaretli değer alan maddeler ölçekten çıkarılır. Lawshe asgari içerik geçerlilik oranlarını belirlediği tabloya göre, geliştirilmek istenen ölçek için 10 uzmanın görüşü alınmışsa .62 minimum değer kabul edilir ve bunun altında değer alan ifadeler ölçekten çıkartılmalıdır (Lawshe, 1975). Çalışmaya ait Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri 0,988, Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) değeri ise 0,800 olarak tespit edilmiştir (Lawshe, 1975, Ayre ve Scally, 2014). Elde edilen KGİ değerinin KGÖ değerinden büyük olması (0,988 > 0,800) ölçekte kalan maddelerinin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir

(Lawshe, 1975, Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). KGİ değeri KGÖ değerinden küçük olduğunda, ölçekte kalan maddelerin kapsam geçerliğine sahip olmadığı ifade edilmektedir (Lawshe, 1975). Değerlendirmeler sonucunda ölçekte yer alan 1 ifade .62'nin altında değer aldığı için ölçekten çıkarıldı.

**Faktör analizi:** Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0-1 arasında bir değer olabilmekle birlikte 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliliği konusunda fikir vermektedir. KMO değerinin en az 0,6 olması gerekmektedir. Bu değer 0,7 ile 0,8 arasında ise örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde, 0,9'dan yüksek ise mükemmel olduğunu gösterdiği bildirilmektedir. Bartlett's testi verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediklerini belirleyen ve anlamlı çıkması durumunda veri setinin faktör analizinin önemli bir şartını sağladığını gösteren bir analizdir (Bartlett, 1954; Kaiser, 1974; Büyüköztürk, 2012; Secer, 2015; Yaşlıoğlu, 2017; Yurtkoru ve ark., 2018). Bu çalışmada KMO değerinin 0,926 ve Bartlett's testi değerinin 16489,65 ( $p < 0,001$ ) olduğu belirlendi. KMO değerine göre örneklemden elde edilen verinin yeterli olduğu, Bartlett's testi sonucunun .05'den küçük olması ise ölçek maddeleri arasındaki ilişkinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı faktör analizinde özdeğeri 1 ya da 1'den büyük olan faktörler önemli faktör olarak ele alınır (Lawshe, 1975; Seçer, 2015; Büyüköztürk, 2012; Sencan, 2005). Sağlık İnanç Modelinin kuramsal yapısı gereği ölçeğin 5 faktörden oluşması gerektiği için, faktör analizi yapılırken faktör sayısı belirlenerek analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda Duyarlılık ve Ciddiyet boyutlarının tek bir faktör olarak belirlendiği ancak farklı alt boyutları ilgilendiren maddelerin (6 madde) oluşturduğu model dışı bir faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu maddeler modelin yapısını korumak adına ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca model içerisinde bahsedilse de sistematik olarak ele alınmamış olan 'Eylem İpuçları' boyutunu oluşturan 6 soru da ölçekten çıkarılmıştır. Toplam 12 soru ölçekten çıkartıldıktan sonra yapılan analizde faktör yapısı 4 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, SBD-SİM ölçeğinde toplam varyansın %51,89'unu açıklayan, özdeğeri 1'den büyük olan 4 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) toplam varyansın %25,65'ini, ikinci faktör (Algılanan Engel) %12,95'ini, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) %9,12'sini ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) %4,17'sinin açıklamaktadır. Açımlayıcı Faktör Analizi; faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir analiz yöntemidir. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek seviyede ilişki gösteren maddelerin oluşturmuş olduğu bir kümelenme var ise o maddelerin birlikte bir boyutu ölçtüğü anlamını taşır. Faktör analizinde, işaretine bakılmaksızın veri kalitesi 0,60 ve üstü yüksek düzey kalite, 0,30- 0,59 arası kalite değeri orta düzey kalite olarak nitelendirilir (Gatignon, 2011). Maddelerin faktör yüklerinin birinci faktörde .535 ile .783 arasında, ikinci

faktörde .715 ile .804 arasında, üçüncü faktörde .593 ile .797 arasında, dördüncü faktörde ise .590 ile .690 arasında değiştiği izlenmiştir.

Faktör analizinde faktörlerin her bir değişken üzerinden yol açtıkları ortak varyansın ya da ortak faktör varyansının en az .10 değerinde olması gerekmektedir (Secer, 2015). SBD-SİM ölçeğinde bu değer minimum .243 olarak bulunmuştur.

Faktör analizinde madde faktör yük değerinin en az .30 olması önerilmektedir. (Büyüköztürk, 2012; Secer, 2015). Bu çalışmada faktör yapılarının belirlenmesinde madde faktör yükleri .30 ve üzeri değerler faktör yapısına alınmıştır. Birbiriyle ilişkili maddelerin bir araya gelerek faktör oluşturması ve faktörlerin daha kolay yorumlanabilmesi amacıyla Varimax eksen döndürme tekniği seçilmiştir. Bir maddenin farklı faktörler altında almış olduğu faktör yük değerleri arasında en az .10 düzeyinde bir farklılık olması beklenir aksi takdirde binişik madde kabul edilir ve ölçekten çıkarılması gerekebilir (Seçer, 2015). Analiz sonucunda faktör yük değeri farklı faktörlerde birbirine yakın olan 17 madde (binişik madde) ölçekten çıkarılmıştır. Varimax eksen döndürme tekniği ile birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 17 maddeden (1,3-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 12 maddeden (36-45,57,69. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 8 maddeden (53,65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı Alt boyutunda 5. Engel algısı boyutundaki 36., 45., 57. ve 69. madde ve öz yeterlilik boyutundaki 53. madde standardize regresyon katsayıları düşük olması ve açıklayıcı faktör analizindeki faktör yüklerinin düşük olması nedeniyle modelden çıkarıldı. Buna göre, birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 16 maddeden (1,3,4,6-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 8 maddeden (37-44. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 7 maddeden (65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir.

### **Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Değerleri**

1. İncelenen modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı şekilde çıkması beklenir. Bu sonucun, bu değer örneklem büyüklüğüne karşı çok duyarlı olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu sebeple ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünerek değerlendirilir ve bu değer; 2 veya 2'nin altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5 veya 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliği olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 2013; Erdoğan ve ark., 2020; Gatignon, 2010). Çalışmamızda ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen (CMIN/DF) değerinin 3,68 olduğu; 5'in altında olması sebebiyle de geliştirilen modelin kabul edilebilir bir model olduğu görülmektedir.

2. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (**RMSEA**-Root Mean Square Error of Approximation): RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0,10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 2013; Gatignon, 2010). Çalışmamızda RMSEA değerinin 0,06 olduğu, bu değer kabul edilebilir değer aralığında olduğunu göstermektedir.

3. Standardize Ortalama Hataların Karekökü (**SRMR**-Standardized Root-Meansquare Residual): SRMR'nin 0,5 ile 0,8 aralığı uyumun olduğunu gösterir (Turgut ve ark., 2013; Gatignon, 2010). Çalışmamızda bu değer 0,10 olduğu ve değer aralığı dışında olması nedeniyle de uyumun zayıf olduğunu göstermektedir.

4. Karşılaştırılmalı Uyum İyiliği (**CFI**-Comperetive Fit Index): 0,90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 2013; Gatignon, 2010). Çalışmamızda bu değer 0,95 bulunmuş ve bu değer 0,90'dan büyük olması sebebiyle de uyumun iyi olduğunu göstermektedir.

5. Non-Normed Fitindex (**NNFI**): 0,90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 1992; Gatignon, 2010). Çalışmamızda bu değer 0,85 bulunmuş ve değer 0,90'dan düşük olması nedeniyle uyumun zayıf olduğu söylenebilir.

6. Uyum İyiliği İndeksi (**GFI**-Goodnes-sol Fit Index): 0,90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Turgut ve ark., 2013; Gatignon, 2010). Ancak GFI değerinin kabul edilebilir değeri 0,850 ve üzeri olduğu gösterilmiştir (Schumaker,2010). Çalışmamızda bu değer 0,85 bulunmakla birlikte sınır kabul edilebilen değerde olduğu belirlenmiştir.

7. Adjusted Goodness of Fit Index (**AGFI**): GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla kullanılan bir indekstir. Değeri 0,90 ile 0,95 arasında olması uyumluluğu gösterir (Gatignon, 2011; Çimen ve ark., 2005). Çalışmamızda bu değer 0,82 bulunmakla birlikte sınır kabul edilebilen değer aralığının altında olduğu belirlenmiştir.

### **Güvenirlilik Analizleri**

**İç tutarlılık analizi (Cronbach alfa):** Güvenilirliğin değerlendirilmesinde iç tutarlılık ölçütü aranmaktadır. Ölçeğin her bir maddesinin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesi gerekir. Bunun için en uygun yol cronbach alfa güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır. Ölçeğin maddelerinin; doğru-yanlış, evet-hayır, var-yok gibi iki yanıtı olmadığı, 1-3, 1-4, 1-5 gibi ikiden fazla seçenekle puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösteriyorsa kullanılan bir yöntemdir. Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığı belirlenirken sıklıkla kullanılır. Her bir madde için tek bir  $\alpha$  değeri olabileceği gibi, tüm soruların ortalama bir  $\alpha$  değeri de olabilir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ölçekte yer alan madde varyanslarının toplamının, genel varyansa oranı ile bulunan bir değerdir. Bu değer 0 ile 1 arasındadır



(Erdoğan, 2020). Literatüre göre, Cronbach alfa değerinin yorumlanmasında, hesaplanan güvenilirlik katsayısının .70 ve daha yüksek olması genel olarak güvenilirlik için yeterli görülmektedir (Büyüköztürk, 2012). Analizler sonrasında 37 maddeye inen SBD-SİM ölçeğinin Cronbach alfa değerlerinin birinci faktör (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) için 0,93, ikinci faktör (Algılanan Engel) için 0,91, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) için 0,85 ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) için 0,86 olduğu belirlendi. Ölçekten, model gereği toplam puan hesaplanmadığı için sadece alt boyutları için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır.

**Madde-Toplam Korelasyonu:** Ölçek maddelerinden alınan puanlar ile toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklayan bu analiz, maddelerin bireyleri ölçülen özellik bakımından ne derece ayırt ettiğini yorumlamak için de kullanılır. Bu amaçla hesaplanan Pearson korelasyon katsayısını yorumlamada genel olarak madde toplam korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, .20- .30 arasında olan maddelerin zorunlu görülmesi halinde ölçeğe alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, .20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği ifade edilmektedir (Yurtkoru ve ark., 2018; Büyüköztürk, 2012). SBD-SİM ölçeğinde her bir alt boyut ile onları oluşturan maddeler arasında yapılan analizlerde .20'den daha düşük puan veren herhangi bir madde bulunmamıştır. Maddelerin, alt boyut toplam skorları ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri birinci faktörde (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 0,615 ile 0,780 arasında, ikinci faktörde (Algılanan Engel) 0,715 ile 0,787 arasında, üçüncü faktörde (Öz Yeterlilik) 0,645 ile 0,777 arasında ve dördüncü faktörde (Algılanan Yarar) 0,749 ile 0,785 arasında yer almıştır.

**Test-tekrar test analizi:** Taslak ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu gösteren Pearson korelasyon analizinde, Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet ve Öz Yeterlilik boyutlarında iki ölçüm arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=0,503$   $p<0,002$ ,  $r=0,455$   $p<0,006$ ). Ancak Algılanan Engel ve Algılanan Yarar boyutlarında iki ölçüm arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $r=0,156$   $p>0,05$ ,  $r=0,117$   $p>0,05$ ). Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $72,97\pm 9,87$ ,  $61,57\pm 15,96$ , Öz Yeterlilik boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $26,26\pm 6,06$ ,  $24,34\pm 5,13$ , Algılanan Engel boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $22,49\pm 8,91$ ,  $27,11\pm 6,48$  ve Algılanan Yarar boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $24,55\pm 6,13$ ,  $21,71\pm 5,16$  olarak bulunmuştur.

SBD-SİM ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları en düşük ve en yüksek puanlar ile puan ortalamalarının dağılımı bireylerin Duyarlılık ve Ciddiyet algısı alt boyutundan aldıkları en düşük puan 16, en yüksek puan 80, Engel algısı alt boyutundan aldıkları en düşük puan 8, en

yüksek puan 40, Öz Yeterlilik algısı alt boyutundan aldıkları en düşük puan 7, en yüksek puan 35, Yarar algısı alt boyutundan aldıkları en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara bırakmaya yönelik davranışları açıklayabilmek amacıyla Sağlık İnanç Modeli temelli bir ölçek geliştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin, sigara kullanan bireylerin sigarayı bırakabilme davranışlarını ölçen geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.
- Ölçekteki maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) değeri 0,988, Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGO) değeri ise 0,800 olarak tespit edilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda ölçekte yer alan 1 ifade (madde 73) .62'nin altında değer aldığı için ölçekten çıkarılmıştır.
- Açımlayıcı faktör analizinde maddelerin faktör yüklerinin birinci faktörde .535 ile .783 arasında, ikinci faktörde .715 ile .804 arasında, üçüncü faktörde .593 ile .797 arasında, dördüncü faktörde ise .590 ile .690 arasında değiştiği izlenmiştir.
- Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin, ki-kare istatistiğinin serbestlik derecelerine oranı CMIN/DF: 3,68; kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA) 0,06 ; Goodness of Fit Index (GFI) 0,85; ortalama hataların karekökü (RMR) 0,10; ayarlanmış uyum iyiliği indeksi (AGFI) 0,82 ve karşılaştırmalı uyum indeks (CFI) değeri ise 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizi uyum değerleri istenilen düzeyde yeterli bulunmuştur.
- Ölçeğin güvenilirliği için yapılan iç tutarlılık analizi cronbach alfa değerlerinin birinci faktör (Algılanan Duyurluluk ve Ciddiyet) için 0,93, ikinci faktör (Algılanan Engel) için 0,91, üçüncü faktör (Öz Yeterlilik) için 0,85 ve dördüncü faktör (Algılanan Yarar) için 0,86 olduğu belirlendi. Ölçekten, model gereği toplam puan hesaplanmadığı için sadece alt boyutları için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır.
- Sağlık İnanç Modelinin kuramsal yapısı gereği ölçeğin 5 faktörden oluşması gerektiği için, faktör analizi yapılırken faktör sayısı belirlenerek analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda Duyarlılık ve Ciddiyet boyutlarının tek bir faktör olarak belirlendiği ancak farklı alt boyutları ilgilendiren maddelerin (6 madde) oluşturduğu model dışı bir faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu maddeler (47., 48., 49., 50., 51. ve 52. maddeler) modelin yapısını korumak adına ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca model içerisinde bahsedilse de sistematik olarak ele alınmamış olan Eylem İpuçları boyutunu oluşturan 6 madde de (59., 60., 61., 62., 63. ve 64. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Toplam 12 soru ölçekten çıkartıldıktan sonra yapılan analizde faktör yapısı 4 olarak belirlenmiştir.

- Analiz sonucunda faktör yük değeri farklı faktörlerde birbirine yakın olan 17 madde (binişik madde) (2., 11., 17., 18., 20., 23., 25., 26., 32., 33., 34., 35., 46., 54., 55., 56. ve 58.) ölçekten çıkarılmıştır. Varimax eksen döndürme tekniği ile birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 17 maddeden (1,3-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 12 maddeden (36-45,57,69. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 8 maddeden (53,65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir.
- Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı Alt boyutunda 5. Engel algısı boyutundaki 36., 45., 57. ve 69. madde ve öz yeterlilik boyutundaki 53. madde standardize regresyon katsayıları düşük olması ve açımlayıcı faktör analizindeki faktör yüklerinin düşük olması nedeniyle modelden çıkarıldı. Buna göre, birinci faktörün (Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet) 16 maddeden (1,3,4,6-10,12-16,19,21,31. maddeler), ikinci faktörün (Algılanan Engel) 8 maddeden (37-44. maddeler), üçüncü faktörün (Öz Yeterlilik) 7 maddeden (65-68,70-72. maddeler), dördüncü faktörün (Algılanan Yarar) 6 maddeden (22,24,27-30. maddeler) oluştuğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu gösteren Pearson korelasyon analizinde, Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet ve Öz Yeterlilik boyutlarında iki ölçüm arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,507$   $p<0,002$ ,  $r=0,477$   $p<0,004$ ). Ancak Algılanan Engel ve Algılanan Yarar boyutlarında iki ölçüm arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=0,171$   $p>0,05$ ,  $r=0,117$   $p>0,05$ )
- Algılanan Duyarlılık-Ciddiyet boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $72,97\pm 9,87$ ,  $61,57\pm 15,96$ , Öz Yeterlilik boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $26,26\pm 6,06$ ,  $24,34\pm 5,13$ , Algılanan Engel boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $22,49\pm 8,91$ ,  $27,11\pm 6,48$  ve Algılanan Yarar boyutunun test - tekrar test ölçümlerinden alınan puan ortalamaları sırasıyla  $24,55\pm 6,13$ ,  $21,71\pm 5,16$  olarak bulunmuştur.
- Analizler sonrasında 37 maddeye inen Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ( SBD-SİM ölçeği) duyarlılık ve ciddiye algısı, engel algısı, öz yeterlilik ve yarar algısı olmak üzere dört alt boyut içerir.

## Öneriler

- Geliştirilen Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ( SBD-SİM ölçeği) ile sigara kullanan bireylerin, sigara bırakma davranışını değerlendirmek amacıyla kullanılması önerilir.
- Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin, elde edilen sonuçların hem literatüre hem de sigara bağımlılığı çalışmalarına ciddi bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Halk sağlığı hemşirelerinin ve diğer sağlık personellerinin sağlık eğitmenliği ve danışmanlığı gibi önemli rollerinde tütünsüz bir yaşam için yapacakları etkin mücadelede ölçeğimizin kullanılmasının alana önemli kolaylıklar sağlayacağını düşünmekteyiz.
- Bu çalışmanın üzerine daha fazla araştırma ve inceleme çalışmaları yapılması etkin mücadele açısından yeni stratejilerin geliştirilmesine öncülük edeceğini, farklı dil ve kültürlere adaptasyonu yapılarak geniş bir kullanım alanı bulacağını ve sigara ile mücadele eden birey ve kurumlara önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.
- Elde edilen sonuçlar ile geliştirdiğimiz ölçek sonuçları karşılaştırılabilir ve varsa farklılıklar araştırılabilir.

## 7. KAYNAKLAR

**Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. (2010).** Üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 14(2):71-76.

**Akfert, S., Çakıcı, E., Çakıcı, M. (2009).** Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10: 40-47.

**Aksu, S.(1967).** Tütün kimya ve teknolojisi. İstanbul, Tekel Enstitüleri Yayınları. 11 s.

**Altın, A.Ö. (2019).** Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

**Armağan, İ. (1983).** Yöntembilim-2 bilimsel araştırma yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Yayınları. İzmir.

**Aslan, D. (2012).** Dünya’da ve Türkiye’de tütün kullanımı; riskler, tehditler, önleyici yaklaşımlar. J Pulm Med-Special Topics 5:1-5.

**Aslan, D., Bilir, N., Dilbaz, N., Kılınç, O., Örsel, O., Özcebe, H., Sain Güven, G. (2010).** Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (Hekimler İçin). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: 20–70.

**Asma, S., Mackay, J., Song, S.Y., Zhao, L., Palipudi, K.M. (2015).** The GATS Atlas. CDC Foundation. (<http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>) Erişim tarihi: 24 Nisan 2021

**Ayre, C. Scally, A.J. (2014).** Critical values for lawshe’s content validity ratio. Meas Eval Couns Dev, 47(1):79–86. (10.1177/0748175613513808) Erişim tarihi: 31 Aralık 2020.

**Başol, E., Can, S. (2015).** Tütün tüketiminin ekonomik etkileri ve tütün kontrol politikaları üzerine bir inceleme. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7).

**Bayazit Yılmaz, S. (2019).** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

**Behr, J., Nowak, D. (2002).** Tobacco smoke and respiratory disease. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir mon 1:161-79.

**Benowitz, N.L. (1996).** Pharmacology of Nicotine, Addiction and Therapeutics Annual Review of Pharmacol Toxicol, 36: 597-613.

- Berk, S., Doğan, Ö.T., Nur, N. (2007).** Ağrı-Doğubayazıt’da lise öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ve sigaraya karşı tutumları. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (4): 149-155.
- Bilgin, N. (1995).** Sosyal psikolojide yöntem ve pratik çalışmalar. Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Bilir N., Aslan D. (2005).** Dünyada, Türkiye de ve Hacettepe de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi 36: 75-79.
- Bilir N., Doğan BG, Yıldız AN. (2003).** Assessing tobacco control strategies in Turkey. Hacettepe Public Health Foundation, Ankara.
- Bilir, N., Özcebe, H., Aslan, D., Ergüder, T., Yardım, M.S., Eser, S. (2007).** Avrupa tütün kontrolü raporu. 1-61.
- Bilir, N. (2009).** Türkiye Tütün kontrolünde dünyanın neresinde. Toraks 10(1): 31-34.
- Bilir, N. (2011).** Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü 21-23 <http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.90.pdf>. Erişim Tarihi:11 Mayıs 2021.
- Bilir, N. (2012).** Türkiye’de tütün kontrolünün dünü-bugünü ve yarını, Türkiye Sağlık Raporu, HASUDER.
- Bilir, N. (2012).** Türkiye'de tütün kontrolünün öyküsü. Ankara, 107.
- Bilir, N., Telater, G. (2005).** Tütün kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü.
- Boz, A.N. (2019).** Sigara kullanan sosyal hizmet öğrencilerinin öz-etkililik algısının sigara içme beklentileriyle ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.
- Büyüköztürk, Ş. (2002).** Faktör Analizi Temel Kavramlar Ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 1(32):470-483.
- Büyüköztürk, Ş. (2017).** Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı.14.Baskı. Pegem Akademi, Ankara: 111–167.
- Çam, O. ve Baysan Arabacı, L. (2009).** Psikiyatri hemşireliğini algılama ölçeğinin geliştirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12.
- Çapık, C. (2014).** Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17 (3).
- CDC’s Office on smoking and health.** <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5112a4.htm>. Erişim Tarihi: 25 Kasım 2020.
- Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Fien FS, Topçu F. (2000).** Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. Toraks Dergisi, 1(1): 61–66.

**Cengiz, Ö. (2014).** Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. Türk toraks derneği Ankara. file:///C:/Users/user/Downloads/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlası-Raporu-2014.pdf. Erişim tarihi:01 Ocak 2021.

**Çetinoğlu, C., Deveci, Y., Gülay, S., Potas, M., Ekeröğlü, Ş. (2013).** Bağımlı mıyız? Başkent Üniversitesi Xv.Öğrenci Sempozyumu Çalışam Grubu Raporları, Ankara

**Champion, V.L., Skinner, C.S. (2008).** Health Belief Model. In:Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior and health education. San Francisco: Jossey- Bass, 45-62.

**Çivi S., Şahin K. (1991).** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu öğrencilerinin sigara konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Aile ve Toplum Dergisi, 1: 49-52.

**Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence (2008).** Update Panel, Liaisons and S. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. Am J Prev Med. 35(2):158–76. (ABD Halk Sağlığı Hizmeti raporu)

**Çömlekçi, N. (2013).** Temel istatistik ilke ve teknikleri. Bilim Teknik Yayınevi. 3.Baskı, Eskişehir.

**Commar,A., Prasad,V., Tursan, E. Espaignet (2019).** WHO global report on trends in prevalence of tobacco use <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition> Erişim Tarihi:03 Nisan 2021.

**Coşkunes, (2008).** Kanserojen kimyasal maddeler ve iş sağlığı ve güvenliği, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Ankara. <https://ailevecalisma.gov.tr/media/3318/fatmacoskunes.pdf>. Erişim tarihi: 14 mart 2021.

**Crews, K.M., Payne, T.J. (2003).** Tobacco update: Scientific advances, clinical perspectives. Am J Med Sci 326: 165-6.

**Dalton, C., Gottlieb, L.N. (2003).** The concept of readiness to change. Journal of Advanced Nursing, 42 (2): 108-117.

**Daşdağ, M.M., Çelik, Y.M., Satıcı, Ö., Akkuş, Z., Çelik, H.C. (2006).** Hangi tür araştırmalarda Path analizi kullanılmalıdır? IX Ulusal Biyoistatistik Kongresi 5-9 Eylül, Zonguldak. [https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/hbozoglu/120495/PATH\\_ANALZ\\_son.pdf](https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/hbozoglu/120495/PATH_ANALZ_son.pdf). Erişim tarihi: 24 Mart 2021



**Demir, T. (2008).** Sigara bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 231-238.

**Deveci, S.E., Güler, H., Deveci, F., Açıık, Y., Muz, M.H. (2005).** Elazığ emniyet teşkilatı personelinin sigara içme davranışları, bağımlılık düzeyleri ve sigara-sağlık ilişkisine yaklaşımları. Solunum Hastalıkları Dergisi, 16 (1): 12-17.

**DeVellis, R.F. (2003).** Scale development theory and applications. (T. Totan, Dü., & A. Ş. Avşar, Çev.) Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

**Dikmen, N. (2005).** Türkiye’de sigara Tüketimi ve tüketimi etkileyen değişkenler üzerine bir model çalışması. Karadeniz Teknik Üniversitesi İİBF Dergisi, 19 (1): 3.

**Dilektasli, A.G. (2012).** Pharmacological Treatment for Smoking Cessation. Turkiye Klinikler J Pulm Med-Special Topics: 5(2).

**Doğu, S., Berkiten Ergi, A. (2008).** Gebe kadınların sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1: 26–39.

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

Dünya Sağlık Örgütü Yayını, Ankara.ICN

**Durmaz, S. (2017).** Sigarayı bırakma polikliniği'ne eklenmiş whatsapp uygulaması kullanımının sigara bırakma başarısına etkisi: randomize kontrollü müdahale çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

**Edis, E.Ç., Çağlar T. (2006).** Tütün bağımlılığı tedavisinde yeni gelişmeler. Akciğer Arşivi, 7: 99-103.

**Edward, C. ve ark., (2021).** The Wiley Encyclopedia of Health Psychology Robert H. Paul, editor. The health belief model.

**Ekerbiçer, H., Berberoğlu, M., İnci, M. (2018).** Dumansız bir çevre mücadelesi: dünden bugüne Sakarya Tıp Dergisi; 8(3):470-474.

**Ekici, G. (2012).** Akademik öz yeterlik ölçeği, Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 43 (43).

**Ercan, İ., Kan, İ. (2004).** Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3): 211-216.

- Erdoğan, S. Nahcıvan, N., Esin, N. (2020)** Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik. 4.Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Ergeneilek, E.(2005).** Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmaya yönelik girişimleri ve sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Ergin, D.Y. (2013).** Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. Mustafa Kemal Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 1(7):125-148.
- Ergül, Ş., Temel, A. B. (2006).** Hava Teknik Okullar Komutanlığı öğrencilerinde sigara içme davranışını tetikleyici nedenler. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (2): 41-54.
- Erkuş, A. (2012).** Ölçek geliştirme yöntemleri 11: psikolojik değişkenin ne ve nasıl olduğunu ortaya çıkarmanın tek yolu faktör analitik yöntemler ve yeni bir öneri'. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. 1. Baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara: 92-112.
- Erkuş, A., Sünbül, Ö., Ömür Sünbül, S., Yormaz, S., Aşiret S. (2017).** Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-II. 1 baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara: 14-54.
- Erol, H. (2013).** Kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Fagerstrom, K.O., Schneider, N.G. (1989).** Measuring nicotine dependence a review of the fagerstrom tolerance questionnaire. Journal of Behavioral Medicine,12:159-182.
- Fiore, M.C. (2000).** US Public Health Service Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence. Respiratory Care, 45(10): 1200-1262.
- Gatignon, H. (2011).** Statistical analysis of management data. London: Springer, 267-268.
- Gay, LR. (1985).** Educational evaluation and measurement. 2nd edition. A Bell & Howell Company, London.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanat, K., (2008).** Theory, research, and practice in health behavior and health education. Health behavior and health education. Jossey-Bass, San Francisco.
- Global Burden of Disease Study (2017).** Küresel hastalık yükü. [http://www.health-data.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2019/GBD\\_2017\\_Booklet\\_Issuu\\_2.pdf](http://www.health-data.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet_Issuu_2.pdf). Erişim tarihi: 15 Şubat 2021.
- Göksel, T., Cirit, M., Bayındır, Ü. (2001).** İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi, 2(3): 49-53.
- Gören, Y. (2019)** Sigara bırakma polikliniği'ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

- Gülaçtı, F. (2010)** The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2(2):3844–9.
- Gümüştekin, T. (2016).** Türkiye'de tütünle mücadele süreci- dumansız hava sahası. Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.Erişim: (<https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec.html>) Erişim Tarihi: 10.05.2021.
- Gürsoy Naskali, E. (2003).** Tütün kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Kitabevi:17-33.
- Güzel, M.G. (2017).** Bir sigara bırakma merkezine başvuran kişilerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Hayden, J. (2009).** Motivation and behavior change. In: DeYoung S, editor. *Teaching strategies for nurse educators.* New Jersey: Pearson Education, 44-53.
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M.R. (2008).** Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1): 53-60. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>. Erişim tarihi:31.05.2021.
- Işık Çoşkunes, F. (2008).** Kanserojen kimyasal maddeler ve iş sağlığı ve güvenliği. Uzmanlık Tezi, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı Ve Güvenliği Genel Müdürlüğü.
- Kaiser, H. (1974).** An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1):31-36.
- Kalisch, B.J., Begeny, S., Neumann, S. (2007).** The image of the nurse on the internet. *Nurs Outlook*, 55(4):182–8.
- Karadağlı, F. (2009).** Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazır oluşluk durumu ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Karakoç, F., Dönmez, L. (2014).** Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, (1):40
- Karaöz, M., Albeni, M., Büyüktatlı, F. (2010).** Yasal üzenlemelerin sigara tüketimi üzerindeki etkileri. *Uluslar Arası Alanya İşletme Fakülteleri Dergisi*, 2 (2)
- Karlıkaya, C. ve ark., (2006).** Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1):51-64.
- Karnath, B. (2002).** Smoking cessation. *Am J Med.*112(5):399–405.
- Kıdık, E. (2017).** Ankara eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 yıllık süreçteki sigara bırakma durumları. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

- Kıllı, E. A. (2019).** Gaziosmanpaşa taksim sağlık uygulama ve araştırma merkezi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigarayı bırakmanın kilo ve yeme davranışı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Kline, R. B. (2005).** Principles and practice of structural equation modeling. Guilford Press, New York: 154-186.
- Kocabaş, A. (2010).** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 1 (2): 110
- Koivula, M. (1998).** Smoking habits among finnish middle-aged men: Experiences and Attitudes, Journal of Advanced Nursing, 27, 327-334.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2012).** Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>. Erişim Tarihi: 10 Nisan 2021.
- Lawshe C. (1975).** A quantitative approach to content validity. Pers Psychol, 28(4):563–75.
- Lerman, C., Caporaso, NE. (1999).** Evidence suggesting the role of spesific genetic factors in cigarette smoking. Health Psychology, 18(1):14.
- Malaiyandi, V., Sellers, E.M., Tyndale, R.F. (2005).** Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. Clin Pharmacol Ther. 77(3):145–58.
- Mangır, M., Aral, N., Baran, G. (1992).** Üniversite öğrencilerinin alkol kullanımının incelenmesi. Gıda Dergisi, 17 (5).
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006).** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med., 3(11) 442.
- Mattson, M., Hall, JG. (2011).** Health as communication nexus: a service-learning approach. Dubuque, IA: Kendall Hunt, 416.
- Mercimek, H.V., Akçiçek, İ.E. (2014).** Mucizeden belaya yolculuk tütün. Tarihçi Kitabevi, İstanbul: (1) 535.
- Mills, E.J., Wu, P. (2012).** Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. Ann Med, 44(6):588–97.
- MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2002).** Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999, 51: 300-3.

- Musk, A.W., De, Klerk, N.H. (2003).** History of tobacco and health. *Respirology*, 286–90.
- Munro, B.H. (2005).** Statistical methods for health care research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 351-76.
- Murray, E.W., Williams, C., Christiansen, B.A., Fiore, M.C., Baker, T.B., Bailey, W.C. (2008).** Clinical practice guideline treating tobacco use and dependence Update guideline liaisons guideline staff guideline panel. 35–63.
- Öğüş C, Özdemir T, Kara A, Şenol Y, Çilli A. (2004).** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. *Akciğer Arşivi*; 5:139-142
- Oğuztürk, B.S., Gülcü, Y. (2012).** Türkiye’de sigara tüketimini etkileyen faktörlerin analizi, uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 4 (2).
- Öncü, H. (1994).** Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti. Ankara.  
örneği. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2(1).
- Özcan Kamışlı, S. (2007).** Psikoöğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özçelik, D.A. (2013).** Okullarda ölçme ve değerlendirme. ÜSYM-Eğitim Yayınları, Ankara.
- Özdamar, K. (2011).** Paket programlarla istatistiksel veri analizi-1. 10. Baskı. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Özpuat, F., Bilir, N. (2017).** Üniversite öğrencilerinin sigara paketleri üzerindeki resimli uyarılar hakkındaki görüşleri. *Journal of Human Sciences*, 14 (1): 987–999.
- Peto, R., Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E., Doll, R. (2000).** Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*; 310-321.
- Pınar, G., Öksüz, E., Beder, A., Özhan Elbaş, N. (2011).** Testis kanseri taramalarında Champion’un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 9(2): 89-96.
- Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R, Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (2000).** Health behaviour models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(Special Issue), 180-93.
- Resmi Gazete (2008).** <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119-1.htm>.

**Schreiber, J.B., Nora, A., Stage, F.K., Barlow, E.A., King, J. (2006).** Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A Review. The Journal of Edu.

**Schumacker, R.E., Lomax, R.G. (2010).** A beginner's guide to structural equation modeling. New York: Taylor & Francis Group, 85-90. Cational Research, 99(6): 323-38.

**Seçer, İ. (2017).** SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi.5 Baskı. Anı Yayıncılık, Ankara: 42-156.

**Şimşek, Ö.F. (2007).** Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve lisrel uygulamaları. Ekinoks, Ankara: 4-22.

**T.C. Sağlık Bakanlığı (2017).** Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Risk Faktörleri 2017 <http://www.euro.who.int/pubrequest> Erişim tarihi: 01 Kasım 2020.

**Tanrıkulu, A.Ç., Çarman, K.B., Palancı, Y., Çetin, D. ve Karaca, M. (2009).** Kars ili merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. Tütün ve Sağlık, 10: 101-106.

**Taş, E. (2019).** Cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma oranı ve etkili olan faktörler. Uzmanlık Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

**Taşkın, Ç., Akat, Ö. (2010).** Araştırma yöntemlerinde yapısal eşitlik modelleme. Ekin Yayınevi, Bursa: 2.bölüm:16-26.

**Tatlıdil, H. (2002).** Çok değişkenli istatistiksel analiz. Akademi Matbaacılık, Ankara.

**Tavşancıl, E. (2002).** Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 1.baskı. Nobel yayınevi, Ankara.

**Tekin, H. (2019).** Eğitimde ölçme ve değerlendirme. 27. Baskı. Mars Matbaası, Ankara.

**Temiz, D. (2010).** Sigara tüketimini etkileyen faktörler üzerine bir uygulama: Türkiye

**Terlemez, L. (2021).** İstatistik <https://docplayer.biz.tr/28548857-Istatistik-yrd-doc-dr-levent-terlemez.html>30.05.2021. Erişim tarihi: 23 Ocak 2021

**The Health Consequences of Smoking (2004).** A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US).

**TNSA, (2008).** Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf) . Erişim tarihi: 14 mart 2021.

**Totan, Y. (2014).** Okul psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleri kapsamında sosyal ve duygusal öğrenmenin değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 5 (1): 57-50

**TÜİK (2016).** Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010, 2012, 2014, 2016.

**Turgut, M. F., Baykul, Y. (2013).** Ölçekleme teknikleri. ÖSYM Yayınları, Ankara.

**Turhan E. (2010).** Denizli merkez ilçe liselerinde 5727 sayılı asanın ve eğitimin öğretmenlerde sigara içmeyi bırakma üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

**Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (2017).** Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri. [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf). Erişim tarihi: 15 Ocak 2021

**Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (1996).** T.C. Resmi Gazete, 22829.

**Us Department of Health and Human Services (2004).** Reducing the health consequences of smoking 25 years of progress: Report of the surgeon general. 730.

**(US) O of the SG, (US) O on S and H. (2004).** The health consequences of smoking. the health consequences of smoking A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US).

**US Surgeon General (2001).** Women and smoking, A Report of the Surgeon General.

**Waltz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E.R. (2010).** Measurement in Nursing and Health Research. New York: Springer Publishing Company,176-8.

**Wang, J., Wang, X., (2012).** Structural equation modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Sussex: John Wiley & Sons, 5-9.

**West, R. (2004).** Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ. 328(7435):338-9.

**World Health Organization (2008).** Who report on the global tobacco epidemic

**World Health Organization (2013).** Mpower in action. [http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower\\_2013.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1). Erişim tarihi: 06 Şubat 2021.

**World Health Organization (2003).** WHO framework convention on tobacco control. World Health Organization,36.

**World Health Organization (2015).** Bulaşıcı olmayan hastalıklar raporu.

<https://www.tgdf.org.tr/dso-2015-bulasici-olmayan-hastaliklar-raporu/>. Erişim tarihi: 10 Ocak 2021.

**World Health Organization (2017).** Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri

[https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf). Erişim Tarihi: 23 Ocak 2021.

**World Health Organization (2019).** Global report on trends in tobacco smokingg 2000-

2025. <http://www.who.int/entity/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobac-cosmoking/en/index.html>. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2021.

**Yaman Güncan, N. (2019).** Maden işçilerinin sigara bırakmaya yönelik davranışları ve sigara bırakmada sağlık inanç modeli ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.

**Yasin, A., Özlü, T. (2013).** Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 1 (1): 7-12.

**Yaşar, Z., Kurt, O., Talay, F., Kargı, A. (2014).** One-year follow-up results of smoking cessation outpatient clinic: factors affecting the cessation of smoking. Eurasian J Pulmonol.16(2):99–104.

**Yaşlıoğlu, MM. (2017).** Sosyal Bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. Istanbul Univ J Sch Bus., 46:74–85.

**Yeşilyurt, S., Çapraz, C. (2018).** Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1):251–64.

**Yurtkoru, S., Çinko, M., Durmuş, B. (2018).** Sosyal bilimlerde SPSS’le veri analizi. 7. Baskı. Beta Basım Yayın, 71–200.



## 8. EKLER



## Ek.1 Tanıtıcı Form

1. Cinsiyetiniz:

1( ) Erkek

2( ) Kadın

2. Medeni Durumunuz:

1( ) Evli

2( ) Bekar/Dul

3. Eğitim Durumunuz:

1. ( ) Okur yazar değil

2. ( ) Okur yazar

3. ( ) İlkokul –ortaokul mezunu

4. ( ) Lise mezunu

5. ( ) Üniversite mezunu

4. Aile Gelir Durumunuz:

1. ( ) Gelir gidere eşit

2. ( ) Gelir giderden az

3. ( ) Gelir giderden fazla

5. Çalışma Durumunuz:

1. ( ) Çalışıyor

2. ( ) Çalışmıyor

3. ( ) Emekli

6. Kronik Hastalığınız:

1. ( ) Var

2. ( ) Yok

7. Günlük İçtiğiniz Sigara Sayısı:

1( ) 1-10 adet

2( ) 11-19 adet

3( ) 20 adet ve üzeri

## Ek.1 Tanıtıcı Form (Devamı)

8.Sigara İçme Süreniz:

1( )1 yıl

2( )2-9 yıl

3( )10-19 yıl

4( )20 yıl ve üzeri

9. Sigaraya Başlama Yaşınız:

1( )15 yaş ve altı

2( )16-18 yaş

3( )19-24 yaş

4( )25 yaş ve üzeri

10. Aile De Başka Sigara İçen:

1( )Var

2( )Yok

11.Günün İlk Sigarasını İçme Zamanınız:

1( )Uyandıktan 5 dakika sonra

2( )Uyandıktan 6-30 dakika sonra

3( )Uyandıktan 31-59 dakika sonra

4( )Uyandıktan bir saat sonra

12.Sigara İçme Nedeniniz:

1( )Sıkıntılarımı hafifletmek için

2( )Arkadaş ortamında içildiği için

3( )Olgun gözükme için

4( )Diğer

## Ek.1 Tanıtıcı Form (Devamı)

13. Daha Önce Sigara Bırakma Girişiminiz:

- 1( )Yok
- 2( )Danışmanlık alma
- 3( )Reçeteli ilaç kullanma
- 4( )Kendi iradem ile bırakma

14.Sigarayı Bırakma Deneme Sayınız:

- 1( )Hiç denemedim
- 2( )Bir kez denedim
- 3( )2 veya daha fazla kez denedim

15. Sigaraya İlişkin Kanunlardan Haberdar Olma Durumunuz:

- 1( )Hiç haberdar değilim
- 2( )Biraz bilgim var
- 3( )Hepsini biliyorum

## Ek.2 Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ( SBD-SİM ölçeği)

MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<b>Duyarlılık ve Ciddiyet Algısı</b>					
<b>1</b>					
Sigaranın içindeki birçok madde kansere neden olur.					
<b>2</b>					
Sigara içmek dişlerde sararmaya neden olur.					
<b>3</b>					
Sigara içmek kanser, akciğer hastalıkları gibi hastalıklara neden olur.					
<b>4</b>					
Sigara dumanına maruz kalmak (pasif içicilik) kanser ve başka hastalıklara neden olur.					
<b>5</b>					
Sigara dumanıyla yayılan zararlı maddeler kıyafetlerde ve eşyalarda uzun süre kalır.					
<b>6</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem bağışıklık sistemim zayıflar.					
<b>7</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem kanser olabilirim.					
<b>8</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem akciğer hastalıklarına yakalanabilirim.					
<b>9</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem nefes alıp vermekte zorlanabilirim					
<b>10</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem egzersiz yaparken zorlanabilirim.					
<b>11</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem hava kirliliğine sebep olabilirim.					
<b>12</b>					
Sigara kullanmaya devam edersem harcamalarım artabilir.					
<b>13</b>					
Sigarayı kullanmaya devam edersem merdiven çıkmakta zorlanabilirim.					
<b>14</b>					
Gelecekte sigaradan dolayı hastalanma ihtimalimin çok yüksek olduğunu düşünüyorum					
<b>15</b>					
Akciğer kanseri, solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklara yakalanma ihtimalim sigara içmeyenlere göre daha yüksektir					
<b>16</b>					
Sigarayı bırakırsam kanser gibi hastalıklara yakalanma riskim azalır.					
<b>Engel Algısı</b>					
<b>17</b>					
Sigarayı bırakırsam stresimi kontrol edemem.					
<b>18</b>					
Sigarayı bırakırsam dikkatim azalır.					
<b>19</b>					
Sigarayı bırakırsam ellerim titrer.					

**Ek.2 Sigara Bırakma Davranışı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ( SBD-SİM ölçeği)  
(Devamı)**

20	Sigarayı bırakırsam kabız olurum.					
21	Sigarayı bırakırsam uyumakta zorlanırım.					
22	Sigarayı bırakırsam ağızımda yaralar çıkar.					
23	Sigarayı bırakırsam sinirli birisi olurum.					
24	Sigarayı bırakırsam eşimle, arkadaşlarımla ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşayabilirim.					
	<b>Öz Yeterlilik</b>					
25	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.					
26	Yaşamımın herhangi bir döneminde sigarayı bırakacağımı hissediyorum.					
27	Sigarayı kolaylıkla bırakabilirim.					
28	Sigarayı nasıl bırakabileceğimi biliyorum.					
29	Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum.					
30	Sigarayı bırakırken zorlanmayacağımı düşünüyorum.					
31	Sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.					
	<b>Yarar Algısı</b>					
32	Sigarayı bırakırsam kendimi daha iyi hissederim.					
33	Sigarayı bırakırsam daha fazla egzersiz yapabilirim.					
34	Sigarayı bırakırsam yediklerimden daha fazla tat alabilirim.					
35	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanları pasif içici olmaktan kurtarırım.					
36	Sigarayı bırakırsam çevremdeki insanlara/aileme zarar vermem.					
37	Sigarayı bırakırsam kendimi daha özgür hissederim.					

**Ek-3 Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi (İsme Göre Alfabetik Sıralı)**

No	Ad-Soyad, Ünvan	Kurumu
	Ayten YILMAZ YAVUZ (Dr. Öğr. Üyesi)	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
	Cantürk ÇAPIK (Prof. Dr.)	Atatürk Üniversitesi
	Dilek CİNGİL (Dr. Öğr. Üyesi)	Necmettin Erbakan Üniversitesi
	Filiz ADANA (Doç. Dr.)	Adnan Menderes Üniversitesi
	Filiz TAŞ (Dr. Öğr. Üyesi)	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
	Hasret BAYSAL YALÇINÖZ (Dr. Öğr. Üyesi)	Atatürk Üniversitesi
	Hatice Serap KOÇAK (Dr. Öğr. Üyesi)	Gaziantep Üniversitesi
	Sonay BİLGİN (Dr. Öğr. Üyesi)	Atatürk Üniversitesi
	Medine YILMAZ (Prof. Dr.)	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
	Zeynep GÜNGÖRMÜŞ (Prof. Dr.)	Gaziantep Üniversitesi

## Ek- 4 Etik Kurul Karar Formu

 <b>SANKO</b> UNIVERSİTESİ	<b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b> <b>TOPLANTI TUTANAĞI</b>
--	--

TOPLANTI			
NUMARASI	TARİHİ	SAATİ	YERİ
2020/13	12.10.2020	10.00	Online


### TOPLANTIDA ALINAN KARARLAR

**KARAR-3:** Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ'ın 02.09.2020 tarihli dilekçesi incelenmiş olup, "Sigara Bırakma Davranışını Değerlendirmek İçin Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Ölçek Geliştirme" konulu araştırmanın veri toplama işleminin online anket yöntemi ile toplanmasının uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

KATILIMCI ONAYI	
AD-SOYAD	İMZA
1. Prof. Dr. Şahin A. SIRMALI (Başkan)	
2. Prof. Dr. Nimet OVAYOLU (Başkan Yrd.)	
3. Prof. Dr. Nevin ERGÜN	
4. Prof. Dr. Mehtap ÖZKUR	
5. Prof. Dr. Efsun KARABUDAK	
6. Dr. Öğr. Üyesi Betül KOCAMER ŞİMŞEK	
7. Dr. Öğr. Üyesi Deniz MIHÇIOĞLU	
8. Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	
9. Dr. Öğr. Üyesi Burçin ALTINBAŞ	



## Ek-5 Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;"><b>T.C.</b> <b>SANKO ÜNİVERSİTESİ</b> <b>LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ</b> <b>NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</b></p>
---	---

### I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : [Nursena] Anabilim Dalı : Hemşirelik AD  
Soyadı : [ALAGÖZ] Programı : Hemşirelik Tezli (Halk Sağlığı Hemşireliği)  
Öğrenci No : [191101012] Statüsü : Yüksek Lisans

### II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : [Doç. Dr. Betül AKTAŞ]  
Tez Adı : [Sigara Brakma Davranışlarını Değerlendirmek İçin Sağlık İnanç Modeline Dayalı Ölçek Geliştirme]

### III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi	[11]	23.06.2021
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası	[14]	29.07.2021

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 67 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % [14] 'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

### ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Miyese ŞAYF

Enstitü Sekreter V.

29/07/2021

### ACIKLAMA

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.  
\*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

ENS.FRM.019/00

## Ek-6 Özgeçmiş

1. Adı Soyadı:

2. Doğum Tarihi/ Yeri:

3. İş Deneyimi:

### 4. Eğitim

Durumu Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	

### 5. İletişim Bilgileri

E-mail: