



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN
GÖRME ENGELLİ BİREYLERİN SİGARA İÇME ALGI VE
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

FUNDA TUNCER ŞAHİN

0000-0003-0998-3026

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SIVAS

Ocak 2025

T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN
GÖRME ENGELLİ BİREYLERİN SİGARA İÇME ALGI VE
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

FUNDA TUNCER ŞAHİN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEMRA KOCATAŞ

SİVAS-2025



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

KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her türlü destek, sabır ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Semra KOCATAŞ Hocama,

Tez izleme komitemde bulunan ve tezime değerli katkılar sunan Sayın Prof. Dr. Nuran GÜLER ve Sayın Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU'na,

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Altı Nokta Körler Derneği Kayseri Şubesine ve çalışmaya katılarak çalışmanın sürdürülmesine katkıda bulunan Altı Nokta Körler derneğine üye olan görme engelli bireylere teşekkür ederim.

Doktora eğitimim süresince bana her türlü desteği veren babam Abdulkadir TUNCER'e, ablam Bilge TUNCER'e, eşim Cahit ŞAHİN'e ve yanımda olamasa da bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan annem İlksen TUNCER'e, Doktora tez çalışmam süresince gösterdiği sabır ve anlayışına hayran kaldığım canım oğlum Uzay Ata ŞAHİN'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN GÖRME ENGELLİ BİREYLERİN SİGARA İÇME ALGI VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Funda TUNCER ŞAHİN

Doktora Tezi

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Semra KOCATAŞ

2025, xv , 231 sayfa

Araştırma Sağlık İnanç Modeline dayalı verilen eğitimin görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü deneysel tipte olan bu araştırmanın evrenini Altı Nokta Körler Derneği Kayseri Şubesine kayıtlı olan ve sigara içen görme engelli 40 birey (müdahale grubunda 20, kontrol grubunda 20 birey olmak üzere) oluşturmuş olup örnekleminde ise müdahale grubunda 18, kontrol grubunda ise 17 birey olmak üzere toplam 35 görme engelli birey yer almıştır. Görme engelli bireylerle bireysel görüşülerek yapılan ve Aralık 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında uygulanan araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği kullanılarak ve Karbonmonoksit ve Hemoglobin ölçümü yapılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS (versiyon 27.0) istatistik paket programı ve R programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, t testi, Mann Whitney U testi, Spearman Korelasyon testi, Shapiro-Wilk testi, lojistik regresyon ve Kaplan Meier sağkalım analizi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonucunda müdahale grubundaki görme engelli bireylerin %33.3'ünün sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Yapılan son izlemlere göre Sağlık İnanç Modeline göre Sigara Bırakma Ölçeği ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamalarında, karbonmonoksit ve hemoglobin düzeylerinde de değişim

gözelemlendiği, bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgular, Sağlık İnanç Modeline dayalı verilen eğitimin görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışları üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Sigara içmenin hem genel sağlığa hem de görme engelli bireylerde göz sağlığına olan zararları dikkate alındığında, görme engelli bireylerde sigara bıraktırmaya yönelik özel müdahale ve destek programlarının sayısının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İnanç Modeli, Sigara İçme, Görme Engelli Bireyler, Halk Sağlığı Hemşireliği, Eğitim, Algı



ABSTRACT

THE EFFECT OF THE TRAINING BASED ON HEALTH BELIEF MODEL ON SMOKING PERCEPTIONS AND BEHAVIORS OF VISUALLY IMPAIRED INDIVIDUALS

Funda TUNCER ŞAHİN

Doktora Tezi

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Advisor: Doç. Dr. Semra KOCATAŞ

2025, xv, 231 pages

The research was conducted to determine the effect of education based on the Health Belief Model on the smoking perception and behavior of visually impaired individuals. The universe of this randomized controlled experimental study consisted of 40 visually impaired individuals (20 in the intervention group and 20 in the control group) who were registered with the Six Dots Association for the Blind and smoked, and the sample included a total of 35 visually impaired individuals, 18 in the intervention group and 17 in the control group. The research data, which was conducted through individual interviews with visually impaired individuals and implemented between December 2023 and December 2024, was collected using the Personal Information Form, Fagerström Nicotine Dependence Test, Smoking Cessation Scale According to the Health Belief Model, and by measuring Carbon Monoxide and Hemoglobin. Data were analyzed using SPSS (version 27.0) statistical package program and R program. In the evaluation of the data, number, percentage, mean and standard deviation, t test, Mann Whitney U test, Spearman Correlation test, Shapiro-Wilk test, logistic regression and Kaplan Meier survival analysis were used for descriptive statistics and the significance level was accepted as $p < 0.05$. As a result of the study, it was determined that %33,3 of the visually impaired individuals in the intervention group quitted smoking. According to the final monitoring, a statistically significant difference ($p < 0,05$) was observed in the score averages of the Smoking Cessation Scale according to Health Belief Model, and Fagerström

Nicotine Dependence Test, and carbonmonoxyde and hemoglobin levels. These results revealed that the training based on Health Belief Model was effective on the smoking perceptions and behaviors of the visually impaired individuals. Considering the harm of smoking on both general health and eye health in visually impaired individuals, it is recommended to increase the number of special intervention and support programs for smoking cessation in visually impaired individuals.

Key Words: Health Belief Model, Smoking, Visually Impaired Individuals, Public Health Nursing, Education, Perception



İÇİNDEKİLER

KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
ÇİZELGELER DİZİNİ	xv
GRAFİK LİSTESİ	xv
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Kavramı.....	6
2.2. Engellilik	7
2.2.1. Doğum öncesi nedenler	8
2.2.2. Doğum sırasında karşılaşılan nedenler	9
2.2.3. Doğum sonrasında karşılaşılan sorunlar	9
2.3. Görme Engellilik	9

2.3.1. Görme Engelinin Nedenleri	13
2.3.1.1. Yapısal Yetersizlikler	13
2.3.1.2. Göz Hastalıkları ve Kusurları	13
2.3.1.2.1. Kolobom	13
2.3.1.2.2. Katarakt.....	14
2.3.1.2.3. Glokom	14
2.3.1.2.4. Ambliyopi (Göz Tembelliği)	15
2.3.1.2.5. Albinizm	15
2.3.1.2.6. Göz Siniri Kusurları.....	16
2.3.1.2.7. Keratokonus	16
2.3.1.2.8. Maküler Dejenerasyon.....	16
2.3.1.2.9. Retinitis Pigmentosa (Tavuk Karası).....	16
2.3.1.2.10. Şaşılık.....	17
2.3.1.2.11. Kortikal Görme Yetersizliği (Merkezi Görme Yetersizliği).....	17
2.3.1.2.12. Retina Dekolmanı (Retina Ayrılması)	17
2.4. Görme Engelli Bireylerin Sağlık Problemleri	18
2.5. Görme Engellilerde Sigara Bağımlılığı.....	20
2.6. Sigara Kullanımının Göz Sağlığı Üzerine Etkisi	20
2.7. Sigara Bırakma Tedavileri.....	22
2.8. Sağlık İnanç Modeli	25
2.8.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri	26

2.9. Sigara Bırakmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmada Örneklemeye Dahil Edilme Kriterleri	31
3.5. Araştırmada Dışlanma Kriterleri	31
3.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	31
3.7. Randomizasyon	31
3.8. Körleme	32
3.9. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız ve Kontrol Değişkenleri	32
3.10. Veri Toplama Formları	32
3.11. Araştırmacının Niteliği (EK-10):	38
3.12. Araştırmanın Uygulanması.....	38
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
3.14. Araştırmanın Etik Yönü	47
3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları.....	47
3.15.1. Araştırmanın Güçlü Yanları.....	47
3.15.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
3.16. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	48
4.BULGULAR.....	50

5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuçlar.....	76
6.2. Öneriler.....	77
KAYNAKÇA	78
EKLER.....	94
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	94
Ek 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	97
EK 3. Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği.....	100
EK 4: Eğitim Kitapçığı.....	131

KISALTMALAR ve SİMGELER

CO	: Karbonmonooksit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HGB	: Hemoglobin
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SİM-SBÖ	: Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Engellilik Özelliklerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre SİM-SBÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırması	55
Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre FNBT Puan Ortalamaları Karşılaştırması	59
Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre HGB Düzeyi Dağılımları Karşılaştırması	60
Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre CO Düzeyi Dağılımları Karşılaştırması	61
Tablo 8. Müdahale Grubunda Eğitimin Etkisinin İncelenmesi	62
Tablo 9. Kontrol ve Müdahale Grubu Bağımlı Değişkenine Göre Çoklu Doğrusal Bağlantının İncelenmesi	63
Tablo 10. SİM Sigara Bırakma Ölçeği Toplam Puan Ortalaması, FNBT Toplam Puan Ortalaması ve CO Ölçüm Değerleri Arasındaki İlişki	64
Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Consort (2010) Akış Diyagramı	44
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması	45

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. DSÖ Uzak Görme Keskinliği Sınıflaması	11
Çizelge 2. SİM' nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları	27
Çizelge 3. Araştırmada Kullanılan FNBT Güvenilirlik Katsayıları	34
Çizelge 4. Araştırmada Kullanılan SİM-SBÖ Güvenilirlik Katsayıları	35
Çizelge 5. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	46
Çizelge 6. Tez Çalışması Zaman Akışı	49

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Kaplan Meier Sağkalım Analizi	65
-----------------------------------------------	----

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık her insan için temel bir insan hakkıdır ve ihtiyaçtır, ancak doğuştan ya da sonradan meydana gelen bazı sebeplerden dolayı bazı bireyler engelli olabilmektedirler (Arslan ve ark., 2014). Engellilik, kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük çekmesi ve bu nedenle farklı alanlarda desteğe ihtiyaç duyması olarak tanımlanmaktadır (Kördeve, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engelli olma durumunu; “Bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden belirli bir oranda ve sürekli olarak fonksiyon ve görüntü kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu kişinin normal yaşam gereklerine uyamama durumu” olarak tanımlamıştır (Krahn, 2011; WHO, 2011). Engellilik aynı zamanda vücut fonksiyonlarından kaynaklı olarak bir aktiviteyi gerçekleştirme becerisinde kısıtlılık veya yetersizlik durumu olarak da tanımlanabilir (WHO, 2011). Sosyolojik açıdan baktığımızda ise engelli birey, erişilebilirliği sağlıkla ilgili problemlerinden dolayı değil de daha çok toplumsal baskılar sonucu sınırlandırılmış bireydir (Arslan ve ark., 2014). Engelli bireyler; zihinsel engelliler, işitme ve konuşma engelliler, görme engelliler, ortopedik engelliler, ruhsal ve duygusal durum bozukluğu olanlar, süregen hastalığı olanlar, otizm spektrum bozukluğu ve diğer engel türleri adı altında incelenmektedir (Kaya-Kalkan ve Karabulut, 2021; Arslan ve ark., 2014; DSM V, 2013). Bu engel grupları içerisinde yer alan görme engelli bireyler tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı ya da bozukluğu olan kişilerdir. Görme yetersizliğinin yasal tanımı “görmeyen (kör)” ve “az gören” olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Görmeyen bireyler, yapılması gereken bütün düzeltmelerden sonra, normal gören gözün 20/200’lük görme keskinliğine ya da daha azına sahip olan ve ayrıca görme alanı 20 derecelik açıdan fazlasını göremeyen bireylerdir. Yapılması gereken bütün düzeltmeler yapıldıktan sonra, görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan bireyler ise az gören bireyler olarak tanımlanmaktadır (Zorluoğlu ve Kızılaslan, 2019). Görme kaybı ile birlikte

protez göz kullananlar, renk körlüğü ve gece körlüğü olan bireyler de bu grupta yer almaktadır (Emlek-Sert, 2021).

Dünya nüfusunun giderek artması, kronik hastalıkların tedavisinde elde edilen ilerlemeler ile doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, bununla birlikte ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların artması ve çevre koşullarındaki bozulmalar, gelecekte engelli birey sayısının daha da artacağını göstermektedir (Emlek-Sert, 2021). Engelli birey sayısındaki artış, beraberinde engelli bireylerin karşılaştıkları sorunların da artışı gündeme getirmektedir. Engelli bireylere toplum içinde dezavantajlı gruplar arasında yer verilmekte ve engellilik durumu sosyal hayata katılımı, eğitim olanaklarına erişimde, iş ve istihdam konusunda negatif ayrımcılığa neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak engelli bireyler yoksul kalabilmekte, sosyal güvenceden mahrum bırakılabilmekte ve sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmeti alımında güçlükler yaşayabilmektedirler (Kördeve, 2017; Çoban ve Özcebe, 2019; Kara, 2020; Abrams, 2020; United Nations, 2020; Armitage ve Nellums, 2020). Son zamanlarda yayımlanan raporlarda, engelli bireylerin toplumun diğer kesimine göre sağlık düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (United Nations, 2020). Yapılan son epidemiyolojik çalışmalarda; düşük diyet kalitesinin, sigara ve alkol kullanımının ve düşük fiziksel aktivitenin göz hastalıkları riskinde artış ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Fernandes ve ark., 2017; Hu ve ark., 2017; Fernandes ve ark., 2019). Özellikle sigara içme davranışı, dünyada en yaygın görülen zararlı alışkanlıkların başında gelmekle beraber içerisinde barındırdığı zararlı maddeler ile insanların sağlığının bozulmasına neden olmakta hatta bireylerin ölümlerine neden olabilmektedir (Kurçer ve Erdoğan, 2019). Her yıl pek çok insan sigara içmekten ya da sigara dumanına maruz kalmaktan dolayı hayatını kaybetmektedir (Emiroğlu ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalarda engelli bireylerde sigara içme, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen riskli davranışların sağlıklı bireylere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Oral ve ark., 2016; Merle ve ark., 2016). Amerika'da yapılan çalışmaya göre engelli bireylerin %24,6'sının sigara bağımlısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kraus, 2018). Engelli bireylerin

sigaraya içmeye neden başladığına dair literatürde fazla bir veri bulunmamasının yanı sıra sosyal çevrenin ve aile tutumlarının sigara içme davranışı üzerinde etkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Akyol ve ark., 2018; Tunç ve Kolburan, 2019). Bunun yanı sıra toplum tarafından kabul edilmeme durumları ile karşılaşabilen engelli bireylerde psikolojik problemler olabilmekte ve baş etme mekanizması olarak sigaraya yönelebilmektedirler (Go ve ark., 2010; Laser ve ark., 2018; Powell ve Tauras, 2005). Literatürde, sigara içmenin görme engelli bireylerde görme keskinliğini ve renklerin parlaklığının algılanmasını azalttığı bildirilmektedir (Vermast, 2019). Bu nedenle sağlık çalışanlarının özellikle de halk sağlığı hemşirelerinin, engelli bireylere başta sigara içme davranışı olmak üzere sağlıksız yaşam tarzlarını değiştirme konusunda (beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam tarzı uygulamaları konusunda) rehberlik yapmaları gerekmektedir. Öte yandan engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında bazı sınırlılıkların olması da engelli bireylerin sağlıkları konusunda gerekli adımları atmalarının önünde önemli bir engeldir (Ören ve ark., 2021; Kördeve, 2017; Özata ve Karip, 2017).

Engelli bireylerin özellikle görme engelli bireylerin sağlık hizmetine erişim konusunda çok sayıda güçlük yaşadıkları bilinmektedir (Kördeve, 2017). Sağlık personellerinin olumsuz tutumlarının da engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim gücüğü yaşamalarında etkili olduğu söylenebilir (Ören ve ark., 2021). Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler engelli bireylerin sağlık durumunu değerlendirmede, onlara sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için uyguladıkları müdahaleler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmede önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler (Ören ve ark., 2021). Engelli bireyler için yapılan hemşirelik müdahale çalışmalarında, engel gruplarındaki farklılıklar göz ardı edilse bile, model temelli tasarlanan özel müdahale ve bakım programlarının, engelli bireylerin sağlık algılarını güçlendirerek sağlığını koruma ve geliştirme faaliyetlerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Elsawy ve ark., 2023; Köşgeroğlu ve Mertboğa, 2011; Mahazam ve ark., 2023; Tokat ve ark., 2024; Qassim ve ark., 2023). Sigara bıraktırma çalışmalarında kullanılan modeller arasında transteoretik model ve bunun yanı sıra Motivasyonel Görüşme, Bilişsel Davranışsal Terapi gibi yöntemler de kullanılmaktadır (Akdeniz, 2023; Akdeniz ve Öncel, 2020; Akdeniz, 2019; Dereli,

2022; Taş ve ark., 2016; Terzi, 2020). SİM, hemşirelerin sigara bıraktırma konusunda rehber aldıkları modellerden biridir. Çalışmalarda elde edilen sonuçlar ise genellikle; SİM bileşenlerinden duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik düzeylerinin artması ile bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme durumlarında artış olduğu şeklindedir (Bal, 2014; Kırılmaz ve Doğanyigit, 2021; Takçı ve Yıldırım, 2021; Kazankaya ve ark., 2023). Son dönemde yapılan sigara bırakma çalışmaları arasında SİM kullanımına sınırlı sayıda makalede rastlanılmıştır (Panahi ve ark., 2018; Yılmaz-Tuncay ve ark., 2019). Panahi ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada farklı bir örneklem grubu olarak SİM'e dayalı hazırlanan eğitim rehberi ile verilen eğitimin, öğrencilerin sigara bırakma veya sigaranın verdiği zararları anlama boyutunda işe yaradığı ve modelin sigara bıraktırma çalışmalarında etkili bir biçimde kullanılabileceği ortaya konmuştur. Görme engelli bireyler ile yapılan birçok çalışmada duyularına hitap eden materyallerle uygulanan müdahalelerin etkili olduğu ve görme engelli bireylerin kendilerine özgü geliştirilen materyallerle öğrenmekten memnun oldukları sonucuna varılmıştır (Aggarwal ve ark., 2019; Khurana ve ark., 2019; Sardana ve ark., 2019; Öz ve Yangın, 2020; Doğuş ve ark., 2020; Aktaş ve Algün, 2021). Literatürde görme engelli bireylerde sigara içme algı ve davranışlarını değiştirmeye yönelik bir müdahale programına/ model temelli bir girişime rastlanamamıştır. Bu noktadan hareketle, bu araştırma Sağlık İnanç Modeline dayalı verilen eğitimin görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada görme engelli bireylerin öğrenme tercihlerine göre hazırlanan materyaller ile birebir eğitim verilmiş ve eğitimlerde sigara içmenin görme engelli bireylerin vücuduna özellikle akciğerlerinde hangi dokulara ne şekilde zarar vereceğinin daha net anlaşılması amacıyla ve görme engelli bireylerin algılamasını kolaylaştıran üç boyutlu modellerden yararlanılmıştır. Bu çalışmanın; hem görme engelli bireylerde sigara bıraktırmaya hem de Sağlık İnanç Modeline temellenmiş sigara bıraktırma müdahalelerine yönelik çalışmaların sınırlı olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; SİM'e dayalı hazırlanan müdahale programının görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın; engelli bireylerde sağlıksız yaşam biçimi davranışlarına ve bu davranışlardan biri olan sigara bağımlılığına dikkati çekeceği, çalışmadan elde edilecek bulguların özellikle görme engelli bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada SİM temelli planlı eğitim ve danışmanlık yaklaşımının etkinliği konusunda hemşirelere ve bu doğrultuda geliştirilebilecek sağlık politikalarına yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

SİM temelli sigara bırakma eğitimi sonrası;

H1₁: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında SİM Sigara Bırakma Ölçeği puanları arasında fark vardır.

H1₂: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında sigara içme algıları arasında fark vardır.

H1₃: SİM rehberliğinde hazırlanan planlı eğitim programının görme engelli bireylerin sigara içme davranışları üzerine etkisi vardır.

H1₄: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında fark vardır.

H1₄: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında Karbonmonoksit ve Hemoglobin ölçüm değerleri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, insanın hayatının merkezine yerleşen son derece değerli ve öncelikli bir olgudur. İlk bakışta basit görünse de aslında sağlık, tanımlanması zor ve karmaşık bir kavramdır (Yorulmaz ve Erdem, 2021; Yıldırım ve Bulut, 2023). Sağlık kavramı, Türkçe'de "sıhhat" veya "esenlik" olarak tanımlanmaktadır "Sağlık" ve benzeri kelimeler, "sağ olmak" fiilinden türetilmiştir ve genellikle insanlar tarafından sıkça kullanılan terimlerdir (İkizer, 2020). 1948 yılında yayımlanan DSÖ tüzüğüne göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal refahın birleşimi olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1986; TC Sağlık Bakanlığı ve TC Sağlık Müdürlüğü, 2021). Bu tanımlamaların yanı sıra günümüz koşullarını düşündüğümüz zaman; teknolojik gelişmelerle birlikte tanı ve tedavi olanaklarının artması ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle sağlık üzerine daha derinlemesine tanımlamalar yapma gerekliliği gündeme getirmiştir. Bu noktadan hareketle sağlığın daha iyi tanımlanabilmesi için öznel ve nesnel ayrımlarının yapılması ve incelenmesi gerekmektedir. Öznel olarak sağlık, bir kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunun farkında olmasıdır. Bu bakış açısına göre, bir kişi sağlıklı olmadığı halde kendini sağlıklı veya sağlıklı olduğu halde kendini hasta hissedebilir. Nesnel olarak sağlık ise, tıbbi bir inceleme, kontrol ve tanı testlerinin sonuçlarıyla belirlenen bir hastalığın mevcut olmaması durumudur. Dolayısıyla, bir bireye sağlıklı denilebilmesi için, kişinin kendi durumunu sağlıklı olarak algılaması ve nesnel olarak da gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006; İkizer, 2020). Birçok insan için sağlık, hastalık geçirmemek, herhangi bir tanı almamış olmak veya sigara ve içki içmemek gibi sağlığı olumlu yönde etkileyen bir yaşam tarzına sahip olmak olarak algılanabilir. Ancak sağlık, aynı zamanda kişinin kendi yaşamını ve sosyal ilişkilerini kontrol altında tutabilme yeteneği olarak da tanımlanabilir (Topçu ve Temel, 2021).

Sağlık konusunda son yıllarda daha sık gündeme gelen diğer bir konu ise engelliliktir. Bu çalışmaya da konu olan engellilik ile ilgili bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

2.2. Engellilik

DSÖ, engellilik durumunu "Bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden belirli bir oranda ve sürekli olarak fonksiyon ve görüntü kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu kişinin normal yaşam gereklerine uyamama durumu" olarak tanımlamıştır (WHO, 2011). Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ise engelliliği, "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlamaktadır (ÖZİDA, 2009). Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), engelliği; sakatlık, faaliyet sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı için genel bir terim olarak kullanır. Engellilik ayrıca vücut fonksiyonlarından kaynaklanan bir aktiviteyi gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlılık veya yetersizlik durumu olarak da tanımlanabilir (WHO, 2011). DSÖ, engelliliği 1980 yılında üç sınıfa ayırmıştır. (a) Yetersizlik (Impairment): Bireyin biyolojik ve fizyolojik durumunda işlev kaybı veya sapma bulunmasıdır, ancak bu durum bireyin ruhsal sağlığını etkilememiştir. (b) Özürlülük (Disability): Bedensel ve zihinsel yeteneklerde kayıpları içerir. Sağlık sorunları nedeniyle kişinin yeteneklerinin azalması veya tamamen kaybolması durumudur. (c) Engellilik (Handicap): Yukarıdaki yetersizlik veya özürlülük durumlarından kaynaklanan kişinin yaş, cinsiyet, sosyal düzey gibi normal yaşam aktivitelerini yerine getirememesi durumu engellilik (Handicap) olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1980).

DSÖ, 2011 Dünya Engellilik Raporu'nda, dünya genelinde 18 yaş ve üstü nüfusun %15.6'sinin engelli olduğunu bildirmiştir (WHO, 2011). Görme engellerin sayısına bakıldığında ise yine DSÖ'nün 2019 verilerine dünya genelinde 2.2 milyar görme engelli birey bulunmaktadır (WHO, 2019). Görme engellilik ile birlikte diğer engellerin oluşmasında pek çok nedenden bahsedilebilir. Alanyazında bu nedenler; doğum öncesi nedenler, doğum esnasında meydana gelen durumlar ve doğum sonrası nedenler, doğuştan ya da sonradan edinilmiş bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. (DSÖ; 2011; Bilgin, 2020, Kuru-Aktürk ve Ekim, 2023). Öte yandan Türkiye'de engelliliğin yaygın nedenleri arasında prenatal bakım, doğum hizmetleri, yeni doğan

bakımını yetersiz alma, akraba evlilikleri ve kazalar bulunmaktadır. Aşağıda engelliğin nedenleri açıklanmıştır:

2.2.1. Doğum öncesi nedenler

Doğum öncesi nedenler annenin gebeliği öncesinde ve gebeliği süresince görülebilecek durumları kapsamaktadır. Bu durumlar, doğuştan gelen ve genetik kökenli bozuklukları ifade eder. Kromozom anomalileri, doğuştan anomaliler ve kalıtsal bozukluklar (örneğin Huntington hastalığı, nörofibromatozis, polikistik böbrek hastalığı, fenilketonüri ve Marfan sendromu) engelliliğe neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra kan uyuşmazlığı da gebelik öncesi nedenler arasında yer alır. Riskli gebelik faktörleri arasında yer alan, anne yaşının 17'den küçük veya 35'ten büyük olması, beşten fazla doğum yapmış olması, annenin sistemik hastalıklarının bulunması veya gebeliğin 24. haftasından sonra ortaya çıkan gebelikle ilişkili hipertansiyon durumları (preeklampsi), gebelikte şeker hastalığı (diabetes mellitus), çoğul gebelikler ve kötü obstetrik öykü gibi durumlar bebeğin engelli doğmasına neden olabilecek diğer faktörlerdendir. Öte yandan plasentanın primeryetmezlikleri (genetik veya edinsel nedenler) ve uterusun yapısal bozuklukları gibi faktörler uteroplasental nedenler, gebelikte ateşli ve döküntülü hastalıkların geçirilmesi (örneğin kızamıkçık), doktor önerisi dışında ilaç kullanımı (örneğin tetrasiklin veya talidomid), annenin yetersiz veya kötü beslenmesi, sigara ve alkol kullanımı ve röntgen ışınlarına maruz kalma gibi durumlar da doğum öncesi engellilik nedenleri arasında yer almaktadır (DSÖ, 2011; Bilgin, 2020; Bulut, 2020; Kuru-Aktürk ve Ekim, 2023; Topper, 2023).

Gebelik sürecinde düzenli kontrollerin yapılması, akraba evliliği yapan çiftlerin genetik danışmanlık hizmeti alması, yüksek riskli gebelerin sağlık kurumlarında yakından takip edilmesi ve anne adaylarına kendisi ve bebeği için potansiyel riskler hakkında eğitim verilmesi, doğumun sağlık profesyonelleri tarafından güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi sağlıklı bir bebeğin doğması için alınabilecek önlemlerdendir (Kuru-Aktürk ve Ekim, 2023).

2.2.2. Doğum sırasında karşılaşılan nedenler

Doğumun şekli, yeri ve zamanı, yeni doğan sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Çünkü doğum sırasında karşılaşılan sorunlara bağlı olarak yeni doğanda engellilik oluşabilmektedir. Bu duruma sebep olan faktörler arasında; zor doğum (doğumun normalden daha yavaş ilerlemesi ve uzun süren doğum sonucu bebeğin oksijensiz kalması), doğum travmaları (doğum eylemi sırasında bebekte görülen fiziksel yaralanmalar), doğum sırasında yanlış uygulamalar, erken ve geç doğum, sarılık, plasenta ile ilgili anomaliler, bradikardi ve hipoksi yer almaktadır (DSÖ, 2011; Bilgin, 2020; Bulut, 2020; Kuru-Aktürk ve Ekim, 2023; Toper, 2023).

2.2.3. Doğum sonrasında karşılaşılan sorunlar

Sağlıklı bir gebelik süreci ve doğum gerçekleşse bile doğum sonrası ortaya çıkan riskler engellilikle sonuçlanabilir. Bu riskler arasında kazalar, zehirlenmeler, yanlış ve gecikmiş kan değişimi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, metabolik hastalıklar, hipotiroidi, çocuk felci, hiperbilirubinemi gibi etkenler yer alabilir (DSÖ, 2011; Bilgin, 2020; Bulut, 2020; Kuru-Aktürk ve Ekim, 2023; Toper, 2023).

Yukarıda sıralanan tüm durumlar engelliliğin oluşmasında önemli birer faktördür. Bu faktörlerden etkilenen bireylerin bir kısmı zihinsel, fiziksel becerilerde yetersizlik gösterirken bir kısmı duyuşsal alanlarda yetersizlikler gösterebilirler. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA), 2009 yılında engellilik konusunu altı farklı kategoride ele almıştır: Dil ve Konuşma Engelliliği, Zihinsel Engellilik, Bedensel Engellilik, Görme Engelliliği, Süreğen Engellilik ve İşitme Engelliliği (ÖZİDA, 2009). DSM V ise; engelli bireyleri, zihinsel engellilik, işitme ve konuşma engellilik, görme engellilik, ortopedik engellilik, ruşsal ve duyuşsal durum bozukluğu olanlar, süreğen hastalığı olanlar, otizm spektrum bozukluğu ve diğer engel türleri adı altında incelenmektedir (DSM V, 2013). Bu çalışmaya konu olan görme engellilik ile ilgili bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

2.3. Görme Engellilik

Bakmak, gözlerimizi yönlendirerek yaptığımız izleme eylemidir. Görme ise gözlerimizle bakarak çevredeki nesnelere algılayabilme ve anlamlandırabilme

yeteneğidir. Görme engelli tanımı hem bakma hem de algılama yetilerindeki eksikliği tanımlamak için kullanılır. Bakmanın, görme yeteneği için temel bir adım olduğu açıktır. Görme için ise sağlam bir göz yapısı ve bilişsel yönlendirme gereklidir. Görme organının işlevini yerine getirememesi durumunu ifade etmek için "görme engeli" terimi kullanılır, bu durum gözün görsel uyaranları veya ışığı alamama durumudur. (Acaroğlu ve ark., 2005; Akpınar ve Ersözlü, 2008; Çevik ve ark., 2021).

Görme duyusu, dış dünyadan bilgi aldığımız temel duyu kanalımızdır. Gözümüzde doğuştan veya sonradan oluşabilecek herhangi bir bozukluk veya kusur, görme yeteneğinde yetersizliğe neden olabilir. Görme engelliliğinin nedenleri çeşitli olmakla birlikte görme engelli bireyler, hiç ışık algısı olmayandan az görmeye kadar geniş bir heterojen bir grup oluşturur (Webster ve Roe, 1998; Zimmerman ve Zebehazy, 2011; Tiryaki, 2020). Görme yetersizliğini anlamak için, gözün yapısını, görme sürecini, gözün ve görmenin gelişimini ve görme yetersizliğinin çeşitli nedenlerini bilmek önemlidir.

Görme yetersizliğinin yasal ve eğitsel olmak üzere iki farklı şekilde tanımlandığı görülmektedir. Görme yetersizliğinin yasal tanımı genellikle kör ve az gören olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Yasal tanıma göre, kör olarak nitelendirilen bireyler, tüm düzeltmeler yapıldıktan sonra normal görme gücünün onda birine, yani 20/200'lük görme keskinliğine veya daha azına sahip olanlar veya görme alanı yirmi derecelik açıyı aşmayan kişilerdir (Huebner, 2000; Zimmerman ve Zebehazy, 2011; Tuncer, 2003). Örneğin, normal görme gücüne sahip bir kişinin 200 adım uzaklıktan görebildiği bir nesneyi, görme engelli bir kişi ancak 20 adım uzaklıktan görebilir. Az gören ise, gerekli tüm düzeltmelerden sonra iyi gören gözündeki görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan kişileri ifade etmektedir (Corn ve Lusk, 2010; Zimmerman ve Zebehazy, 2011; Tuncer, 2003).

Yasal tanımda, "görme keskinliği" ve "görme alanı" kavramları önemli bir yer tutmaktadır. Görme keskinliği, gözün belirli bir mesafeden (metre kullanan ülkelerde 6 metre, fit kullanan ülkelerde 200 fit) ayrıntıları ayırt etme yeteneği olarak tanımlanır. 6/6 görme keskinliğine sahip olmak, normal bir görme keskinliğine sahip

olduğu anlamına gelir; yani normal görmeye sahip kişiler 6 metreden net bir şekilde görebilirler. Öte yandan 20/200 (6/60) görme keskinliğine sahip bir birey, kör olarak nitelendirilmektedir. Çünkü bu kişi normal görme keskinliğine sahip bir kişinin 6 metreden gördüğünü, sadece 1 metreden daha az bir mesafeden görebilir. Görme alanı ise, gözü ve başı oynatmadan görülebilen tüm alanı ifade eder ve burun, göz küresi gibi faktörleri çıkardığımızda yaklaşık olarak 160-170 derece civarındadır (Bishop, 2004; Tiryaki, 2020). DSÖ'nün görme yetersizliği ile ilgili tanımlaması da görme keskinliğine dayanmaktadır (WHO, 2006). Sadece görme keskinliğine dayalı olarak görme yetersizliğini tanımlamak, bireyin görme yeteneğini nasıl kullandığı veya kullanmadığı hakkında oldukça sınırlı bilgi sunmaktadır. Nitekim aynı görme keskinliğine sahip "az gören" olarak adlandırılan bireyler arasında büyük performans farklılıkları olabilir (Tiryaki, 2012; Webster ve Roe, 1998). Görme alanı, odaklanma yeteneği, ışığa uyum gibi diğer faktörlere bağlı olarak, aynı keskinliğe sahip iki birey arasında bile farklı performans seviyeleri göstermelerine neden olabilmektedir. Örneğin, birisi etrafta dolaşıp bineceği otobüsü ayırt edebilirken, diğeri aynı keskinlikte olmasına rağmen oda içinde dolaşırken daha fazla ipucuna ihtiyaç duyabilir. Bu durum kör olarak nitelendirilen bireyler için de geçerlidir. Hiç ışık algısı olmayan bir birey ile görme yeteneğini sınırlı düzeyde kullanan bir birey, yasal olarak kör tanımı altına girebilir (Tiryaki, 2020). DSÖ'nün uzak görme keskinliği sınıflandırması Tablo 1'de verilmiştir (WHO, 2006).

Çizelge 1. DSÖ Uzak Görme Keskinliği Sınıflaması

Sınıflandırma	Görme Keskinliği
Normal ve normale yakın görme 0	20/20
Orta derecede görme bozukluğu 1	20/70-20/200
Ağır görme bozukluğu 2	20/200-20/400
Körlük 3	20/400-20/1200
Körlük 4	1/60- ışık algısı
Körlük 5	Hiç ışık algısı olmayan
9	Değerlendirilemeyen

Tıbbi tanımlar, eğitimciler ve görme engelli bireylere eğitsel açıdan yapılması gerekenlerle ilgili bilgi sunmamaktadır. Bu nedenle görme engelinin eğitsel tanımları yapılmaktadır. Diğer bir ifadeyle sadece görme keskinliği üzerinden yapılan tanımlar, eğitim için gerekli olan çevresel düzenlemelerin ve eğitim yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olmamaktadır. Bu tıbbi tanımlar, hangi yöntemlerin seçileceği ve nasıl kullanılacağı konusunda da yol göstermemekte ve birey için uygun eğitim ortamının belirlenmesine katkı sağlamamaktadır (Corn ve Lusk, 2010; Tiryaki, 2012).

Eğitsel tanımda görme engellilik, kör ve az gören olarak sınıflandırılmaktadır. Eğitsel açıdan kör, braille tablet, braille daktilo, küp taş kasa, sesli kitap gibi ekipmanlarla öğrenir; dokunsal ve işitsel yolları kullanmaya ihtiyaç duyan kişileri ifade etmektedir. Bu kişiler, görme duyusunu öğrenme amacıyla ya çok sınırlı ya da hiç kullanamazlar (Heubner, 2000; Tuncer, 2003). Eğitsel olarak az gören kişi, öğrenme sürecinde görme duyusunu birincil olarak kullanabilen kişidir (Heubner, 2000; Tuncer, 2003). Az gören bireyler, ışığın konumu, türü, parlama gibi çevresel faktörlerle ilgili ek düzenlemelere ihtiyaç duyabilirler. Ayrıca büyüteç, teleskop gibi optik araçlar ile kapalı devre televizyon sistemi, bilgisayar sistemleri gibi elektronik yardımcıları kullanarak öğrenme süreçlerinde destek alabilirler (Tiryaki, 2020).

Dünyada yaklaşık 1,3 milyar insan görme yetersizliğinden etkilenmiştir. 188,5 milyon insanda orta düzeyde görme yetersizliği, 217 milyon insanda ağır görme yetersizliği ve 36 milyon insanda da körlük bulunmaktadır (WHO, 2018). DSÖ 2019 yılı verilerine göre ise; dünya genelinde 2.2 milyar görme engelli birey bulunmaktadır (WHO, 2019). Türkiye'deki istatistiklere bakıldığında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen, "Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması"nda engelli nüfusun %8.4'ü görme yetersizliğinden etkilenmektedir (TÜİK, 2010). Görme yetersizliğinden etkilenen bireylerin yaklaşık 2/3'ü erkek 1/3'ü kadındır. Bireylerde ortaya çıkar görme engeli ise farklı nedenlerden kaynaklanabilir. Aşağıda görme engelinin nedenleri açıklanmıştır.

2.3.1. Görme Engelinin Nedenleri

Bireylerde ortaya çıkar görme engeli yapısal yetersizlikler, göz hastalıkları ve kusurları, kas dengesizlikleri, kırma kusurları, kortikal görme yetersizliği (merkezi görme yetersizliği) görsel bilgiyi algılayan beyin bölümünün zarar görmesi (Bishop, 2004; Stiles ve Knox, 1995) gibi pek çok nedenden kaynaklanabilir. Aşağıdaki bölümlerde bu nedenlerle ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.3.1.1. Yapısal Yetersizlikler

Yapısal yetersizlik durumunda, gözün optik, hareket ve sinir sistemi yeterince gelişmemiş, zarar görmüş veya tam olarak işlevini yerine getiremiyor olabilir. Bu yetersizlikler, doğum öncesinde veya sonrasında ortaya çıkabilir. Doğum öncesi durumlarda genetik faktörler etkili olabilirken, doğum sonrasında ise kazalar, hastalıklar ve genetik koşullar gibi çeşitli faktörler rol oynayabilir (Stiles ve Knox, 1995). Genellikle doğumla veya doğumdan hemen sonra teşhis edilebilen yapısal yetersizlikler veya kusurlar aşağıda belirtilmiştir.

Anoftalmi: Doğuştan gözlerin olmaması durumudur.

Mikroftalmi: Doğuştan gözlerin küçük olması durumudur.

Aniridi: Doğuştan irisin olmaması veya kısmi olarak olması durumudur.

Lens dislokasyonu: Merceğin gözbebeğinin arkasına tam olarak yerleşmemesi durumudur. (Bishop 2004).

2.3.1.2. Göz Hastalıkları ve Kusurları

Aşağıda başlıca göz hastalıklarına ve kusurlarına yer verilmiştir.

2.3.1.2.1. Kolobom

Kolobom, doğuştan gözün bir veya birkaç bölümünde yarık, delik veya boşluk bulunması durumudur. Genellikle iris (gözbebeği), retina ve damar tabakasında görülebilir. Bu kusur, gözün erken gelişim aşamalarında tam olarak oluşmadığında ortaya çıkar. Kolobom, hangi bölümü etkilediğine ve ne kadar geniş olduğuna bağlı olarak görsel problemlere neden olabilir.

İris (gözbebeği) kolobomu, gözbebeğinin şeklinde değişikliğe ve bu nedenle ışık hassasiyetine yol açabilir.

Lens üzerinde oluştuğunda astigmatizmaya neden olabilir ve görüntü retinaya net olarak odaklanamaz hale gelebilir.

Retina, damar tabakası veya optik sinirlerde meydana geldiğinde ise görme keskinliğinde azalmaya neden olabilir. Aynı zamanda retinadaki kolobom, görme alanını da etkileyebilir (Bishop, 2004; Schwartz, 2010; Konuk ve Kılıç, 2023).

2.3.1.2.2. Katarakt

Katarakt, göz merceğinin saydamlığını kaybederek matlaşması durumudur. Bu durum, gözün içindeki merceğin bulanıklaşması sonucu görme kalitesinin azalmasına yol açar (Bishop, 2004; Erdil, 2008). Katarakt oluştuğunda, ışık normal bir şekilde merceğin içinden geçemez ve görme bulanıklaşır. Kataraktın oluşmasının sebepleri arasında genetik faktörler, rubella enfeksiyonu, diğer göz hastalıkları veya kusurlarıyla ilişkili durumlar, travma sonrası etkiler ve yaşlanmanın doğal sonuçları yer alabilir. (Bishop, 2004). Katarakt yaşlılık nedeniyle oluştuğunda senil katarakt, yaralanma sonucu oluştuğunda travmatik katarakt, doğuştan mevcutsa konjenital katarakt ve üveit gibi bir hastalık veya diyabetik mellitus gibi sistemik bir hastalığın ardından geliştiğinde sekonder katarakt olarak adlandırılır (Erdil, 2008). Kataraktın görme üzerindeki etkisi, hafiften ağır düzeye kadar geniş bir aralıkta değişebilir. Ağır düzeyde seyrettiğinde sadece ışık algısı olacak şekilde ağır görme problemlerine neden olabilir. Bazı katarakt tipleri ilerleyici olabilirken, diğerleri yaşam boyunca değişmeden kalabilir. (Stiles ve Knox 1996). Katarakt, bir veya her iki gözde ortaya çıkabilen bir durumdur. Tedavi edilmezse, görme keskinliğinde azalma, renk görmede bozulma, parlama, ışığa aşırı hassasiyet (fotofobi) ve göz tembelliği gibi sorunlara neden olabilir (Zimmerman ve Zebehazy, 2011).

2.3.1.2.3. Glokom

Glokom, gözün içindeki basınç ile ilişkili olan, optik sinir dejenerasyonu ve retina ganglion hücresi kaybı ile karakterize, Görme alanı bozukluklarına neden olan ve körlüğe neden olan bir hastalıktır. Göz hastalıkları içinde ben çok körlük yapan

nedenlerdendir (%15-20). Ülkemizde görülme sıklığı %2-2,5 civarındadır (Erdil, 2008; Türk Oftalmoloji Derneği/TODNET, 2018; Karaoğlu, 2021). Glokom prevalansı yaşla birlikte artar ve yaşlanan dünyada bu hastalığın toplumu önemli oranda etkilemesi beklenmektedir. Sadece bir gözde ya da her iki gözde de bulunabilir. Glokom, yüksek dereceli yakın görme bozukluğuna ve astigmata neden olmaktadır. Görme düzeyini etkileme derecesi hafiften ağıra farklılık göstermektedir. Tedavi göz içindeki basıncı düşürmek için drenaj kanalları açılarak ameliyatla yapılabilmektedir. Tedavi edilmediğinde ışık hassasiyeti, görme keskinliğinde azalma, görme alanı kaybı ve en son noktada körlüğe neden olmaktadır (Bishop, 2004; Schwartz, 2010; Stiles ve Knox, 1996).

2.3.1.2.4. Ambliyopi (Göz Tembelliği)

Göz tembelliği (ambliyopi), doğumdan sekiz yaşına kadar olan süre içinde gelişebilen bir durumdur. Şaşılık, kırılma kusurları, katarakt gibi göz problemleri ambliyopiye yol açabilir. Ambliyopinin etkili bir tedavisi genellikle 8-9 yaşlarına kadar mümkündür. Tedavi, neden olan göz kusurunun düzeltilmesinin ardından, görme keskinliği iyi olan gözün kapatılması ve diğer gözün daha fazla kullanılması şeklinde gerçekleştirilir. Bu yöntemle, görme yeteneği azalan gözün daha etkin bir şekilde çalışması teşvik edilir. (Schwartz, 2010; Stiles ve Knox, 1996; Zimmerman ve Zebehazy, 2011). Tedavi edilmediği zaman kalıcı görme kaybına neden olmaktadır (Erdil, 2008).

2.3.1.2.5. Albinizm

Albinizm, beyin, saç, deri ve gözleri etkileyen melanin pigmentinin yetersiz veya hiç olmaması sonucu gelişen kalıtsal bir bozukluktur. Albinizmde iris (gözün renkli kısmı) genellikle açık mavi renktedir, deri çok açık renkte olabilir ve saçlar beyaza yakın sarı renkte olabilir. Albinizm ayrıca ışık hassasiyeti (fotofobi), görme keskinliğinde azalma ve nistagmus (göz titremesi) gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Albinizmliler bireylerin görme keskinliği ve ışık hassasiyetini iyileştirmek için gözlük ve kontak lensler kullanılabilir (Samur ve ark., 2022; Yaman ve Berk, 2008).

2.3.1.2.6. Göz Siniri Kusurları

Optik atrofi; göz sinir liflerinin zarar görmesi sonucu merkezi ve çevresel görmenin azalmasına neden olabilir. Görme keskinliği, normal görme ile körlük arasında geniş bir yelpazede değişebilir.

Optik sinir hipoplazisi; göz sinirlerinin yetersiz gelişmesi sonucu sinirlerin anormal derecede küçük olması durumudur. Bu durum bir veya her iki gözde görülebilir ve genellikle görme yeteneğinde azalmaya neden olur. Bu durum çocukların çoğunda görme yetersizliğiyle birlikte başka çoklu yetersizlikler de görülebilir (Bishop, 2004; Erdil, 2008).

2.3.1.2.7. Keratokonus

Korneanın konik bir şekilde incilmesi sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu durum, görme keskinliğinde azalmaya neden olabilir. İlk evrelerde, kontak lenslerle görme keskinliği artırılabilir ancak ilerleyen aşamalarda kornea nakli gerekebilir (Berhuni ve ark., 2023; Öndaş ve ark., 2024; Schwartz, 2010).

2.3.1.2.8. Maküler Dejenerasyon

Retinanın maküla bölgesi, santral ve renkli görmeyi sağlayan kısımdır. Sıklıkla yaşlanmayla birlikte gelişen maküla dejenerasyonu santral görme kaybına neden olur. Bu durum santral durmadan sorumlu olan fotoreseptör konu hücrelerinin bozulmasına yol açar. Makülanın zarar görmesi sonucu oluşmakta ve merkezi görme kaybına neden olmaktadır. Genellikle yaşlılarda görülmektedir ve sarı benek hastalığı adı ile de bilinmektedir. Hastaların periferik görmeleri bozulmadığını, dan hareket yeteneklerini korurlar. Sadece okuma yetenekleri kaybolmuştur (Akkoyun, 2014; Bilici ve Şahin-Elarslan, 2023; Erdil, 2008; Kurt ve ark., 2022;).

2.3.1.2.9. Retinitis Pigmentosa (Tavuk Karası)

Retinitis Pigmentosa, retinadaki koni ve çubuk hücrelerinin zarar görmesi sonucu ortaya çıkan genetik geçişli bir göz bozukluğudur. Bu durum gece körlüğü, tünel görme, fotofobi (ışık hassasiyeti), renk görme bozuklukları veya görme alanı kayıplarına neden olabilir. Retinitis pigmentosa, iyi bir görme keskinliğinden körlüğe

kadar geniş bir yelpazede seyredebilir. Bazı vakalarda A vitamini desteği, belirtilerin ilerlemesini yavaşlatabilir veya hafifletmeye yardımcı olabilir (Şentürk ve ark., 2021; Zimmerman ve Zebehazy, 2011).

2.3.1.2.10. Şaşılık

Gözün hareketini sağlayan kaslardaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Bu kasların uzunluğu eşit olmayabilir veya kaslar felçli olabilir. Birey düz şekilde karşıya baktığında gözler düz görünmez; bu durumda iki gözden gelen görüntü birleşmez ve net bir görüntü oluşmaz. Beyin, doğru görüntü almayan gözü baskılar ve göz tembelliği meydana gelir. Göz tembelliği tek bir gözde veya her iki gözde de oluşabilir. Eğer tedavi edilmezse görme kaybına yol açabilir (Bishop, 2004; Erdil, 2008).

2.3.1.2.11. Kortikal Görme Yetersizliği (Merkezi Görme Yetersizliği)

Kortikal görme yetersizliği, gözdeki yapısal eksiklikler veya diğer göz kusurlarından farklı olarak, tamamen beyin kaynaklı bir bozukluktur. Özellikle beyindeki görme merkezinin zarar görmesi sonucu ortaya çıkar. Göz, görsel bilgiyi toplama kapasitesine sahip olmasına rağmen, beyin bu bilgiyi işleyip yorumlayamaz. Bu durum, görme keskinliğinde azalmaya hatta körlüğe yol açabilir. Kortikal görme yetersizliği genellikle diğer sorunlarla birlikte görülür, örneğin zihinsel yetersizlik veya beyin felci gibi. Maalesef, kortikal görme yetersizliğinin spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Bu bozuklukta, görme düzeyi zaman içinde hatta gün içinde bile değişebilir. Gelişmiş ülkelerde, görme yetersizliğinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Steinkuller ve ark., 1999).

2.3.1.2.12. Retina Dekolmanı (Retina Ayrılması)

Retina ayrılması, retinada delik veya yırtık oluşması sonucu retinanın bütünlüğünün bozulmasıyla primer olarak veya çeşitli göz hastalıkları, ameliyatlar ve yaralanmalar nedeniyle sekonder olarak gelişebilir. Retina ayrılması ani ya da yavaş olabilir. Retina dekolmanı, körlüğe kadar ilerleyebilecek ciddi bir hastalıktır. Retinanın yapışık olduğu tabakadan yırtılarak ayrılması, beslenmesinin bozulmasına ve hücrelerin ölmesine yol açar. Operasyon ile retina başarılı bir şekilde yerine

yapıştırılsa bile, zaman kaybı hücrelerin geri gelmesini imkânsız hale getirir. Bu nedenle, erken tanı ve erken cerrahi müdahale çok önemlidir (Akkoca, 2021). Hastalar, şimşek çakması veya göz önünde uçuşan noktalar gibi belirtilerden şikâyet ederler. Günler ya da aylar sonra bir göze perde inmesi şeklinde görme kayıplarından yakınabilirler. Göz önünde uçuşan noktalar, retina yırtılması sonucu vitreus içine pigment veya kan hücrelerinin girmesiyle oluşur. Şimşek çakması ise vitreusun retinayı çekmesi nedeniyle ortaya çıkar. Etkilenen gözde başlangıçta bulanık olan görme giderek bozulur, ancak ağrı ve kızarıklık yoktur (Erdil, 2008).

2.4. Görme Engelli Bireylerin Sağlık Problemleri

Görme engelli bireylerde, işitme, yürüme ve konuşma gibi ikinci bir engelin yanı sıra, kalp rahatsızlığı, diyabet, üriner sistem rahatsızlıkları ve obezite gibi kronik ve metabolik hastalıklar da görülebilir. Bu hastalıkların yanı sıra, görme engelli bireylere ihtiyaç duydukları beceriler (ör., duyuları etkili kullanma, yönelim ve bağımsız hareket becerileri) öğretilmediğinde günlük yaşamlarında bu bireylerin kaza ve yaralanmalarla çok sık karşılaştıkları söylenebilir. Ayrıca boğulma, zehirlenme, yanık, yabancı cisim aspirasyonu, düşme ve yaralanma gibi travma riskleri de görme engelli bireyler için daha yüksek olabilir (Biol, 2007; Putnam ve ark., 2003; Yıldırım-Sarı, 2010; Baysal ve Birinci, 2006; İnanç ve ark., 2008; Vladuti ve ark., 2012; Ulutaşdemir, 2022).

Son yıllarda engelli birey sayısındaki artış, engelli bireylerin karşılaştığı sorunlarda artışa neden olmaktadır. Engelli bireyler, toplum içinde dezavantajlı gruplar arasında yer almakta ve sosyal hayata katılım, eğitim olanaklarına erişim, iş bulma ve istihdam gibi alanlarda negatif ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu durum engelli bireylerin yoksullaşmasına, sosyal güvenceden yoksun kalmasına, sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlükler yaşamasına sebep olmaktadır (Abrams, 2020; Armitage ve Nellums, 2020; Çoban ve Özcebe, 2019; Kara, 2020; Kördeve, 2017; United Nations, 2020). Son raporlara göre, engelli bireylerin sağlık düzeyinin diğer toplum kesimlerine kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (United Nations, 2020).

Fiziksel aktivite, sağlığımızı etkileyen önemli bir faktördür. Görme engelli bireyler genellikle hareket kabiliyetlerinin kısıtlı olması nedeniyle daha az aktif bir yaşam tarzı benimseyebilirler. Bu durum, bu bireylerin çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde ve iş faaliyetlerinde yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapamamalarına yol açabilir (Jansen ve ark., 2004; Temple ve ark., 2000). Kronik hastalıkların kökenlerine bakıldığında, birçok durumun temelinde fiziksel aktivite eksikliği ile yetersiz ve dengesiz beslenme ile sigara kullanımının olduğu görölmektedir. Bu nedenler içinde yer alan sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artıran önemli bir etkidir. Sigara içmek, kalp damarlarının hasar görmesine ve akciğer fonksiyonlarının bozulmasına yol açarak bu tür hastalıkların gelişimine katkıda bulunabilir (Ulutaşdemir, 2022).

Görme engelli bireylerde sporun sağlık üzerine etkisi, sigaranın sağlığa ve özellikle göz sağlığına etkileri, sigarayı bıraktırma yöntemleri, yeterli ve dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite, yeterli bireysel hijyen gibi sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarında bilgi eksiklikleri bulunabilmektedir. Görme engelli bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları konusundaki bilgi eksikliklerinin ve ihtiyaçlarının neler olduğu tespit edilerek, bu konularda çalışılması gerekmektedir. Bazen görme engelli bireylerde üreme sağlığı sorunları görülebilmekle birlikte fertilitiyi etkileyen problemler ve kadınlar için menstruasyon düzensizlikleri olabilmektedir (Gündüz, 2003; Timur ve ark., 2006). Bütün bu problemlerin nedenlerini anlamak için görme engelli bireylerle sağlıklı bir iletişim kurulması gerekmektedir. Ancak bazı görme engelli bireylerin engel durumları sağlıklı bir iletişim kurmalarını zorlaştırmaktadır (Timur ve ark., 2006). Görme engelli bireylerle çalışacak sağlık personelinin herhangi bir girişim yapmadan önce yeterli düzeyde veri toplamaları gerekmektedir. Toplamış oldukları veriler doğrultusunda görme engelli bireylerin öğrenme tercihlerine göre eğitim materyali geliştirerek uygulamaları gerekmektedir (Ulutaşdemir, 2022).

2.5. Görme Engellilerde Sigara Bağımlılığı

Sigara içme, dünyada yaygın bir alışkanlık olup içerdiği zararlı maddelerle insan sağlığını olumsuz etkileyerek ölümlere neden olabilmektedir. Her yıl birçok insan, sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalma sonucunda sağlığını kaybetmektedir (Emiroğlu ve ark., 2014). DSÖ'nün 2019 raporunda dünya genelinde 1.3 milyar insanın sigara içtiği belirtilmiştir (WHO, 2019). Türkiye'de ise 2019 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre, 15 yaş üzeri bireylerin sigara içme oranı %28 olarak açıklanmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021). Sigara içme, hastalık yükünün artmasına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Behzad, 2020).

Son epidemiyolojik çalışmalarda, fiziksel aktivite yetersizliği, düşük diyet kalitesi, sigara ve alkol kullanımının göz hastalıkları riskini artırdığı belirtilmektedir (Fernandes ve ark., 2017; Fernandes ve ark., 2019; Hu ve ark., 2017). Ayrıca, görme engelli bireylerde sigara kullanımının görme keskinliğini ve renklerin parlaklığını algılamayı azalttığına dair veriler bulunmaktadır (Vermast, 2019). Araştırmalar, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi risk faktörlerinin, engelli bireyler arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tür davranışlar, engelli kişilerin sağlık durumlarını daha da zorlaştırabilecek etkenler arasında yer almaktadır (Merle ve ark., 2016; Oral ve ark., 2016). Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre, engelli bireylerin %24.6'sının sigara bağımlısı olduğu belirlenmiştir (Kraus, 2018).

Engelli bireylerde sigara kullanımına başlama nedenleri hakkında yeterli veri olmamakla birlikte, sosyal çevre ve aile tutumlarının sigara içme davranışını etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akyol ve ark., 2018; Tunç ve Kolburan, 2019). Ayrıca, toplum tarafından dışlanma yaşayan engelli bireylerde psikolojik problemler görülebilir ve bu durum baş etme mekanizması olarak sigara içmeye yol açabilir (Powell ve Tauras, 2005; Go ve ark., 2010; Laser ve ark., 2018).

2.6. Sigara Kullanımının Göz Sağlığı Üzerine Etkisi

Sigara içme, sadece çeşitli hastalıklara yol açmakla kalmaz, aynı zamanda göz sağlığı üzerinde de zararlı etkilere sahiptir. Sigara içmek, göz hastalıklarının

riskini artırabilir ve genel göz sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Sigara içmenin miktar ve süresi arttıkça glokom (göz içi basıncın yükselmesi/göz tansiyonunun yüksek olması) gibi sorunlar görülebilmektedir. Glokom açısından risk faktörleri varsa (ailesel yatkınlık, hipertansiyon hastalığı gibi) sigara kullanım sıklığı ve süresine bakılmaksızın bu rahatsızlığın görülme sıklığı artmaktadır (Çankaya ve ark., 2007; Pérez-de-Arcelus,2017).

Sigara içme, oküler vasküler değişikliklere yol açarak birçok oküler iskemik hastalıkta risk faktörü olarak rol almaktadır (Aksu ve ark., 2014). Bunun yanı sıra sigara içimi uzun süre devam ettiğinde, kan içinde reaktif oksijen metabolitlerinin artmasına ve dokularda oksidatif hasara yol açar. Bu süreç damar endotelinde hasara neden olur. Gözdeki damar endotel hücrelerinin yapısı bozulabilir, özellikle periferik kapiller yataktaki tıkanıklıklara neden olarak iskemiye yol açabilirler. Ayrıca sigara içmek, göz dokularında oksijen radikallerini artırırken antioksidanların, örneğin askorbik asit gibi, seviyelerini düşürmektedir (Keklikçi, 2022). Sigara içen bireyler; gözlerinin koroid tabakasında incelme, gözün koroid tabakasının kanlanması azalması gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir (Duman ve ark., 2018). Ayrıca sigara içme ile gözde katarakt oluşumu artmakta buna bağlı olarak görme kayıpları ortaya çıkmaktadır (Cengiz ve ark., 2006; Keklikçi, 2022). Öte yandan yaşa bağlı makula dejenerasyonu görülme riski sigara içmeyenlerle kıyaslandığında üç kat daha fazla olmaktadır. Bunlarla birlikte sigara içenlerde göz kuruluğu, göz kaslarının bozulması ve buna bağlı şaşılık, ışığa karşı hassasiyetin fazla olması, gece görüşünün azalması ve ani görme kaybı riski sigara içmeyenlere kıyasla 16 kat daha fazla görülmektedir (Beltrán-Zambrano ve ark., 2018; Ham ve ark., 2020; Nam ve ark., 2018; Nuryunarsih, 2021; Taylor, 2021; Tunç ve ark., 2003; West, 2021; Jonn ve ark., 2024; Mauschitz ve ark., 2023). Sigara içimi ayrıca kuru gözün çeşitli patolojik durumlarına neden olabilir, örneğin oküler yüzeyin kronik enflamasyonunu, kornea ve konjonktiva duyarlılığının azalmasını tetikleyebilir (Miglio, 2021).

Graves oftalmopatisi veya tiroid oftalmopati olarak da bilinen durum, genellikle hipertiroidili hastalarda görülen otoimmün bir hastalıktır. Yaygın klinik özellikler arasında proptozis (gözlerin dışarı doğru çıkması), şaşılık, konjonktival

kemozis (göz beyazının şişmesi), göz kapağı ödemi gibi göz dışı dokuların belirtileri bulunur; bu belirtiler bazen görme kaybına kadar ilerleyebilir. Sigara içmek, Tiroid Oftalmopatisi için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Sigara içmenin bu hastalıkta orbital venöz tıkanıklık ve Superior Oftalmik Ven akışındaki bozulmayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Jamshidian-Tehrani ve ark., 2021). Bunun yanı sıra, sigara içmeyle ilişkili olarak arttığı bilinen optik nöropati, üveit, diyabetik retinopati gibi durumlar, görme kaybına neden olabilir ve genellikle kalıcı körlükle sonuçlanabilir (Keklikçi, 2022).

2.7. Sigara Bırakma Tedavileri

Tütün kontrol çalışmaları, birbirini tamamlayan üç yaklaşımla ele alınabilir. İlki sigara alışkanlığının hiç başlamamasını sağlamak; ikincisi sigaradan pasif olarak etkilenen kişileri korumak ve sonuncusu sigara içenlerin sağlığını korumak amacıyla bu kişilerin sigara alışkanlığından vazgeçmelerini, yani sigarayı bırakmalarını sağlamaktır. Sigarayı bırakma konusunda kişinin kararı çok önemli bir aşamadır. Ayrıca, sigarayı bırakma sürecinde profesyonel destek alınması da önerilmektedir. Kimi zaman bireyler kendi kendine sigarayı bırakmak istediklerinde sigarayı bırakmanın önündeki engelleri tek başlarına ortadan kaldırma noktasında zorluk yaşayabilmektedirler (Kocataş ve Güler, 2019). Sigarayı bırakmak için uzmana başvuran bireylere farklı klinik yöntemler uygulanmaktadır (Öztuna, 2005). Sigara içen ve bırakmaya istekli kişi, risklerin farkındadır ve en kısa zamanda sigarayı bırakmayı planlamaktadır. Bu süreçte, bırakma hedefi doğrultusunda küçük ama anlamlı adımlar atmıştır. Amacına ulaşmak için bir eylem planı hazırlamıştır. Bu aşamadaki bireyleri deneme aşamasına getirmek ve sigarayı bıraktıktan sonra karşılaşacakları zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırmak için destek sağlanmalıdır. Bu amaçla, 5Ö (5A) stratejisi geliştirilmiştir (Akçay ve ark., 2013; Öztuna, 2005; Kocataş ve Güler, 2019; Murray ve ark., 2008). 5Ö (5A) yaklaşımı, sigara bırakma konusunda danışmanlık verecek sağlık profesyonellerine rehberlik eder. Bu yaklaşım, sigara bırakmaya istekli bireylerin sigara içme durumlarını sorgulamalarını, sigara ile hastalıkları arasındaki bağlantıyı anlamalarını ve sigarayı

bırakmalarını teşvik etmeyi amaçlar. Ayrıca, bu süreçte destek sağlanmasını önerir. 5Ö (5A) yaklaşımının aşamaları şunlardır:

Öğren (Ask): Her görüşmede tüm hastaların sigara içme durumunun sorulması.

Öner (Advise): Sigara içen herkese sigarayı bırakmaları konusunda öneride bulunulması.

Değerlendir (Assess): Sigara bırakma girişimi kararlılığının ve bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi.

Destek (Assist): Sigara bırakma girişiminde bulunmak isteyen hastalara yol gösterilmesi.

İzlem (Arrange): Sigarayı bırakan bireylerin, takip randevuları ile izlenmesi (Akçay ve ark., 2013; Kocataş ve Güler, 2019; Murray ve ark., 2008).

Sigara kullanımını bırakmaya istekli olmayan kişiler için 5A yaklaşımı etkili olmayabilir. Bu durumda, öncelikle bu bireylerin sigarayı bırakmayı düşünmelerini sağlamak önemlidir. Sigara bırakma konusunda isteksiz kişilerin motivasyonlarını artırmak amacıyla 5R yaklaşımı önerilmektedir (Murray ve ark., 2008). Bu yaklaşımın aşamalarına aşağıda yer verilmiştir.

Tüm etkileri gözden geçir (Relevance): Kişiden, sigarayı bırakmanın kendisi ve sağlık durumu ile ne kadar ilgili olduğunu belirtmesi istenmelidir. Kişi, sigara bırakma konusunda cesaretlendirilmelidir.

Riskler (Risks): Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini belirtmesi istenmelidir. Bu noktada, bireyde meydana gelebilecek olumsuz durumlar vurgulanmalıdır.

Kazançlar (Rewards): Sigarayı bırakmanın bireyde yaratacağı yararları belirtmesi istenmelidir. Danışmanlık veren kişi, erken ve geç dönemdeki yararlar konusunda bireyi bilgilendirmelidir.

Engeller (Roadblocks): Bireyin, sigarayı bırakmanın önündeki engelleri ve zorlukları belirlemesi istenmelidir. Belirlenen engeller için çözüm yolları üretilmelidir.

Tekrarla (Repetition): Motivasyonu düşük bireylerle her görüşmede motivasyon görüşmesi tekrarlanmalıdır (Akçay ve ark., 2013; Kocataş ve Güler, 2019; Murray ve ark., 2008).

Bir diğer girişim ise; sigarayı bırakan kişilere yönelik yapılacak girişimlerdir. Sigarayı bırakan kişilerde görülen en büyük problem nüks ve tekrar sigaraya başlama durumudur. Nüks eğer bir süreç değil de istenilmeyen davranışın bir-iki kez tekrarlanması ile sınırlı kalırsa bu durum hata olarak kabul edilebilir (lapse). Bu durumun eskisi gibi sigara içmeye geri dönmesi ise nüks (relapse) kabul edilir. Kişinin hatası ile ilgili bilişsel tepkileri, sigara bırakma döneminde yapılan bir hatanın nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen asıl faktördür. Bu nedenle sigara bırakmaya bağlı gelişebilecek sorunlar ve relapse neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır (Akçay ve ark., 2013; Brown ve ark., 2005; Kocataş ve Güler, 2019; Murray ve ark., 2008). Sigarayı bırakma çalışmalarında sadece 3-5 dakikalık kısa girişimlerle bile hastaların sigarayı bırakmaları konusunda anlamlı artışlar gözlemlendiği bildirilmektedir (Kreuter ve ark., 2000).

Sigara bırakmak için başvuruda bulunan bireylere uygulanan kısa girişimlerin yanı sıra uzmanlaşmış kişilerce gerçekleştiren tedavi ve danışmanlık yöntemleri de uygulanabilmektedir. Bu girişimler yukarıda anlatılan girişimlere oranla daha uzun sürede yapılmaktadır. Sigarayı bırakmak için başvuran bireyler ile yapılan görüşme sayısı ve süresi uzadıkça sigara bırakma oranlarında önemli artışlar gözlemlendiği bildirilmiştir (Öztuna, 2005). Bu nedenle sigarayı bırakmak isteyen içicilere farmakolojik tedavi, davranış tedavisi, davranış değiştirme modelleri uygulanabilir (Kocataş ve Güler, 2019). Farmakolojik tedavinin içerisinde; Nikotin Yerine Koyma Tedavisi, Nikotin Bandı, Nikotin Sakızı, Nikotin İnhaler, Nikotin Nazal Sprey, Bupropion HCL ve Vareniklin bulunmaktadır. Başvuran kişinin özelliklerine bakılarak uygun tedavi yöntemi seçilmelidir (Kocataş ve Güler, 2019). Sigara

bırakmadan uygulanan davranış tedavisi içerisinde; Bilişsel Davranışçı Tedavi, Allen Carr yöntemi ve Psikodrama yer almaktadır (Kocataş ve Güler, 2019). Davranış değiştirme modellerinde; Değişim Aşamaları Modeli ve SİM gibi modeller kullanılabilir (Kocataş ve Güler, 2019). Bu teze konu olan SİM ile ilgili bilgilere aşağıda yer verilmiştir:

2.8. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranış araştırmalarında en yaygın kullanılan kavramsal modellerden biridir. Bu model, ilk olarak 1950'lerde tüberküloz tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Araştırmacılar, demografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi) koruyucu sağlık davranışlarını etkilediğini fark etmişlerdir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasına rağmen düşük sosyoekonomik statüdeki bireylerin hizmetleri daha az kullandığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, koruyucu sağlık davranışlarının diğer faktörlerin etkisi altında olduğunu ortaya koymuştur (Conner, 2010). Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesiyle ilgili belirleyicileri açıklamaktır. Model ilk kullanılmaya başlandığı zaman; algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmaktaydı. Ardından öz yeterlilik ve sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiştir (Dağhan, 2021; Glanz ve ark., 2015). SİM sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp hasta davranışı, hasta rolü davranışını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model beklenti modeli olup bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi, değer koruyucu sağlık davranışlarının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleşmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığını azaltmaktadır (Dağhan, 2021). SİM günümüzde sağlığı korumak ve geliştirmek için uygulanan eylemlerin açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014; Grubbs ve Tabano, 2003; Kurcer ve Erdoğan, 2020). Bununla birlikte SİM son zamanlarda sigara kullanımı gibi sağlıkla ilgili olumsuz davranışları önleme amacı ile de kullanılabilir (Kurcer ve

Erdoğan, 2020; Yılmaz-Tuncay ve ark., 2019). Son dönemde yapılan sigara bırakma çalışmaları arasında SİM kullanımına sınırlı sayıda araştırmada rastlanılmıştır (Panahi ve ark, 2018; Yılmaz-Tuncay ve ark., 2019). SİM rehberliğinde yapılacak olan çalışmalar, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarından biri olan sigara bıraktırma çalışmalarında kullanımının yaygınlaşması açısından son derece önemlidir.

2.8.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri

SİM, bireyin sağlık tehditlerinden riskli davranışlara yönelik inanç ve davranışları arasındaki ilişkiye odaklanmakta olup kişinin kendi sağlığına ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya yönlendiren motivasyon kaynaklarını araştırmaktadır. Riskli davranışları değiştirme kararında kişinin sağlıkla ilgili tehdit algısı kadar sonuçla ilgili beklentilerinin ve kendini alışkanlıkların üstesinden gelebilecek kadar güçlü hissetmesinin de etkili olduğu iddia edilmektedir. Model; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, öz yeterlilik ve davranışla ilgili ipuçları olmak üzere altı (6) bileşenden oluşmaktadır (Conner, 2010; Kolaç ve Yıldız, 2019). Aşağıdaki tabloda SİM bileşenleri açıklanmıştır (Bulduk ve ark., 2015; Champion ve Skinner, 2018).

Çizelge 2. SİM' nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları

Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan Duyarlılık	Sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına ilişkin inanç	-Risk altındaki bireylerin risk düzeylerinin tanımlanması -Kişinin davranışıyla ilgili olan risklerin belirlenmesi -Algılanan riskin gerçek riskle tutarlı hale getirilmesi
Algılanan Ciddiyet	Durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç	-Riskin ve sonuçlarının özelleştirilmesi
Algılanan Yarar	Tehdidin ciddiyetini ya da riskini azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç	-Yapılacak davranışın tanımlanması; olumlu sonuçların açığa kavuşturulması
Algılanan Engeller	Önerilen eylemin gözle görülebilen ve gözle görülmeyen maliyetiyle ilgili inanç	-Pekiştirme, düzeltme ve yardım yoluyla algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak
Öz Yeterlilik (Sağlık Motivasyonu)	Önerilen eylemi gerçekleştirme kapasitesine olan inanç	-Eylemin gerçekleştirilmesi için eğitim ve rehberlik sağlama -İlerleyici hedeflerin konması -Sözlü pekiştirme -İstenecek davranışları gösterme -Endişeyi azaltma
Davranışla İlgili İpuçları (Bireysel Duyarlılık Algısı)	Hazır bulunuşluk, o aktive etme stratejileri	-Bildiğin ulaşmayı sağlamak -Farkındalığı güçlendirmek -Diğer sistemleri harekete geçirmek

Kaynak: Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4, 45-65.

2.9. Sigara Bırakmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Birçok hastalık için morbidite ve mortalite nedeni olan tütün kullanımı önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Bu konu aynı zamanda birey, aile ve topluma yarattığı olumsuz etkiler nedeniyle daha da önemli hale gelmektedir (Otto, 2013; Yılmaz, 2022). Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) '**Hemşireler için Tütünsüz Bir Yaşam**' başlıklı yayını, hemşirelerin tütün kontrolündeki kritik rolünü vurgulamaktadır. Bu yayında, koruyucu sağlık çalışmalarında hemşirelerin liderlik yapma, meslektaşlarına destek olma ve halk sağlığı politikalarına aktif katılım gösterme sorumluluklarına değinilmektedir. Ayrıca, hemşirelerin çalıştıkları her

alanda sigara kullanımının önlenmesi ve bırakılması konusunda öncü ve etkili bir rol üstlendikleri ifade edilmektedir (ICN, 2005).

Tütün kullanımı ile mücadelede en önemli aşama tüm toplumun bilinçlendirerek kullanımı başlanmasının önlenmesidir. Bir diğer aşama ise kullanılan ürünü bırakmaya ilişkin girişimlerin uygulanmasıdır. Sigara bırakma programlarındaki en önemli faktörü bireyin konuya ilişkin tutum ve davranışları oluşturmaktadır. Hemşireler tütün kullanımı açısından riskli gruplar ve risk faktörleri olan bireylerin sağlık davranışlarını tanırlar, eğitim ve danışmanlık hizmeti verebilirler (Otto, 2013; Yılmaz, 2022). Ayrıca hemşireler, kullanıcı bireyler için bırakma evrelerinin her birinde aktif eğitim ve motivasyonel destek ile olumlu davranış girişimlerine katkı sağlarlar. Farklı sağlık gereksinimleri olan bireylerle birebir çalışan hemşireler, tütünle mücadele programında da etkin rol alabilirler (Yılmaz, 2022). Tütün ve tütün ürünlerini bırakmak için bireylere eğitim vermek ve önerilerde bulunmak, kullanıcıların bırakmaları da hazır olduğu evrelerini de tanımlayarak tütünle mücadeleye destek olmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sürdürülmesi gereken aktivitelerden biridir (Yılmaz, 2022).

Halk sağlığı hemşireleri, evler, okullar, iş yerleri, huzurevleri, cezaevleri, tutukevleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri gibi yaşamın birçok alanında aktif olarak görev yapan sağlık hizmeti sunucularıdır (WHO, 2012). Halk sağlığı hemşireleri, farklı alanlarda sigara bıraktırma girişimlerinde bulunmaktadır. Ev ziyaretleri sırasında riskli gebelere prenatal, antenatal ve postnatal dönemlerde yoğun davranışsal destek sağlanırken (Griffis ve ark., 2016; Robling ve ark., 2016), okul hemşireliği hizmetleri kapsamında adölesanlara sigara bırakma, sigaranın zararları ve korunma yöntemleri hakkında kısa danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır (Pbert ve ark., 2011). Aile sağlığı hizmetleri kapsamında erişkinlere sigara bırakma desteği sağlanmaktadır (Hubbart ve ark., 2016). Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hemşireler, toplum ile daha yakın ilişki içindedirler. Bu nedenle toplum tarafından kabul görme oranlarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum, toplum tabanlı sigara bıraktırma müdahalelerinin koruyucu sağlık hizmetleriyle entegre edilmesi ve halk sağlığı hemşirelerinin bu süreçte aktif rol

almasının önerilmesini desteklemektedir (WHO, 2014; Cordell ve Buckle, 2013). Halk sağlığı hemşireleri, sağlık eğitimlerinde aktif rol olarak bireyleri sigara bırakma konusunda motive edebilecek yetkinliklere sahiptir. Eğitici rollerinin yanı sıra rehberlik ve danışmanlık yaparak, sigaraya bağlı hastalıklar ortaya çıkmadan önce bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme yönünde çalışırlar (Marcus-Varwijk ve ark., 2020).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma “ön test-son test kontrol gruplu” randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır (Clinical Trials Number: NCT05910203).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kayseri il merkezinde bulunan görme engelli bireylere yönelik faaliyet gösteren Altı Nokta Körler Derneği Kayseri şubesinde Aralık 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Derneğin fiziki yapısı görme engelli bireyin ihtiyaç duyduğu tüm fiziksel erişim özelliklerine sahip olup görme engelli bireylerin bağımsız bir şekilde dernek faaliyetlerine (sosyal etkinlik, müzik dinletisi, eğitsel faaliyetler vb) katılım sağlamasını desteklemektedir. Dernekler haftanın her günü 09:00 ile 21:00 saatleri arasında açık bulunmakta ve dileyen dernek üyeleri belirtilen saatlerde dernek binasında bir araya gelmektedirler. Dernek, şehir merkezinde yer alan bir iş merkezinin 6. katında yer alan bir ofiste faaliyet göstermektedir ve bina içerisinde asansör yer almaktadır. Bina içerisinde yer alan ofise ait balkon bulunmamaktadır. Dernek içerisinde sigara içilmesine izin verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kayseri ilinde görme engelli bireylere yönelik faaliyet gösteren Altı Nokta Körler Derneği Kayseri Şubesine kayıtlı 100 görme engelli bireyden oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi kullanılarak (G power 3.1.9.7), örnekleme alınması gereken en az birey sayısı tespit edilmiştir. Güç analizi, istatistiksel bir testin gücünü (yani yanlış reddetme olasılığını) hesaplamak için kullanılır. Bu analiz, araştırma tasarımını optimize etmek ve istatistiksel sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla yapılır. Araştırma tasarımına ve hipoteze bağlı olarak, belirli bir güç düzeyine ulaşmak için gereken minimum örneklem büyüklüğü belirlenir. Hedeflenen sigara bırakma oranı %30 olarak alınmış ve örnekleme alınması gereken görme engelli birey sayısı; Güç = 0.8 (beta = 0.2), alfa = 0.05 ve etki büyüklüğü = 0.981 için örneklem büyüklüğü 34 (Her bir grup için 17) olarak belirlenmiştir. Kayseri Altı Nokta Körler Derneğine kayıtlı

görme engelli bireylere tanımlayıcı form uygulanarak sigara içme alışkanlığı olan bireyler belirlenmiştir. Uygulanan anket sonunda 40 görme engelli bireyin sigara içtiği tespit edilmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup sigara içen ve araştırmaya katılmayı kabul eden müdahale grubuna 20, kontrol grubuna 20 görme engelli birey olmak üzere 40 görme engelli bireyin örnekleme dâhil edilmiştir.

Örnekleme alınan görme engelli bireylerin görme engeli düzeyleri %90 ve üzeri (tama yakın) ve %30-49 (orta derecede görme kaybı) arasında değişmektedir.

3.4. Araştırmada Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Görme engelli olmak
- 18 yaş üzeri olmak
- Zihinsel ve bilişsel olarak herhangi bir sorunun olmaması
- Son bir ay boyunca günde en az 1 adet sigara içmek (Aksoy, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2010)

3.5. Araştırmada Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altında olmak
- Zihinsel ve bilişsel olarak herhangi bir sorun yaşayan bireyler
- Sigara içmeyen bireyler

3.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Kendi isteğiyle çalışmadan çıkmak istemek
- Araştırma sürecinde zihinsel ve bilişsel bir engelin oluşması

3.7. Randomizasyon

Randomizasyon işlemi, önyargının önlenmesi ve sonuçları etkileyebilecek faktörlerin dengelenmesi için bir istatistik uzmanı tarafından yürütülmüştür. Sigara içen görme engelli katılımcılar seçildikten sonra ve onların onayı alındıktan sonra, randomizasyon uygulanmıştır. Güç analizi sonuçlarına göre, örneklem büyüklüğü n=20 olarak belirlenmiş ve toplam n=40 olan evren içinden cinsiyet, yaş ve engellilik

seviyesine göre tabakalaştırma yapılarak randomize kontrollü çalışmanın grupları oluşturulmuştur. Randomizasyon sonuçlarına dayanarak, müdahale ve kontrol gruplarına dâhil edilecek görme engelli bireyler, istatistik uzmanı tarafından R programının randomizeR paketi kullanılarak seçilmiş ve listelenmiştir. Görme engelli katılımcıların onayları alındıktan ve randomizasyon gerçekleştirildikten sonra, hangi grupta yer alacakları hem araştırmacıya hem de katılımcılara bildirilmiştir.

3.8. Körleme

Çalışma sürecinde, girişim araştırmacı tarafından uygulandığı için körleme sağlanamayacağından, araştırmacı körlemeden dışlanmıştır. Körleme, istatistiksel analiz ve raporlama açısından gerçekleştirilmiş olup, veri analizini yapan istatistik uzmanı körlenmiştir. Araştırma verileri müdahale ve kontrol grupları belirtilmeden (X grubu ve Y grubu) kodlanarak veri tabanına aktarılmıştır. İstatistiksel analizler istatistik uzmanı tarafından yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra, araştırmacı müdahale ve kontrol grupları için yapılan kodlamaları açıklamıştır. Bu süreçle birlikte istatistiksel yanlılık, saptama yanlılığı ve raporlama yanlılığı kontrol altına alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız ve Kontrol Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Sigara bırakma müdahalesinin sonuçları (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı, SİM göre sigara bırakma ölçeği puanı, Karbonmonoksit ölçüm değeri, hemoglobın değeri).

Bağımsız Değişkenler: SİM'e yapılandırılmış yüz yüze uygulanan hemşirelik girişimi (eğitimi içeren sigara bırakma müdahalesi, periyodik izlem).

Kontrol değişkenleri: Cinsiyet, yaş ve görme engellilik düzeyi (Resmi Gazete, 2019), birincil ve ikincil ölçüm sonuçları

3.10. Veri Toplama Formları

Görme engelli bireylerin sigara bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi amacı ile Kişisel Bilgi Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği (SİM-SBÖ) kullanılmış ve Karbonmonooksit (CO) ve Hemoglobın(Hbg) değerlerinden yararlanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-1):

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Arslan, 2014; Kördeve, 2017; Kaya ve Ergün, 2020; Kurçer ve Erdoğan, 2020) geliştirilen form; görme engelli bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, aile tipi, yaşanılan yer) içeren 16 soru (1-16), görme engeli durumu ile ilgili özelliklerini (görme engelinin oluşma zamanı, görme engeli derecesi, görme engeli nedeniyle yardımcı cihaz kullanma durumu, görme engeli dışında bir engelinin olup olmaması, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyup duymaması, bilgiye erişimde tercihi) içeren beş soru (17-21) ve sigara içme özelliklerini (sigara içme durumu, sigara içme sayısı, sigara içtiğini bilen kişiler, evde sigara içen birey varlığı, daha önce sigara bırakma girişimi olup olmama durumu, sigaranın sağlığı etkileme durumu, sigaranın göz sağlığı üzerine etkisi, sigaraya ulaşım durumu, sigara içmeyi bırakmayı isteme durumu) içeren dört soru (22-25) olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu olası veri kaybının önüne geçmek için araştırmaya katılan görme engelli bireylere araştırmacı tarafından tek tek okunarak doldurulması sağlanmıştır.

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

Dr. Karl Fagerström'ün 1978'de geliştirdiği ve bireylerin nikotin bağımlılığını ölçmek için kullanılan test, 1992 yılında Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından gözden geçirilmiş ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) olarak adlandırılmıştır. FNBT, 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Test, altı sorudan oluşur ve her soru için farklı puanlar verilir. Testin güvenilirliğini ölçen Cronbach Alfa katsayısı 0,56 olarak belirlenmiştir. Her bir madde 0, 1, 2, 3 puan değerinde olup, testten alınabilecek toplam puan 0 ile 10 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği, sigara bağımlılığının şiddetini göstermektedir. Toplam puanlara göre bağımlılık düzeyi; düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (7-10 puan) düzey bağımlılık olarak üç farklı dereceye ayrılmıştır (Uysal ve ark., 2004; Selçuk ve ark., 2018).

Çizelge 3. Araştırmada Kullanılan FNBT Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyut ve Toplam	Ön izlem	I. Ara izlem	II. Ara izlem	Son izlem
FNBT	0,628	0,511	0,521	0,415

Araştırmaya katılan görme engelli bireyler için olası veri kaybını önlemek amacıyla, araştırmacı ölçek maddelerini tek tek okumuş ve katılımcının yanıtlarını alarak işaretlemeleri gerçekleştirmiştir (FNBT).

Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği (SİM-SBÖ)(EK-3):

SİM'e Göre Sigara Bırakma Ölçeği (SİM-SBÖ) 2020 yılında Kurçer ve Erdoğan tarafından geliştirilmiştir. On dokuz maddeden oluşan ölçek beşli likert tipinde olup, 0 ile 4 puan arasında değerlendirilmektedir. “Kesinlikle katılmıyorum” (0), “katılmıyorum” (1), “kararsızım” (2), “katılıyorum” (3), “tamamen katılıyorum” (4) şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 76 olarak belirlenmiştir. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0.803 ile 0.831 arasında değişmektedir ve ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. SİM alt boyutlardan duyarlılık algısı, önem algısı, yarar algısı ve eyleme yönlendiriciler puanı yükseldikçe bireylerin sigara bırakma polikliniğe başvurma durumları giderek artmaktadır ve sigarayı bırakmayı düşünmeye başlama durumlarında da olumlu bir yükselme gözlemlenmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.820 olarak hesaplanmıştır (Kurçer ve Erdoğan, 2020). SİM-SBÖ olası veri kaybının önüne geçmek için araştırmaya katılan görme engelli bireylere ölçek maddelerini tek tek okumuş ve yanıtlarını alarak işaretlemeleri gerçekleştirmiştir. Araştırmaya başlamadan önce ölçek kullanım izni alınmıştır. Bu araştırmadaki Cronbach Alfa katsayısını yazalım buraya

Çizelge 4. Araştırmada Kullanılan SİM-SBÖ Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyut ve Toplam	Ön izlem	Ara izlem	Ara izlem	Son izlem
SİM-SBÖ	0,845	0,838	0,835	0,851
Duyarlılık algısı	0,802	0,790	0,834	0,841
Yarar algısı	0,727	0,689	0,740	0,675
Önem algısı	-	-	-	-
Engel algısı	0,060	0,403	0,267	0,316
Eyleme geçiriciler	0,357	0,410	0,487	0,391
Öz yeterlilik	-	-	-	-

Karbonmonoksit (CO) Ölçümü (EK-6):

Ölçümler, katılımcılarla yüz yüze görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından "TABATABA CO-Tester (Verilen nefesdeki CO için analizör)" cihazı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu cihaz, ekspiryum havasındaki karbon monoksit (CO) seviyelerini ölçmek için kullanılmıştır. TABATABA CO-Tester cihazı, sigara bırakma programlarında, CO zehirlenmelerinin teşhisinde ve hava kalitesi kontrollerinde yaygın olarak kullanılan bir cihazdır. Ekspiryum havasındaki CO düzeyleri ppm (milyonda parçacık sayısı) cinsinden gösterilmektedir.

Değerlendirme sırasında ölçüm yapılacak kişiler için, üfleme yapılacak olan T şeklindeki parçaya monte edilebilen tek kullanımlık ağızlık kullanılmıştır.

Ölçümler ile elde edilen değerler CO ölçüm cihazı içerisinde yer alan kılavuz rehberliğinde verilen CO ölçüm değerleri esas alınarak gruplandırma yapılmıştır. Cihaz içerisindeki kılavuzda yer alan ölçüm değerleri; İçmeyen, tedavi gerektirmez (0-2 ppm), Ara sıra içen, tedavi yardım edebilir (3-9 ppm), Düzenli içici, tedavi önerilir (10-19ppm), Ağır içici, tıbbi yardım önerilir (20ppm ve üzeri) şeklinde gruplandırılarak analizler yapılmıştır.

Hemoglobin (HGB) Ölçümü (EK-7):

Ölçümler katılımcılar ile yapılacak olan yüz yüze görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından Mission Ultra Hb ölçüm cihazı kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların parmaklarından alınan bir damla kan ile ölçüm yapılmış ve sonuçlar kaydedilmiştir. Ölçümler sonucu elde edilen veriler DSÖ öneri

kılavuzu doğrultusunda gruplandırılarak bilgisayar paket programında kodlanmıştır (WHO, 2011). Kodlama kadınlar için; Düşük (12 gr/dL ve altı), Normal (12,1-15 gr/dL), Yüksek (15.1 gr/dL ve üzeri) olarak ve erkekler için ise; Düşük (13 gr/dL ve altı), Normal (13.1-17 gr/dL) ve Yüksek (17,1 gr/dL ve üzeri) olarak gruplandırılmıştır.

SİM Rehberliğinde Görme Engelli Bireyler İçin Sigara Bırakma Eğitim Kitapçığı (EK-4)

Eğitim, görme engelli bireylerin bilgiye ve yazılı materyallere erişim özelliklerine göre uyarlanmış olan "SİM Temelli Sigara İçme Alışkanlığı ve Davranışlarını Değiştirme Eğitimi" adlı programdır. Araştırmacı tarafından hazırlanan SİM'e dayalı eğitim rehberi ve verilecek olan eğitim materyali Aksaray Üniversitesi Engelli Birim Koordinatörlüğü danışmanlığında hazırlanmış ve alanında uzman üç görme engelli eğiticisi, sigara bıraktırma içeriğine yönelik hemşirelik alanında üç uzmanın görüşüne sunulmuş öneriler doğrultusunda düzenlemeleri yapılmıştır. Eğitim kitapçığı, büyük punto yazılar ve Braille (kabartma yazı) yazı formatında hazırlanmıştır. Az gören katılımcılar için büyük puntoda yazılmış kitapçıklar verilirken, görmeyen bireylere Braille yazı formatında verilmiştir. Sunumlar esnasında bu kitapçıklar katılımcıların önünde hazır şekilde bulundurulmuş ve eğitim oturumlarında araştırmacı, açıklama, anlatım, tartışma ve soru-cevap yöntemlerini kullanmıştır.

Eğitim içeriği, SİM'e dayalı olarak belirlenmiş konulara uygun olarak şekillendirilmiştir.

Genel sağlık değeri: Görme engelli bireylere hastalıklardan korunmak, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için sağlıkla ilgili genel bilgilerin öğretilmesini amaçlar. Bu kapsamda bireylere sağlıkla ilgili bilgiler verilerek kaliteli bir yaşamın önemi vurgulanmıştır.

Ciddiyet algısı: Tehdit edici durum, bireyde yarattığı endişeleri ifade eder. Kişi sağlık probleminin ciddi olduğuna inanır ve bu ciddiyet algısı genellikle tıbbi

bilgi veya deneyime dayanırken aynı zamanda hastalığın yaratacağı zorluklar veya genel yaşam etkileriyle ilgili inançlardan da kaynaklanabilir. Görme engelli bireylerde sigaranın vücut üzerinde özellikle göz sağlığı üzerindeki tahribatından bahsedilerek, sigaranın verdiği zararın ciddiyetinin farkındalığı artırılmaya çalışılmıştır.

Yarar algısı: Sağlığı geliştiren davranışlar, hastalığa yakalanma riskini azaltmada önemli bir rol oynar. Bir kişi, koruyucu sağlık önlemlerini almanın, hastalık riskini düşüreceğine veya hastalığın etkilerini hafifleteceğine inanmaktadır. Bu inanç, hastalığa yakalanma ihtimalinin azalacağı beklentisiyle ilişkilidir. Algılanan bu fayda, kişinin sağlıklı davranışları benimsemesi için olan motivasyonunu artırır. Sigara içme davranışından vazgeçmenin görme engelli bireylerde yaratacağı faydalar ve özellikle göz sağlığına olan olumlu etkileri bu açıdan vurgulanmıştır

Engel algısı: Sağlık davranışlarını gerçekleştirmenin ne kadar zor olduğunu düşünmek, kişinin algıladığı engellerle ilgilidir. Bu, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran faktörleri içeren algılarla ilgilidir. Kişi, bir davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azalttığında, davranış gerçekleştirilir. Görme engelli bireyler, sigara içme davranışını bırakmalarını engelleyen faktörleri tanımlamak amacıyla yönlendirilmiştir.

Sağlık motivasyonu (Özyeterlilik): Motivasyon, bir eylemi gerçekleştirme veya bir davranış sergileme isteği veya durumudur. Sağlığın sürdürülmesi veya geliştirilmesi için genel niyet ve isteği ifade eder. Görme engelli bireyler sigara içme davranışını değiştirdiklerinde ortaya çıkacak değişiklikler üzerinde durularak, göz sağlığını korumanın önemi vurgulanmıştır.

Bireysel duyarlılık algısı (Davranışla ilgili ipuçları): Birey, sağlık durumunda olası bir tehdidi algılar ve belirli bir hastalık oluşma riskine karşı bir tepki geliştirir. Bu, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığını ve hissettiğini ifade eder. Görme engelli bireylerin göz sağlığını korumak ve görme düzeyinin

azalmasını engellemek için yapabilecekleri uygulamalar anlatılmış ve sigara içme davranışının göz sağlığı üzerinde nasıl etkileri olabileceği üzerinde durulmuştur.

SİM Rehberliğinde Görme Engelli Bireyler İçin Sigara Bırakma Eğitimi Öğretim Planı (EK-5):

Eğitim, araştırmacı tarafından birebir ve yüzyüze, görme engelli bireylerin öğrenme ve bilgiye erişim yöntemi tercihine uygun olarak büyük puntolu, Braille kabartma yazı baskılı ya da sesli olarak hazırlanmış olduğumuz SİM Rehberliğinde Görme Engelli Bireyler İçin Sigara Bırakma Eğitim kitapçığı rehberliğinde, her biri birer hafta aralıklarla ve 45-60 dakika olarak gerçekleştirilen üç oturum halinde uygulanmıştır. Ayrıca görme engelli bireylere vermiş olduğumuz eğitimin daha anlaşılır ve kalıcı olması amacıyla üç boyutlu akciğer modeli kullanılmıştır. Aynı zamanda eğitim kitapçığında kullanılan resimler de Braille kabartmalı olarak yer almaktadır. Kullanılan resimlerin daha anlaşılır olması için uzman görüşleri dikkate alınarak resimlerin alt kısımlarına Braille kabartma şeklinde betimlemeleri de konmuştur. Yapmış olduğumuz bu uygulamalar görme engelli bireyler tarafından olumlu karşılanmış olup verilen eğitimin daha kalıcı olduğu sözel olarak ifade edilmiştir. Ayrıca az gören bireyin kullanım tercihine göre büyüteç kullanılmıştır.

3.11. Araştırmacının Niteliği (EK-10):

Araştırmacı, araştırmaya başlamadan önce Aralık 2023'te GPower Programı kullanarak Sağlık Bilimlerinde Güç Analizi ve Deneysel Çalışmalarda Tasarım ve Örneklem Genişliği Belirleme (Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma Planlama) konularında bir kursa katılmış ve ilgili eğitimini tamamlamıştır.

3.12. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın ilk aşamasında, Aralık 2023 tarihinde evrenin tamamına ulaşılmak suretiyle Altı Nokta Körler Derneği Kayseri Şubesi'ne kayıtlı görme engelli bireylere dernek binası içerisinde Kişisel Bilgi Formu (EK1) uygulanmıştır. Bu aşamada, son bir ay içerisinde günde en az bir kez sigara içen bireyler tespit edilmiştir. Ardından, sigara içen ve araştırmaya katılmayı kabul eden görme engelli

bireylere, çalışmanın amacı, süresi, yürütülme şekli ve katılımcıların gizlilik hakları konusunda detaylı bilgi verilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden görme engelli bireylere bilgilendirilmiş onam formu gönderilmiş ve onay aldıktan sonra istatistik uzmanı tarafından tabakalı randomizasyon işlemi uygulanmıştır. Randomizasyon sonuçlarına göre müdahale ve kontrol gruplarına alınacak görme engelli bireyler belirlenmiş, listelenmiş ve araştırmacıyla paylaşılmıştır.

Belirlenen gruplardaki görme engelli bireyler Ocak 2024'te tek tek aranarak ilk görüşme için randevu oluşturulmuş ve yapılan görüşmeler sonucunda görme engelli bireylere hangi grupta oldukları bildirilmiştir. Belirlenen gün ve saatlerde dernek binası içerisinde her görme engelli bireyle birebir ve ayrı olarak yüz yüze görüşme yapılarak çalışma yürütülmüştür.

Görme engelli bireylere materyal geliştirilirken görme engelli bireylerin görme düzeyleri ve öğrenme stilleri dikkate alınmıştır. Görme engelli bireylerin görme düzeyleri göz doktoru tarafından verilen ve içeriğinde görme engeli düzeylerinin yüzdesel olarak verildiği ve görme kaybına neden olan hastalıklarının yer aldığı sağlık raporları (Resmi Gazete, 2019) ile araştırmacı tarafından tespit edilerek kaydedilmiştir. Bireylerle yapılan görüşmeler sırasında bireyin öğrenmesini kolaylaştırmak için gerekli bilgiler araştırmacı tarafından alınarak, eğitim materyalleri Aksaray Üniversitesi Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğü iş birliği ile bireye özgü olarak hazırlanmıştır. Bireylerin okuma düzeylerine göre büyük puntolu (Altunay-Arslantekin, 2012) ve Braille kabartma gibi yazılı materyal veya dinleme anlama ile anlayan görme engelli bireyler için sesli kitap oluşturulmuştur. Bunların yanı sıra anlatılacak konuya özgü olarak görme engelli bireylerin konuyu daha iyi anlayabilmesine imkân sağlayan üç boyutlu dokunsal materyaller (akciğer ve kalp modeli) (EK 9) kullanılmıştır. Üç boyutlu dokunsal materyaller anlatılacak konuya ya da verilecek eğitime özgü olarak geliştirilerek görme engelli bireylerin konuyu daha iyi anlamalarını ve zihinlerinde canlandırmalarını sağlamıştır. Üç boyutlu modeller araştırmacının kendisine ait üç boyutlu yazıcı kullanılarak üretilmiştir. Kullanılacak modeller mevcut hazır modellerden seçilmiş ve bunun yanı

sıra üç boyutlu model üretiminde Aksaray Üniversitesi Engelli Öğrenci Birimi Koordinatörlüğünden destek alınmıştır. Üretilen üç boyutlu modellere görme engelli bireyler dokunsal olarak erişeceği için modellerin üretiminde toksik olmayan doğal malzemelerden üretilen Biopolimer Polilaktik Asit (PLA) türü plastik, şeker kamışı ve mısır nişastasası başta olmak üzere bitkisel ürünlerden elde edilen bir plastik malzeme kullanılmıştır.

Eğitim Kitapçığı kişilerin görme durumuna göre büyük punto ya da kabartma olarak basılarak hazırlanmıştır.

a. Müdahale Grubu

İlk izlem (0. Ay): Görüşmeler her görüşme sırasında bir görme engelli birey olacak şekilde yapılmıştır. Görme engelli birey ile tanışma ve araştırma hakkında soruları cevaplandırıldıktan sonra FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Sonrasında öğretim planı doğrultusunda eğitimin ilk aşaması uygulanmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce eğitimin ilk kısmının özetlemesi yapılarak gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır. Görme engelli bireylere görüşmeyi sonlandırmadan önce hazırlanmış olan eğitim kitapçığı teslim edilmiştir. Müdahale grubu ile çalışmaya 20 kişi ile başlanmış olup görme engelli iki birey daha sonraki görüşmelere ailesinin izin vermemesi nedeni ile katılamayacağını ifade ederek araştırmadan ayrılmıştır. İlk görüşmelere Ocak 2024 tarihinde başlanmıştır.

İkinci Görüşme: İkinci görüşme ilk izlemden bir hafta sonra yapılmıştır. Eğitim öncesinde ilk izlemden konuşulan konular sorulmuş ve gerekli hatırlatmalar yapılmıştır. Öğretim planı doğrultusunda eğitimin ikinci aşaması uygulanmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce eğitimin ikinci kısmının özetlemesi yapılarak gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır.

Üçüncü Görüşme: Üçüncü görüşme ikinci görüşmeden bir hafta sonra yapılmıştır. Eğitim öncesinde ilk ve ikinci izlemden konuşulan konular sorulmuş gerekli hatırlatmalar yapılmıştır. Öğretim planı doğrultusunda eğitimin son aşaması uygulanmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce eğitimin genel özetlemesi yapılarak gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır.

Eğitim Sonrası İzlem (1. Ay): Eğitim sonrası izlem ilk izlemden bir ay, üçüncü görüşmeden bir hafta sonra yapılmıştır. Üçüncü görüşmeden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. İzlem süreçlerinin her biri görme engelli bireyler ile değerlendirilerek ve bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılarak izlemler sonlandırılmıştır. Yapılan ölçümler sonrasında müdahale grubunda yer alan iki görme engelli birey sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Eğitim öncesinde sigarayı bırakmayı istediklerini ve verilen eğitim ile harekete geçtiklerini ifade etmişlerdir. CO ölçümleri değerleri sigara içmeyen bireylerin değerleri ile benzerlik göstermektedir.

I. Ara İzlem (1. Ay): Birinci ara izlem eğitim sonrası izlemden bir ay sonra yapılmıştır (Şubat 2024). Eğitim sonrası görüşmeden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. İzlem süreçlerinin her biri görme engelli bireyler ile değerlendirilerek ve bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılarak izlemler sonlandırılmıştır. Yapılan ölçümler sonrasında müdahale grubunda yer alan iki görme engelli birey daha sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. CO ölçümleri değerleri sigara içmeyen bireylerin değerleri ile benzerlik göstermektedir. Birinci ara izlem sonunda toplam dört görme engelli birey sigarayı bırakmıştır.

II. Ara İzlem (3. Ay): İkinci ara izlem eğitim sonrası izlemden üç ay sonra yapılmıştır (Mayıs 2024). Birinci ara izlemden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. İzlem süreçlerinin her biri görme engelli bireyler ile değerlendirilerek ve bir sonraki görüşme tarihi kararlaştırılarak izlemler sonlandırılmıştır. Yapılan ölçümler sonrasında müdahale grubunda yer alan bir görme engelli birey daha sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. CO ölçümleri değerleri sigara içmeyen bireylerin değerleri ile benzerlik göstermektedir. İkinci ara izlem sonunda toplam beş görme engelli birey sigarayı bırakmıştır.

Son İzlem (6. Ay): Son izlem ilk izlemden altı ay sonra yapılmıştır (Temmuz 2024). İkinci ara izlemden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Yapılan ölçümler sonrasında müdahale grubunda yer alan bir görme engelli birey daha sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. CO ölçümleri değerleri sigara içmeyen bireylerin değerleri ile benzerlik göstermektedir. Son izlem sonunda toplam altı görme engelli birey sigarayı bırakmıştır.

Müdahale grubunda 20 görme engelli birey ile başlanılan çalışma iki görme engelli bireyin ailesinin izin vermemesi nedeni ile çalışmadan ayrılması sebebi ile 18 kişi ile tamamlanmıştır. Müdahale grubu göz önüne alındığı zaman sigara bırakma durumları %33.3 olarak tespit edilmiştir (Tablo 11).

b. Kontrol Grubu

İlk izlem (0. Ay): Görüşmeler her görüşme sırasında bir görme engelli birey olacak şekilde yapılmıştır. Görme engelli birey ile tanışma ve araştırma hakkında sorularını cevaplandırdıktan sonra FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır. Görüşme sonunda iki görme engelli birey şehir dışına taşınması bir görme engelli birey de ayağını kırması nedeni ile çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya Ocak 2024 tarihinde başlanmıştır. Çalışma süresince randevular kontrol grubunda yer alan görme engelli bireyler ile müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin karşılaşmayacakları şekilde ayarlanmıştır. Kontrol grubuna dahil olan 20 görme engelli birey ile başlanılan çalışma 17 görme engelli birey ile tamamlanmıştır.

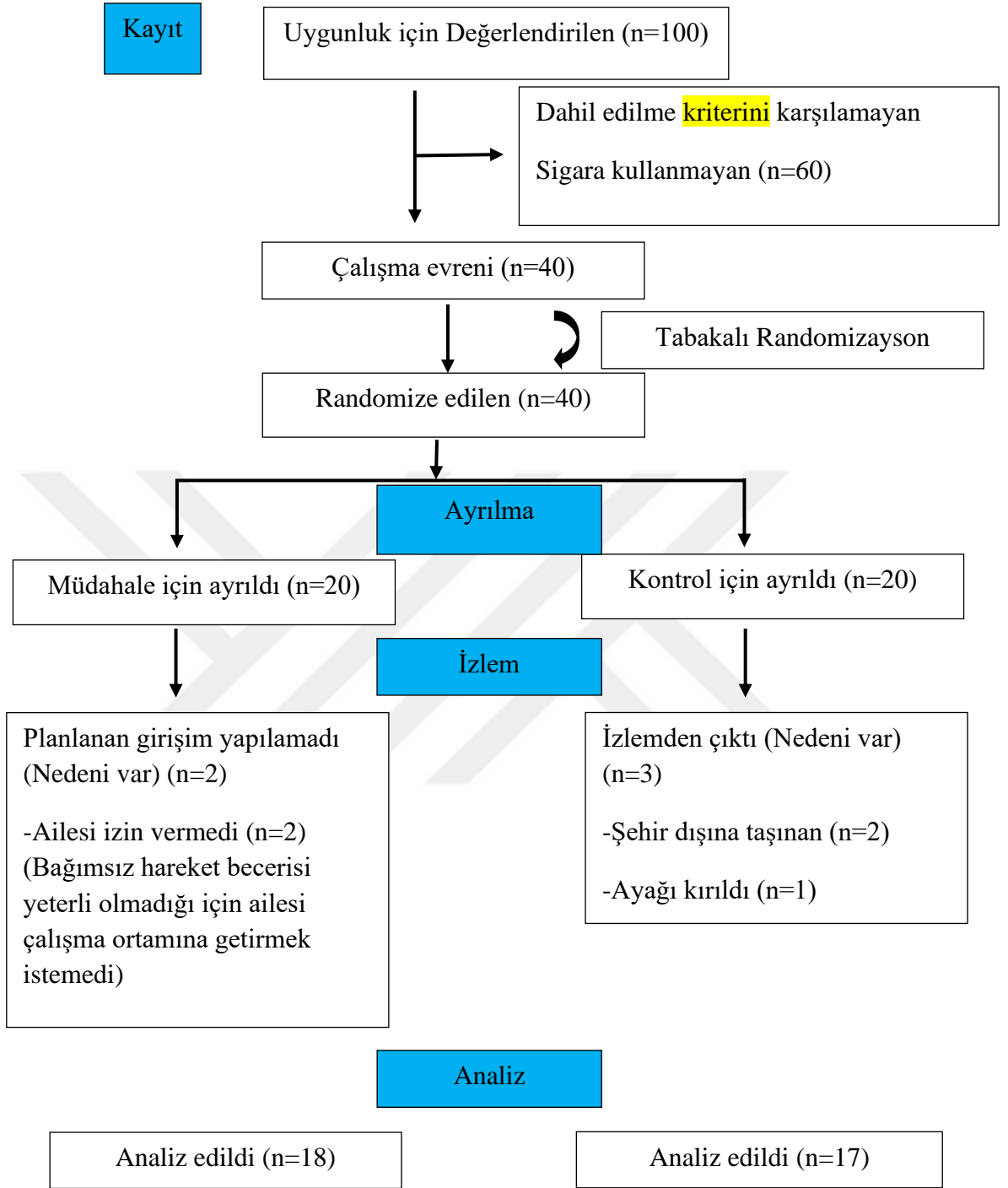
I. Ara İzlem (1. Ay): Birinci ara izlem ilk izlemden bir ay sonra yapılmıştır (Şubat 2024). Üçüncü görüşmeden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır.

II. Ara İzlem (3. Ay): İkinci ara izlem ilk izlemden üç ay sonra yapılmıştır (Nisan 2024). Birinci ara izlemden sonra görme engelli bireylerin sigara içme

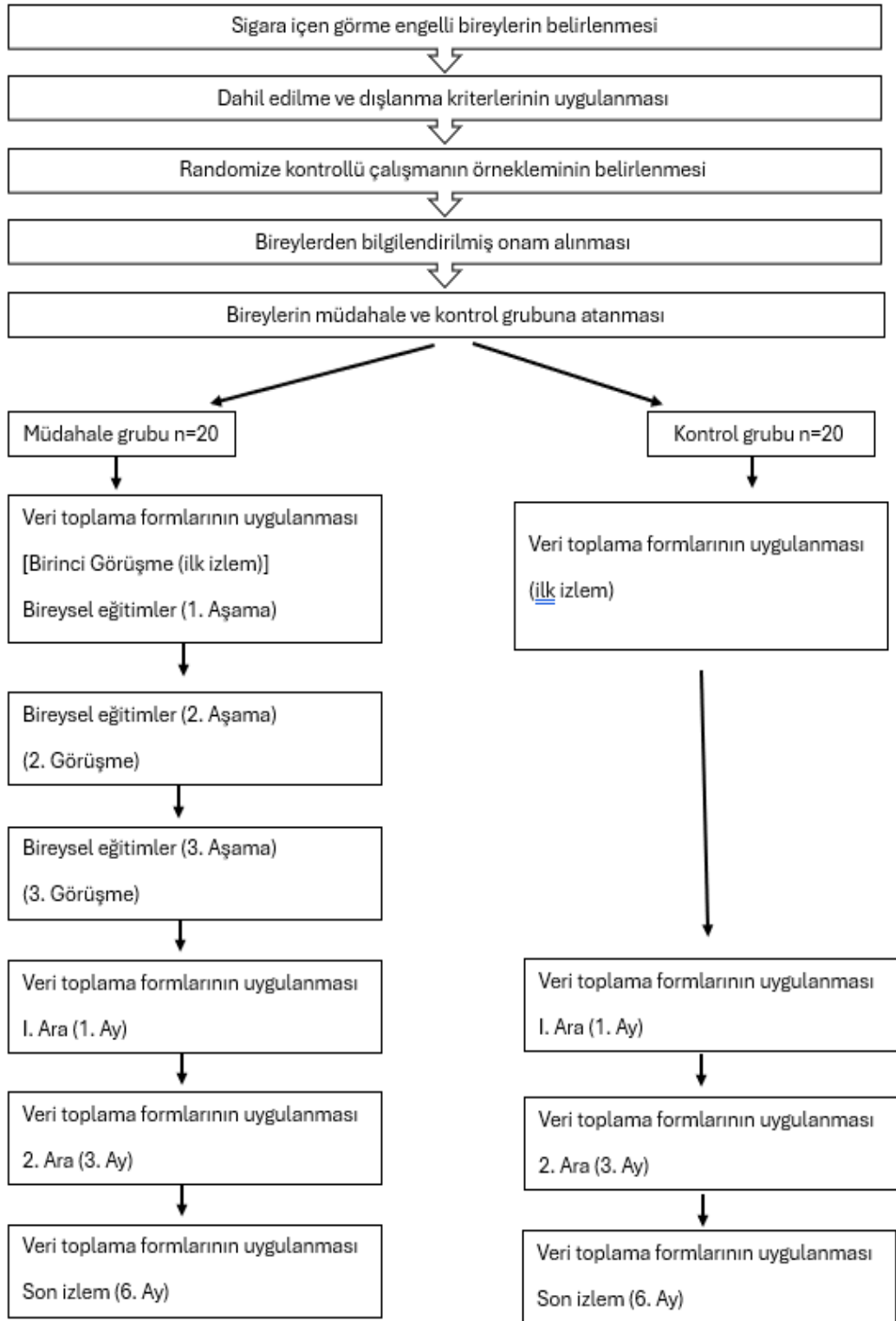
davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Görüşme sonlandırılmadan önce gelecek görüşmenin tarihi kararlaştırılmıştır.

Son İzlem (6. Ay): Son izlem ilk izlemden altı ay sonra yapılmıştır (Temmuz 2024). İkinci ara izlemden sonra görme engelli bireylerin sigara içme davranışında herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmiş ve FNBT (EK-2) ve SİM-SBÖ (EK-3) uygulanarak CO ve HGB ölçümleri alınmıştır. Kontrol grubuna dahil olan görme engelli bireylere kendi istekleri dahilinde son izlemden sonra bir gün ve saat belirlenip sigara bırakma eğitimi verilmiştir. Eğitim öncesinde çalışmaya katılmayı kabul eden görme engelli bireylere hazırlanmış olan eğitim materyali verilmiştir. Yapılan ölçümler sonrasında kontrol grubunda yer alan görme engelli bireylerin tamamı sigara içmeye devam ettiğini belirtmiştir. CO ölçüm değerleri de bireylerin beyanları ile uyumlu olarak bulunmuştur. Yirmi görme engelli birey ile başlanılan araştırma 17 görme engelli birey ile tamamlanmıştır.

Müdahale grubunda 18, kontrol grubunda 17 olmak üzere toplam 35 görme engelli birey ile araştırma sonlandırılmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Consort (2010) Akış Diyagramı



Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Şeması

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Çizelge 5.Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Ölçek güvenirliği ve iç tutarlığın değerlendirilmesi	Cronbach alpha katsayısı
Normallik Dağılımın belirlenmesi	Histogram grafikleri ve Shapiro-Wilk testleri
Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi	Ki-Kare, Man Whitney U testi, T test, yüzdeler, ortalama, standart sapma, medyan (min max),
Müdahale grubunun ilk izlem, ara izlem, son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Friedman Testi, cohran Q ki kare, yüzdeler, ortalama, standart sapma, medyan (min max),
Kontrol grubunun ilk izlem, ara izlem, son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Friedman Testi, yüzdeler, ortalama, standart sapma, medyan (min max),
Müdahale ve kontrol gruplarının ilk izlem, ara izlem, son izlem ortalamalarının karşılaştırılması	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, Friedman Testi, man whitney u testi, yüzdeler, ortalama, standart sapma, medyan (min max),
Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin karşılaştırılması	Wilcoxon testi, ortalama, standart sapma, medyan (min max),
Ölçeklerin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Spearman korelasyon analizi
Eğitim alan ve almayan gruplara ölçeklerin etkisi	Lojistik regresyon analizi
Sigara bırakmaya eğitim etkisi	Kaplan Meier analizi

Verilerin değerlendirilmesi için, SPSS (versiyon 27.0) istatistik paket programı ve R programı kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmış olup ikili grupların karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda normal dağılan ölçümlerde t testi, normal dağılmayan ölçümlerde Mann Whitney U testi yapılmıştır. İlişkisel çıkarımlarda Spearman Korelasyon analizi kullanılmış, iç geçerliliğin

belirlenmesinde Cronbach alfa kat sayısı, verilerin normallik dağılımında histogram grafikleri ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Sigara bırakmaya eğitimi etkisinin değerlendirilmesinde Kaplan Meier sağkalım analizi kullanılmıştır. Eğitimi alan ve almayan gruplara ölçeklerin etkisi için Logistik Regresyon modeli kurulmuştur.

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmuştur. Otonomi, gizlilik, adalet, zarar vermeme ve yararlılık ilkelerine titizlikle uyulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar No: 2022-04/13 Tarih: 27.04.2022) ve Kayseri Altı Nokta Körlere Derneği (Tarih: 11.07.2023 Sayı: 2023-15) tarafından yazılı izin alınmıştır. SİM-SBÖ kullanımı için gerekli izinler alınmıştır.

Görme engelli bireylere araştırma hakkında araştırmacı tarafından sözlü bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş olur formları büyük yazı puntoları veya Braille kabartma olarak hazırlanmıştır. Ek olarak, ekran okuma programı kullanmayı tercih eden katılımcılara e-posta ile bilgi iletilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden görme engelli bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine göre yürütülmüştür. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce görme engelli bireylere istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı vurgulanarak özerklik ve gizlilik ilkelerine uyulmuştur. Çalışmanın tamamlanmasının ardından kontrol grubundaki görme engelli bireylere grup şeklinde sigara bırakma eğitimi verilerek eşitlik ilkesine dikkat edilmiştir.

3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

3.15.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırmanın güçlü yanlarını oluşturan unsurlar arasında, yüksek kanıt düzeyine sahip Randomize Kontrollü Çalışma olması ve CO ve Hb ölçümü gibi objektif nicel verilerin kullanılması bulunmaktadır. Ayrıca, istatistiksel analizler ve raporlama sürecinde körleme (blinding) uygulanmıştır. Veri toplama araçları geçerlik ve güvenilirlik testlerinden geçmiş ölçeklerden oluşmaktadır. Verilerin analizlerinde

uygun istatistiksel yöntemler kullanılmış ve görme engelli bireylerin ihtiyaçları ve tercihleri dikkate alınarak düzenlenmiş görsel, dokunsal ve işitsel eğitim materyalleri sunulmuş, ayrıca eğitim sırasında üç boyutlu katı modeller kullanılmıştır.

3.15.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, çalışmanın sadece bir şehirde ve bir dernekte gerçekleştirilmiş olmasıdır.

3.16. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmada başlıca karşılaşılan zorluk, görme engelli bireylere ulaşarak kişisel bilgi formlarını doldurmalarını sağlamak olmuştur. Bununla birlikte bu zorluk, araştırmanın yazılı izin belgesinin mevcut olduğunu ve dernek başkanının bilgisi dâhilinde yürütüldüğünü paylaşarak ve araştırmacının iletişim becerilerini kullanarak aşılmıştır.

Diğer bir zorluk ise olumsuz hava koşulları nedeniyle görme engelli bireylerin dernek binasına ulaşmalarında zorluk yaşamaları ve buna bağlı olarak görüşme sürelerinin uzaması veya bir sonraki saat dilimine kayması şeklinde ortaya çıkmıştır.

Çizelge 6. Tez Çalışması Zaman Akışı

SÜRE	EKİM 2021	KASIM 2021	ARALIK 2021	OCAK – ŞUBAT 2022	MART – ARALIK 2022	OCAK- HAZİRAN 2023	TEMMUZ 2023	AĞUSTOS – KASIM 2023	ARALIK 2023	OCAK 2024	ŞUBAT- HAZİRAN 2024	TEMMUZ 2024	AĞUSTOS 2024	EYLÜL- KASIM 2024	ARALIK 2024	OCAK 2025
Literatür Tarama ve Konu Seçimi	■	■	■													
Kaynak İnceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Konu Önerisi		■														
Planlama		■	■	■												
Tez Projesinin Kabulü					■											
Etik İzin ve Onay Alma					■		■									
Girişimler									■	■						
Veri Toplama									■	■	■					
Veri Girişi										■	■	■				
Veri Analizi											■	■	■			
Tez raporunun yazımı											■	■	■	■	■	
Tez savunması																■

4.BULGULAR

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Grup				Toplam	Test	p	
	Kontrol	Müdahale	n	%				
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
18-30 yaş arası	4	23,5	6	33,3	10	28,6	3,641**	0,162
31-45 yaş arası	10	58,8	5	27,8	15	42,9		
46-60 yaş arası	3	17,6	7	38,9	10	28,6		
Cinsiyet								
Erkek	14	82,4	14	77,8	28	80,0	0,114**	0,735
Kadın	3	17,6	4	22,2	7	20,0		
Eğitim durumu								
İlköğretim mezunu	1	5,9	3	16,7	4	11,4	1,016**	0,602
Ortaöğretim mezunu	4	23,5	4	22,2	8	22,9		
Yükseköğretim mezunu	12	70,6	11	61,1	23	65,7		
Medeni durum								
Evli	12	70,6	10	55,6	22	62,9	0,846**	0,358
Bekar	5	29,4	8	44,4	13	37,1		
Aile tipi								
Çekirdek	14	82,4	18	100,0	32	91,4	3,474**	0,031*
Geniş	3	17,6	0	0,0	3	8,6		
Çocuk sahibi olma								
Hayır	9	52,9	8	44,4	17	48,6	0,253**	0,615
Evet	8	47,1	10	55,6	18	51,4		
Aktif çalışma durumu								
Çalışıyor	13	76,5	10	55,6	23	65,7	1,85**	0,397
Çalışmıyor	2	11,8	5	27,8	7	20,0		
Emekli	2	11,8	3	16,7	5	14,3		
Sosyal güvence durumu								
Var	15	88,2	15	83,3	30	85,7	0,172**	0,679
Yok	2	11,8	3	16,7	5	14,3		
Ekonomik durum algısı								
İyi-Gelir giderden fazla	3	17,6	2	11,1	5	14,3	0,315**	0,854
Orta-Gelir gidere denk	9	52,9	10	55,6	19	54,3		
Kötü-Gelir giderden az	5	29,4	6	33,3	11	31,4		
Kronik hastalık durumu								
Evet	3	17,6	4	22,2	7	20,0	0,114**	0,735
Hayır	14	82,4	14	77,8	28	80,0		
Spor yapma durumu								
Evet	0	0,0	3	16,7	3	8,6	3,099**	0,078
Hayır	17	100,	15	83,3	32	91,4		

** : Ki-Kare Testi; *p<0,05

Araştırmaya katılan görme engelli bireylerin sosyodemografik özellikleri kontrol ve müdahale grubu olarak Tablo 1’de sunulmuştur. Görme engelli bireylerin %68,6’sının 35-60 yaşında %80’i erkek, %68,7’si yükseköğretim mezunu, %62,9’u evli ve %51,4’ çocuk sahibidir. Görme engelli bireylerin %65,7’si aktif olarak çalışmakta ve %85,7’sinin sosyal güvencesi vardır. Kontrol grubunun %0,0’ı müdahale grubunun %16,7’si spor yapmaktadır. Katılımcıların %80’i kronik hastalığa sahiptir. Araştırmaya katılan görme engelli bireylerin müdahale ve kontrol grupları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumları, medeni halleri, çocuk sahibi olma durumları, çalışma durumları, sosyal güvenceleri ekonomik durum algıları, kronik hastalığı oluma durumları ve spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireylerin aile tipleri arasında istatistik olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sigara İçme Özellikleri	Grup						Test	p
	Kontrol		Müdahale		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Evde başka sigara içen kişi olma durumu								
Evet	9	52,9	7	38,9	16	45,7	0,696**	0,404
Hayır	8	47,1	11	61,1	19	54,3		
Evde sigara içen kişinin kim olduğu								
Ebeveyn	0	0,0	3	42,9	3	18,8	11,124**	0,025*
Eş	3	33,3	2	28,6	5	31,3		
Çocuk	0	0,0	1	14,3	1	6,3		
Kardeş	0	0,0	1	14,3	1	6,3		
Evde yaşayan herkes	6	66,7	0	0,0	6	37,5		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu								
Evet	11	64,7	18	100,0	29	82,9	7,667**	0,006*
Hayır	6	35,3	0	0,0	6	17,1		
Sigara bırakmayı deneme yöntemi								
Kendi kendime denedim	10	90,9	14	77,8	24	82,8	0,825**	0,364
İlaç kullanarak	1	9,1	4	22,2	5	17,2		
Sigaranın göz sağlığını kötü etkilediğini düşünme durumu								
Evet	11	64,7	10	55,6	21	60,0	0,305**	0,581
Hayır	6	35,3	8	44,4	14	40,0		
Sigaraya ulaşım durumu								
Arkadaşım/aile bireyi benim için alıyor	2	11,8	1	5,6	3	8,6	0,43**	0,512
Kendim satın alıyorum	15	88,2	17	94,4	32	91,4		
Günlük içilen sigara sayısı								
Medyan(min-max)	20(6-35)		20(3-40)				-1,2007 ^{□□}	0,236
Ortalama ± ss	17,647±8,28		21,444±10,16					

**Ki-Kare Testi; ^{□□} bağımsız t testi; *p<0,05

Tablo 2’de görme engelli bireylerin sigara kullanımını ile ilgili özellikleri sunulmuştur. Tablo 2’ye göre katılımcıların %54,3’ünün evinde kendisinden başka sigara içen olmadığı, kendisinden başka sigara içenlerin %37,5’inde evdeki herkesin sigara içtiği belirlenmiştir. Katılımcıların %82,9’u daha önce sigarayı bırakmayı denediğini bildirmiştir. Sigara bırakma denemesi yapan katılımcıların %82,8’i sigara içmeyi kendi kendine bırakmayı denemiştir. Katılımcıların %60’ı sigaranın göz

sağlığını kötü etkilediğini düşünmektedir. Katılımcıların %91,4'ü sigarayı kendisinin satın aldığını belirtmiştir. Müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin günlük 21,444±10,16 adet sigara içtiklerini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan görme engelli bireylerin müdahale grubun da evde kendisinden başka ebeveyni sigara içen 3 kişi (%42,9), eşi sigara içen 2 kişi (%28,6), çocuğu içen 1 kişi (%14,3), kardeşi içen 1 kişi (%14,3) vardır. Müdahale ve kontrol grupların evde sigara içen kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda daha önce sigara bırakmayı deneyen 11 kişi (%64,7) müdahale grubunda 18kişi(%100) vardır. Kontrol ve müdahale grupları ile daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Engellilik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Engellilik Özellikleri	Grup						Test	p
	Kontrol		Müdahale		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Görme engelinin oluş zamanı								
Doğuştan	11	64,7	14	77,8	25	71,4	0,732**	0,392
Sonradan	6	35,3	4	22,2	10	28,6		
Görme engeli derecesi sınıflaması								
30-49 orta derecede görme kaybı	3	17,6	1	5,6	4	11,4	2,058**	0,560
50-69 ağır görme kaybı	4	23,5	7	38,9	11	31,4		
70-89 çok ağır görme kaybı	3	17,6	2	11,1	5	14,3		
90 ve üzeri tama yakın görme kaybı	7	41,2		44,4	15	42,9		
Görme engeline ek başka engeli olma durumu								
Evet	2	11,8	0	0,0	2	5,7	2,246**	0,134
Hayır	15	88,2	18	100,0	33	94,3		
Bilgiye erişim tercihi								
Dokunsal	3	17,6	5	27,8	8	22,9	0,549**	0,760
Görsel	7	41,2	6	33,3	13	37,1		
İşitsel	7	41,2	7	38,9	14	40,0		

**Ki-Kare Testi; *p<0,05

Araştırmaya katılan görme engelli bireylerin %71,4'ünün doğuştan engelli olduğu, %42,9'unun 90 ve üzeri (tama yakın) görme kaybına sahip olduğu, %94,3'ünün görme engeline ek bir engellerinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireylerin bilgiye erişim tercihleri istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre SİM-SBÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırması

	Kontrol		Müdahale		Toplam		Test	p	
	ortlama±ss	Medyan (min - max)	ortlama±ss	Medyan (min -max)	ortlama±ss	Medyan (min - max)			
SİM-SBÖ Toplam	Öntest	43,00± 12,28	44(8-66)	47,17±12,71	48 (21-71)	45,14±12,50	44(8-71)	179,5 [#]	0,386
	1.ay	42,59± 12,27	44(8-66)	41,28 ± 8,43	41 (28-57)	41,91±10,34	43(8-66)	116,5 [#]	0,232
	3.ay	42,06± 12,18	43(8-66)	42,28 ± 9,58	43,5(23-57)	42,17±10,76	43(8-66)	155 [#]	0,947
	6. ay	43,06± 12,43	44(9-66)	44,22 ± 9,77	43,5(22-70)	43,66±10,99	44(9-70)	0,309 [#]	0,759
	Test		4,707 ^{##}		8,847 ^{##}		9,544 ^{##}		
	p		0,195		0,031*		0,023*		
Algılanan Duyarlılık	Öntest	15,82 ± 6,33	16 (0-26)	17,11 ± 6,67	16 (4-28)	16,49 ± 6,44 ^A	16 (0-28)	-0,585 ^{ccc}	0,562
	1.ay	15,29 ± 6,43	16 (0-26)	14,78 ± 3,93	13 (9-22)	15,03± 5,22 ^{AB}	16 (0-26)	0,288 ^{ccc}	0,775
	3.ay	15,12 ± 6,51	16 (0-26)	14,83 ± 5,54	15 (5-26)	14,97 ± 5,9 ^{AB}	15 (0-26)	0,139 ^{ccc}	0,890
	6. ay	15,29 ± 6,67	16 (0-26)	16,22 ± 5,21	15,5 (5-28)	15,77± 5,89 ^{AB}	16 (0-28)	-0,460 ^{ccc}	0,648
	Test		1,16 ^{###}		2,329 ^{###}		3,068 ^{###}		
	p		0,335		0,111		0,047*		
Algılanan Ciddiyet	Öntest	2,41 ± 1,23	3 (0-4)	3,06 ± 1,11	3 (1-4)	2,74 ± 1,20	3 (0-4) ^A	202,0 [#]	0,110
	1.ay	2,35 ± 1,22	3 (0-4)	2,44 ± 0,98	3 (0-4)	2,40 ± 1,09	3 (0-4) ^{AB}	158,0 [#]	0,883
	3.ay	2,24 ± 1,25	2 (0-4)	2,39 ± 1,09	3 (0-4)	2,31 ± 1,16	3 (0-4) ^B	64,0 [#]	0,732
	6. ay	2,47 ± 1,18	3 (0-4)	2,67 ± 1,08	3 (0-4)	2,57 ± 1,12	3 (0-4) ^{AB}	168,0 [#]	0,636
	Test**		3,000 ^{##}		6,845 ^{##}		8,508 ^{##}		
	p		0,392		0,077		0,037*		
Algılanan Yarar	Öntest	13,35 ± 4,06	14 (0-19)	14,56 ± 4,25	15,50(6-20) ^A	13,97 ± 4,14	15(0-20)	181,0 [#]	0,369
	1.ay	13,41 ± 4,02	14 (0-19)	12,22 ± 3,19	13(7-17) ^B	12,80 ± 3,61	1 (0-19)	114,5 [#]	0,207
	3.ay	13,59 ± 4,08	14 (0-19)	12,94 ± 3,13	14(7-17) ^{AB}	13,26 ± 3,58	14(0-19)	128,0 [#]	0,434
	6. ay	13,53 ± 4,06	14 (0-19)	13,33 ± 2,70	14(8-18) ^{AB}	13,43 ± 3,38	14(0-19)	132,0 [#]	0,503
	Test**		2,100 ^{##}		9,234 ^{##}		5,491 ^{##}		
	p		0,552		0,026*		0,139		
Algılanan Engeller	Öntest	3,47 ± 1,91	4 (0-6)	3,28 ± 1,78	3 (1-7)	3,37 ± 1,82	4 (0-7)	0,310 ^{ccc}	0,759
	1.ay	3,53 ± 1,87	4 (0-6)	3,28 ± 1,27	3 (2-6)	3,40 ± 1,58	3 (0-6)	129,5 ^{ccc}	0,443
	3.ay	3,29 ± 1,93	3 (0-6)	3,67 ± 1,46	4 (1-6)	3,49 ± 1,69	4 (0-6)	-0,647 ^{ccc}	0,526
	6. ay	3,59 ± 1,84	4 (0-6)	3,28 ± 1,53	3,5 (1-6)	3,43 ± 1,67	4 (0-6)	0,545 ^{ccc}	0,590
	Test**		4,500 ^{##}		1,213 ^{##}		0,054 ^{##}		
	p		0,212		0,750		0,997		
t e r	Öntest	2,82 ± 0,95	3 (1-4)	3,11 ± 1,13	3,5 (1-4)	2,97 ± 1,04	3 (1-4)	183,5 [#]	0,290

Duyarlılık Algısı	1.ay	2,76 ± 0,90	3 (1-4)	2,89 ± 0,68	3 (1-4)	2,83 ± 0,79	3 (1-4)	168,5 [#]	0,573
	3.ay	2,76 ± 0,97	3 (1-4)	2,94 ± 0,73	3 (1-4)	2,86 ± 0,85	3 (1-4)	173,0 [#]	0,481
	6. ay	2,88 ± 0,93	3 (1-4)	3,06 ± 0,87	3 (1-4)	2,97 ± 0,89	3 (1-4)	172,5 [#]	0,487
	Test**		0,857 ^{##}		3,356 ^{##}		3,930 ^{##}		
	p		0,836		0,340		0,269		
	Öntest	5,12 ± 2,57	5 (0-9)	6,06 ± 1,89	5,5 (4-9)	5,60 ± 2,26	5 (0-9)	178,5 [#]	0,393
	1.ay	5,24 ± 2,56	6 (0-9)	5,67 ± 1,46	5 (3-9)	5,46 ± 2,05	5 (0-9)	157,0 [#]	0,892
	3.ay	5,06 ± 2,56	5 (0-9)	5,50 ± 2,18	5 (1-9)	5,29 ± 2,35	5 (0-9)	-0,550 [#]	0,586
	6. ay	5,29 ± 2,59	6 (0-9)	5,67 ± 1,81	5 (4-11)	5,49 ± 2,20	5 (0-11)	146,0 [#]	0,812
	Test**		3,000 ^{##}		1,587 ^{##}		2,306 ^{##}		
	p		0,392		0,662		0,511		

^{##}Friedman Test; [#]Man Whitney U Test; ^{###}Tek Yönlü Anova; [□]T Test; Ortalama ± Standart Sapma; Ortanca (Minimum – Maksimum) *p<0,05

Tablo 4'te, SİM-SBÖ ölçeğinin 0., 1., 3. ve 6. aylarda yapılan izlem ölçümlerine göre kontrol ve müdahale gruplarındaki tüm katılımcılarda tekrar edilen toplam puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Sonuçlara göre, ölçümler arasındaki fark genel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, müdahale grubundaki görme engelli bireylerin dört ölçüm sonucunda SİM-SBÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki görme engelli bireylerde ise bu dört ölçüm arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmadaki tüm bireylerin dört ölçümü karşılaştırıldığında ise SİM-SBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4'te SİM-SBÖ alt boyutlarından "Algılanan Duyarlılık" puanlarının kontrol ve müdahale gruplarında 0., 1., 3. ve 6. aylarda yapılan izlem ölçümlerine göre, kontrol grubunda 0., 1., 3. ve 6. aylardaki dört ölçüm arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p<0,05$). Müdahale grubunda da dört ölçüm arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p<0,05$). Tüm katılımcılar (kontrol ve müdahale grubu bir arada değerlendirildiğinde) arasında dört ölçümün sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir ($p<0,05$).

SİM-SBÖ alt boyutlarından "Algılanan Ciddiyet" puanlarının kontrol ve müdahale gruplarında 0., 1., 3. ve 6. aylarda yapılan izlem ölçümlerine göre, Kontrol grubunda dört ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubunda da dört ölçüm arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p<0,05$) ancak tüm katılımcılar (kontrol ve müdahale grupları birlikte değerlendirildiğinde) için dört ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

SİM-SBÖ alt boyutlarından "Algılanan Yarar" puanlarının kontrol ve müdahale gruplarında 0., 1., 3. ve 6. aylarda yapılan izlem ölçümlerine göre, kontrol grubunda dört ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubunda dört ölçüm arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuç, müdahale grubundaki bireylerin algıladıkları yararın zaman içinde değişim gösterdiğini ifade etmektedir. Tüm

katılımcılar için dört ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$).

SİM-SBÖ alt boyutlarından "Algılanan Engeller", "Öz Yeterlilik" ve "Duyarlılık Algısı" puanlarının kontrol ve müdahale gruplarında 0., 1., 3. ve 6. aylarda yapılan izlem ölçümlerine göre; kontrol, müdahale ve tüm katılımcılar için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

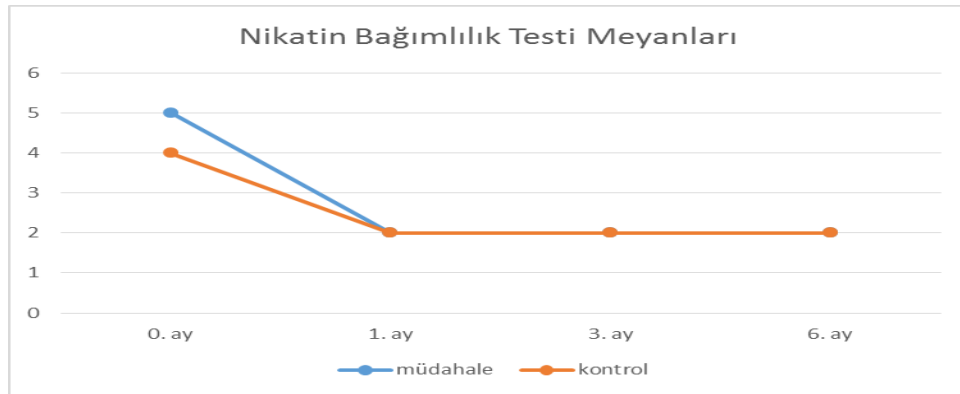


Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre FNBT Puan Ortalamaları Karşılaştırması

	Kontrol		Müdahale		Toplam		Test	p
Bağımlılık Öntest	4,06 ± 2,46	4 (0-7)	5,25 ± 1,91	5 (3-10)	4,55 ± 2,29	5 (0-10)	164 [#]	0,732
Bağımlılık 1.ay	1,88 ± 0,70	2 (1-3)	2,08 ± 0,67	2 (1-3)	1,97 ± 0,68	2 (1-3)	126,5 [#]	0,769
Bağımlılık 3.ay	1,82 ± 0,64	2 (1-3)	1,83 ± 0,72	2 (1-3)	1,83 ± 0,66	2 (1-3)	116 [#]	0,837
Bağımlılık 6. Ay	1,82 ± 0,64	2 (1-3)	1,75 ± 0,62	2 (1-3)	1,79 ± 0,62	2 (1-3)	96 [#]	0,762
Test	2,921 ^{##}		9,755 ^{##}		10,629 ^{##}			
p	0,404		0,021*		0,014*			

^{##}Friedman testi [#]Mann Whitney U Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum) *p<0,05

Tablo 5’de Çalışmaya katılan görme engelli bireylerin FNBT 0. ay, 1.ay, 3.ay ve 6. ay da yapılan ölçümlerinin kontrol müdahale ve tüm katılımcılarda dört tekrarın arasındaki fark ve her ölçüm için kontrol ve müdahale gruplarının arasında fark olup olmadığının verileri yer almaktadır. Yapılan tekrarlı ölçümlerin birbiri arasında ve kontrol grubuna dâhil olan görme engelli bireylerin dört tekrarlı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin FNBT dört tekrarlı ölçümünde istatistiksel olarak fark vardır (p<0,05). Çalışmaya katılan tüm bireylerin FNBT dört tekrarlı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).



Müdahale grubunda FNBT puanlarının ilk ölçümünde medyanı 5, 1. ay ölçümünde 2, 3. ay ölçümünde 2 ve son ölçümünde 2 olduğu görülmektedir. Medyanlardaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kontrol grubunda ise ilk ölçüm medyanı 4, 1. ay ölçümünde 2, 3. ay ölçümünde 2 ve son yapılan 6. ay ölçümünde 2 olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre HGB Düzeyi Dağılımları Karşılaştırması

HGB	Kontrol	Müdahale	Toplam	Test	p
Öntest	2,235±0,5 6 2(1-3)	2,278±0,4 6 3)	2(2-3) 1 2(1-3)	2,257±0,5	157# 0,909
1.ay	2,471±0,6 2 3(1-3)	2,389±0,5 3) 2,333±0,4	2(2-3) 6 2(1-3)	2,429±0,5	137# 0,613
3.ay	2,529±0,5 1 3(2-3)	2,333±0,4 2(2-3) 9	2(2-3) 2,429±0,5 2(2-3)	123#	0,335
6.ay	2,235±0,4 4 2(2-3)	2,111±0,3 2 3)	2(2-3) 8 2(2-3)	2,171±0,3	134# 0,546
Test	7,762##	5,25##	11,504##		
P	0,051	0,154	0,009*		

##Friedman testi #Mann Whitney U Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum) *p<0,05

Tablo 6’da çalışmaya katılan görme engelli bireylerin HGB Düzeyi 0. ay, 1. ay, 3. ay ve 6. ayda yapılan ölçümlerinin kontrol müdahale ve tüm katılımcılarda dört tekrarın arasındaki fark ve her ölçüm için kontrol ve müdahale gruplarının arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerin HGB düzeyi testi dört tekrarlı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0,05**). Yapılan analizde kontrol ve müdahale gruplarında yer alan görme engelli bireylerin hemoglobin değerleri arasında ve tekrarlı alınan hemoglobin değerler ölçümlerinin kendi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin İzlemlere Göre CO Düzeyi Dağılımları Karşılaştırması

CO	Grup				Toplam	Test	p	
	Kontrol		Müdahale					
Öntest	3,177±0,73	3(2-4)	3,222±0,65	3(2-4)	3,2±0,68	3(2-4)	157#	0,909
1.ay	3,177±0,73	3(2-4)	3,056±1,11	3(1-4)	3,114±0,93	3(1-4)	155#	0,935
3.ay	3,118±0,78	3(2-4)	2,833±1,2	3(1-4)	2,971±1,01	3(1-4)	139#	0,660
6.ay	3±0,71	3(2-4)	2,444±1,2	3(1-4)	2,714±1,02	3(1-4)	115#	0,219
Test *		7,2##		6,829##		11,976##		
p		0,66		0,078		0,007*		

##Friedman testi #Mann Whitney U Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum) *p<0,05

Tablo 7’de çalışmaya katılan görme engelli bireylerin CO Düzeyi 0. Ay, 1.ay, 3.ay ve 6. ay da yapılan ölçümlerinin kontrol müdahale ve tüm katılımcılarda dört tekrarın arasındaki fark ve her ölçüm için kontrol ve müdahale gruplarının arasında fark olup olmadığının verileri yer almaktadır. Müdahale grubunda Çalışmaya katılan tüm bireylerin CO testi dört tekrarlı ölçümleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (**p<0,05**).

Tablo 8. Müdahale Grubunda Eğitimin Etkisinin İncelenmesi

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Test	p
SİM-SBÖ Toplam Puan	47,17±12,71	48±(21-71)	43,72±7,87	44±(31-57)	-1,37***	0,170
SİM-SBÖ Duyarlılık Toplam Puan	17,11±6,67	16±(4-28)	16,28±3,18	16,5±(11-22)	-0,45***	0,652
SİM-SBÖ Önem Toplam Puan	3,06±1,11	3±(1-4)	2,89±0,76	3±(1-4)	-0,47***	0,638
SİM-SBÖ Yarar Toplam Puan	14,56±4,25	15,5±(6-20)	13,11±3,63	13±(7-20)	-1,25***	0,213
SİM-SBÖ Engel Toplam Puan	3,28±1,78	3±(1-7)	3,11±1,53	2±(2-6)	-0,24***	0,810
SİM-SBÖ Eyleme Geçiriciler Toplam Puan	6,06±1,89	5,5±(4-9)	5,44±1,42	5±(3-9)	-1,13***	0,258
SİM-SBÖ Özyeterlilik Toplam Puan	3,11±1,13	3,5±(1-4)	2,89±0,83	3±(1-4)	-0,73***	0,464
FNBT Toplam Puan	4,72±2,4	5±(0-10)	3,88±2,09	4±(0-7)	-1,63***	0,103
CO Düzeyi	3,22±0,65	3±(2-4)	3,17±0,99	3±(1-4)	-0,28***	0,782
HGB Düzeyi	2,277±0,46	2(2-3)	2,611±0,50	3(2-3)	-1,897***	0,058

*** Eşleştirilmiş iki örnek Wilcoxon testi *p<0,05

Tablo 8’ de Müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin, müdahale grubunda eğitim öncesinde ve sonrasında yapılan SİM-SBÖ, FNBT, CO ve HGB düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 9. Kontrol ve Müdahale Grubu Bağımlı Değişkenine Göre Çoklu Doğrusal Bağlantının İncelenmesi

	p	OR	95% CI
SİM-SBÖ puanı	0,668	0,985	0,918-1,057
FNBT puanı	0,499	0,850	0,530-1,362
CO Düzeyi	0,602	0,722	0,212-2,462
**** Logistik regresyon analizi *p<0,05			

Tablo 9’da kontrol grubu ile müdahale grubu bağımlı değişken olarak alınarak kurulan regresyon modelinde son ölçülen SİM-SBÖ puanı, FNBT puanı ve CO düzeylerinin etkisi incelenmiştir. OR değerleri 1'e yakın çıkmıştır. Bu durum SİM-SBÖ ile sonuç arasında çok zayıf bir negatif ilişki olduğunu, FNBT negatif (koruyucu) bir etkisi olabileceği ve CO için olası bir koruyucu etkiyi gösterse de anlamlı olmadığı için bu etkinin rastlantısal olabileceği söylenebilir. Değişkenler ile sonuç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. SİM Sigara Bırakma Ölçeği Toplam Puan Ortalaması, FNBT Toplam Puan Ortalaması ve CO Ölçüm Değerleri Arasındaki İlişki

		SİM-SBÖ Ön test	SİM-SBÖ Birinci ay	SİM-SBÖ Üçüncü ay	SİM-SBÖ Altıncı ay	FNBT Ön test	FNBT Birinci ay	FNBT Üçüncü ay	FNBT Altıncı ay	Bağımlılık Düzeyi Ön test	Bağımlılık Düzeyi Birinci ay	Bağımlılık Düzeyi Üçüncü ay	Bağımlılık Düzeyi Altıncı ay
SİM-SBÖ Ön test	r	1	,569 [□]	,811 [□]	,797 [□]	-0,048	-0,213	-0,031	-0,069	-0,161	-0,190	-0,122	-0,157
	p		0,000*	0,000*	0,000*	0,783	0,251	0,871	0,721	0,357	0,305	0,520	0,415
SİM-SBÖ Birinci ay	r	,569 [□]	1	,694 [□]	,721 [□]	-0,057	-0,115	-0,310	-0,215	-0,029	-0,090	-0,330	-0,290
	p	0,000*		0,000*	0,000*	0,743	0,536	0,095	0,262	0,869	0,630	0,075	0,127
SİM-SBÖ Üçüncü ay	r	,811 [□]	,694 [□]	1	,921 [□]	-0,043	-0,248	-0,099	-0,110	-0,107	-0,221	-0,136	-0,152
	p	0,000*	0,000*		0,000*	0,804	0,179	0,603	0,571	0,539	0,232	0,475	0,432
SİM-SBÖ Altıncı ay	r	0,797 [□]	0,721 [□]	,921 [□]	1	-0,092	-0,288	-0,280	-0,243	-0,134	-0,278	-0,301	-0,309
	p	0,000*	0,000*	0,000*		0,599	0,117	0,134	0,204	0,444	0,129	0,106	0,103
FNBT Ön test	r	-0,048	-0,057	-0,043	-0,092	1	,734 [□]	,617 [□]	,721 [□]	,920 [□]	,694 [□]	,505 [□]	,613 [□]
	p	0,783	0,743	0,804	0,599		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,004*	0,000*
FNBT Birinci ay	r	-0,213	-0,115	-0,248	-0,288	,734 [□]	1	,730 [□]	,772 [□]	,692 [□]	,922	,649 [□]	,650 [□]
	p	0,251	0,536	0,179	0,117	0,000*		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
FNBT Üçüncü ay	r	-0,031	-0,310	-0,099	-0,280	,617 [□]	,730 [□]	1	,908 ^{□ □}	,538 [□]	,704 [□]	,918 [□]	,879 [□]
	p	0,871	0,095	0,603	0,134	0,000*	0,000*		0,000*	0,002*	0,000*	0,000*	0,000*
FNBT Altıncı ay	r	-0,069	-0,215	-0,110	-0,243	,721 [□]	,772 [□]	,908 [□]	1	,664 [□]	,712 [□]	,832 [□]	,889 [□]
	p	0,721	0,262	0,571	0,204	0,000*	0,000*	0,000*		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bağımlılık Düzeyi Ön test	r	-0,161	-0,029	-0,107	-0,134	,920 [□]	,692 [□]	,538 [□]	,664 [□]	1	,769 [□]	,541 [□]	,688 [□]
	p	0,357	0,869	0,539	0,444	0,000*	0,000*	0,002*	0,000*		0,000*	0,002*	0,000*
Bağımlılık Düzeyi Birinci ay	r	-0,190	-0,090	-0,221	-0,278	,694 [□]	,922 [□]	,704 [□]	,712 [□]	,769 [□]	1	,733 ^{□ □}	,743 [□]
	p	0,305	0,630	0,232	0,129	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*		0,000*	0,000*
Bağımlılık Düzeyi Üçüncü ay	r	-0,122	-0,330	-0,136	-0,301	,505 [□]	,649 [□]	,918 [□]	,832 [□]	,541 [□]	,733 [□]	1	,970 [□]
	p	0,520	0,075	0,475	0,106	0,004*	0,000*	0,000*	0,000*	0,002*	0,000*		0,000*
Bağımlılık Düzeyi Altıncı ay	r	-0,157	-0,290	-0,152	-0,309	,613 [□]	,650 [□]	,879 [□]	,889 [□]	,688 [□]	,743 [□]	,970 [□]	1
	p	0,415	0,127	0,432	0,103	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	

[□] Spearman's rho * p<0,05

Tablo 10’da SİM-SBÖ, FNBT ve Bağımlılık Düzeyi arasındaki ilişkileri analiz eden bir korelasyon tablosu yer almaktadır. Spearman’ın rho katsayısı ile belirlenen bu korelasyonlar, her bir ölçümün birbirleriyle olan ilişkilerini göstermektedir.

SİM-SBÖ ve FNBT Arasındaki İlişkiler:

Ön Test: SİM-SBÖ ve FNBT ön test arasında negatif bir ilişki görülmektedir (-0,048), bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,783).

Birinci Ay: SİM-SBÖ ve FNBT birinci ay arasındaki ilişki daha belirgindir ve pozitif bir korelasyon vardır (r= -0,213; p=0,251) ama bu da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Üçüncü Ay: SİM-SBÖ ve FNBT üçüncü ayda daha güçlü bir pozitif ilişki vardır (r= -0,031; p=0,871) ancak bu da anlamlı değildir.

Altıncı Ay: SİM-SBÖ ve FNBT altıncı ayda, yine negatif bir ilişki gösteriyor (-0,069), bu da anlamlı değildir.

SİM-SBÖ ve Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkiler:

Ön Test: SİM-SBÖ ve Bağımlılık düzeyi ön test arasında negatif bir ilişki vardır (r= -0,161) ama anlamlı değildir (p=0,357).

Birinci Ay: SİM-SBÖ birinci ay ve Bağımlılık düzeyi arasında da negatif bir ilişki (r= -0,190) gözlemlenmektedir, ancak anlamlı bulunmamıştır (p=0,305).

Üçüncü Ay: SİM-SBÖ-SBÖ üçüncü ay ile Bağımlılık düzeyi arasında daha belirgin bir negatif ilişki vardır (r= -0,122) bu sonucun da anlamlı olmadığı görülmektedir (p=0,520).

Altıncı Ay: SİM-SBÖ altıncı ay ile Bağımlılık düzeyi arasında negatif bir ilişki görülmektedir (r= -0,157), elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,415).

FNBT ve Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkiler:

Ön Test: FNBT ve Bağımlılık düzeyi ön test arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r= 0,920; **p<0,05**), bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır.

Birinci Ay: FNBT birinci ay ile Bağımlılık düzeyi arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmaktadır (r= 0,694; **p<0,05**) ve bu sonuç anlamlıdır.

Üçüncü Ay: FNBT üçüncü ay ile Bağımlılık düzeyi arasında pozitif bir ilişki ($r= 0,538$; $p<0,05$) vardır ve elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır.

Altıncı Ay: FNBT altıncı ay ile Bağımlılık düzeyi arasında da güçlü bir pozitif ilişki ($r= 0,664$; $p<0,05$) bulunmakta ve bu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

SİM-SBÖ ile FNBT ve Bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiler genellikle zayıf bir ilişki vardır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. FNBT ile Bağımlılık düzeyi arasında güçlü bir ilişki vardır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler vardır. Bu, FNBT'nin, bireylerin Bağımlılık düzeyleri ile önemli bir bağlantısı olduğunu göstermektedir.

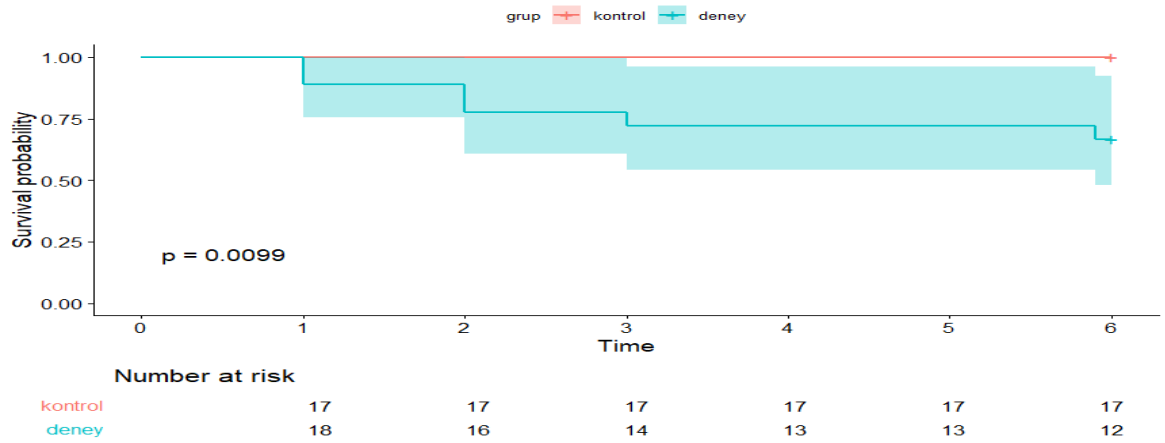


Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması

Sigara bırakma durumu	Grup				Test	p
	Kontrol		Müdahale			
	n	%	n	%		
Sigara İçiyor	17	100,0	12	66,7	6,836**	0,009*
Sigara İçmiyor-Bıraktı	0	0,0	6	33,3		

** Ki Kare testi; frekans (Yüzde) *p<0,05

Müdahale ve kontrol gruplarında yapılan son izlemlerde sigarayı bırakma durumu incelenmiştir ve müdahale grubunun %33,3'ü sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Kontrol grubunda sigarayı bırakan kişi olmamıştır. Gruplar ile sigara bırakma durumu arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p<0,05**).



Grafik 1.Kaplan Meier Sağkalım Analizi

Kaplan-Meier sağkalım analizi sonucu da SİM'e dayalı hazırlanmış olduğumuz müdahale programının sigara bırakmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahale grubunda sigara bırakma oranları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (**p<0,05**).

Grafik A da görüldüğü gibi müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin kontrol grubunda yer alan görme engelli bireylere göre sigarayı bırakma olasılığı daha yüksektir. Kontrol grubunda yer alan görme engelli bireylerin ilk 6 aylık dönemde sigarayı bırakmadığı görülmektedir. Müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin 6. ayın sonunda sigara içmeye devam etme olasılığı 0,75'tir.

5. TARTIŞMA

SİM, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını anlama ve değiştirmede oldukça etkili bir çerçeve sunabilmektedir. Özellikle bireyin algılanan duyarlılık, ciddiyet, fayda ve engeller gibi unsurlarına odaklanması, modelin birey odaklı bir yaklaşım sunduğunu göstermektedir. SİM'in sigara bırakma sürecinde kullanılmakta olan diğer modellerden farkı, bireyin sağlık davranışlarını bireysel algılar ve inançlar üzerinden değerlendirmesidir. Bu özellik, görme engelli bireyler için oldukça önemli avantajlar sağlayabilir. Görme engelli bireylerin özel ihtiyaçlarına duyarlı müdahalelerin geliştirilmesi için SİM'in güçlü teorik temellerinden yararlanmak, sigara bırakma başarısını artırmak için etkili bir yol olarak düşünülebilir (Ahmed ve ark., 2024; Anbar ve ark., 2021; Ravi ve ark., 2021; Pribadi ve Devy, 2020; Mahy, 2015). Bundan yola çıkarak bu araştırma, SİM'e dayalı hazırlanan müdahale programının görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmamızda kontrol ve müdahale gruplarında yer alan görme engelli bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) Bu durum grupların homojen bir şekilde belirlendiğini göstermektedir.

Araştırmamızda, müdahale grubundaki görme engelli bireylerin SİM-SBÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde iyileşmesi ($p<0,05$) ve toplam puan ortalamalarının anlamlı fark oluşturması ($p<0,05$), uygulanan SİM temelli müdahale programının etkili olduğunu göstermektedir. Araştırmamız “**H1: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında SİM Sigara Bırakma Ölçeği puanları arasında fark vardır.**” hipotezini desteklemektedir. Bu durum görme engelli bireylere uygulanmış olan müdahale programının sigara bırakma davranışında etkili olduğunu doğrulamaktadır. Bu bağlamda SİM, bireylerin sağlık davranışlarını ve değişim süreçlerini açıklamada yaygın olarak kullanılmaktadır ve bu modelin, sigara bırakma müdahalelerinde de etkili olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Ahmed ve ark., 2024; Anbar ve ark., 2021; Ravi ve ark., 2021; Pribadi ve Devy, 2020; Mahy, 2015). Araştırma sonucunda elde edilen bulgular,

sigara bırakma müdahalelerinde SİM'in yararlılığını ortaya koyan diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir.

SİM alt boyutları, özellikle "Algılanan Duyarlılık" ve "Algılanan Ciddiyet" boyutlarında hem kontrol hem de müdahale gruplarında anlamlı bir değişiklik gözlemlenmemiş olmasının, bu boyutların zamanla katılımcılar arasında aynı kaldığının bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Ancak tüm katılımcılar bir arada değerlendirildiğinde "Algılanan Duyarlılık" ($p<0,05$) ve "Algılanan Ciddiyet" ($p<0,05$) alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmesi, görme engelli katılımcıların genel risk algısı ve sigaranın ciddiyeti konusunda zamanla bir farkındalık geliştirdiklerini düşündürülebilir. Bu bulgu, daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde vurgulanmıştır; müdahale programlarının, katılımcılara sağlık riskleri hakkında daha fazla bilgi sunarak ciddiyet algılarını güçlendirdiği görülmüştür (Kang ve ark., 2021; Brunes ve ark., 2019). "Algılanan Yarar" boyutunda, müdahale grubunda anlamlı bir değişiklik gözlenmesi ($p<0,05$), uygulanan müdahalenin görme engelli katılımcıların sigara bırakmanın sağlığa olan yararlarını algılama düzeylerini artırdığını göstermektedir. Bu bulgu, bilgilendirme ve destekleyici müdahalelerin, bireylerin sigara bırakma sürecindeki motivasyonlarını artırma konusunda etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Dereli, 2022; Topçuoğlu, 2022). Ayrıca sonuçlar, uygulamış olduğumuz müdahale programının görme engelli bireylerin genel sağlık ve göz sağlığına olan yararlarını algılama düzeylerini de artırdığını göstermektedir. Bununla birlikte, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmaması ($p=0,552$), herhangi özel bir müdahale olmadan görme engelli bireylerin yarar algısında bir gelişim göstermediklerini ortaya koymaktadır. "Algılanan Engeller", "Öz Yeterlilik" ve "Duyarlılık Algısı" boyutlarında ise, tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemesi, bu boyutların görme engelli bireylerin sigara bırakma süreçlerinde daha ayrıntılı bir inceleme yapılması gerektirdiğine işaret etmektedir. Görme engelli bireyler, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarına ve sağlık hizmetlerine erişim, sosyal destek ve bilgi alışverişi açısından çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle, görme engelli bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin, bu bireylerin özel ihtiyaçlarını anlaması ve onlara yönelik etkili yöntemler geliştirmesi önemlidir (Albright ve ark., 2023; Han ve ark., 2022; Kim,

2022; Kang ve ark., 2021; Demmin ve Silverstein, 2020; Brunes ve ark., 2019). Özellikle öz yeterlilik, bireylerin sigara bırakma konusunda kendilerine duydukları güveni etkileyen önemli faktörden biridir. Bu boyutlardaki algının güçlendirilmesi için görme engelli bireylere özel stratejilerin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yılmaz ve arkadaşlarının (2019) SİM basamaklarını kullanarak gebe ile yürüttüğü çalışmada, bireyin sigara içme nedenleri belirlenmiş ve bırakma konusunda güçlü yönleri desteklenmiştir. Bu araştırmada da benzer şekilde, SİM modeline dayalı olarak hazırlanan planlı eğitim programında modelin alt basamakları açıklanmış ve örneklerle desteklenmiştir. Bu sayede, müdahale grubundaki görme engelli bireylerin sigara bırakma yolundaki engellerini fark etmeleri teşvik edilmiştir. Sonuç olarak, uygulanan bu programın, görme engelli bireylerin sigara içmeye yeniden başlama sebeplerini anlamalarına ve kendi güçlü ve zayıf yönlerini keşfetmelerine yardımcı olduğu söylenebilir.

Görme engelli bireyler, sosyal destek sistemlerine erişim konusunda yaşadıkları zorluklar nedeniyle stresle başa çıkmak için sigaraya yönelebilirler. Ayrıca, yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon, sigara içmeyi artıran psikolojik faktörlerdir. Engelli bireylerin sosyalleşmelerinin sınırlı kalabileceği, çoğu zaman medikal model çerçevesinde ele alınan engellilik anlayışının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Medikal model, engelliliği bireysel fizyolojik sınırlamalarla ilişkilendiren bir yaklaşımdır ve bireylerin toplumsal hayattan izole olmasına neden olabilmektedir. Görme engelli bireylerin görsel girdilere erişememesi de sözsüz iletişimde zorluklar yaratmakta ve sosyal etkileşimlerini kısıtlamaktadır (Kaldık, 2024; Kurtkapan, 2024; Attepe-Özden, 2020; Roberts, 2017). Bu anlayışın, engelli bireylerin ev ortamında daha fazla vakit geçirmesine ve toplumsal katılım açısından sınırlı kalmasına yol açtığı öne sürülebilir. Görme engelli bireylerin sosyalleşme zorluklarının bir başka boyutu ise görsel girdilerin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Görsel veriye erişememek, özellikle beden dili gibi sözsüz iletişim yollarını anlamayı zorlaştırabilir ve kişilerarası iletişimde güçlük yaşanmasına yol açabilir (Karademir, 2022; Açak, 2022). Bu zorluklar, görme engelli bireylerin sosyal çevreden kopmasına ve daha çok ev ortamında vakit geçirmelerine neden olabilir. Çekirdek

aile yapısında yaşamak, görme engelli bireylerin daha sınırlı bir sosyal etkileşim çevresine sahip olmaları anlamına gelebilir. Bu durum, sosyalleşme imkânlarını kısıtladığı gibi ev ortamında sigara içen bir bireyin varlığıyla sigara kullanımına özendirici bir rol de oynayabilir (Alp, 2024; Sever, 2019). Bireylerin sigarayı bırakma konusundaki motivasyonlarının bireylerin sahip oldukları sosyal destekle ilişkili olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra çalışmamız süresince görme engelli bireylerin derneğe çağrılarak eğitim programı uygulanması ve izlemlerinin yapılması sırasında sosyal hayata katılımları da desteklenmiştir. Araştırma için derneğe gelen görme engelli bireylerin; çalışma süresince araştırmacı başta olmak üzere derneğe gelen diğer görme engelli bireylerle etkileşime girerek sosyal hayata daha fazla katıldıkları söylenebilir. Bunun yanı sıra sigara içmeyen ve derneğe kayıtlı görme engelli bireylerin sigara içmemenin olumlu yönleri hakkında sohbetlerde buldukları da gözlemlenmiştir. Bu tür etkileşimlerin de araştırma sonuçlarına olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu durum araştırmamızın “**H12: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında sigara içme algılarında fark vardır.**” hipotezin desteklemektedir.

Yapmış olduğumuz araştırmada, müdahale grubundaki görme engelli bireylerin tümü daha önce sigarayı bırakmayı denemişken, kontrol grubundaki bireylerin %64,7'si bu denemede bulunmuştur. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Sigara bırakma deneyimi olan bireylerin, bırakma konusunda daha başarılı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Tuncer, 2024; Gül, 2021; Başpınar ve Basat, 2019; Phung ve ark., 2017). Daha önce sigara bırakma denemeleri başarısız olsa bile, bireylerin bu süreçten edindikleri deneyimleri gelecekteki denemelerde kullanma ihtimalinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Tuncer, 2024). Araştırmamızda sigara bırakma deneyimi olan bireylerin bırakma konusunda daha istekli olduğu ve çalışma süresince içmeme davranışını sürdürdükleri gözlemlenmiştir.

Araştırmamızda, eğitim öncesi ve sonrası SİM-SBÖ alt boyutları, FNBT toplam puanı, CO düzeyi ve HGB düzeyi incelenmiştir. Eğitim sonrası SİM toplam puanı, eğitim öncesine kıyasla hafif bir düşüş göstermiş olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Duyarlılık, önem, yarar, engel, eyleme geçiriciler ve öz-yeterlilik gibi alt boyutlarda da belirgin bir iyileşme kaydedilmemiştir.

Literatürde, özellikle SİM modelinin öz-yeterlilik ve engeller gibi alt boyutlarının desteklenmesinin sigara bırakma oranlarını artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2019). Bu bulgular, eğitim programının süresinin, SİM alt boyutlarında anlamlı bir etki yaratacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Nikotin bağımlılık toplam puanı eğitim öncesine göre eğitim sonrası hafif bir düşüş göstermiştir (4,72'den 3,88'e), ancak bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sigara bırakma programlarında bağımlılık puanında anlamlı bir düşüş elde edilmesi, bırakma başarısının önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Erdal, 2021; Gül, 2021). Bu nedenle, araştırmamızda bağımlılık puanında anlamlı bir düşüş gözlemlenmemesi, programın sigara bağımlılığı üzerindeki etkisini değerlendirmede sınırlayıcı bir faktör olmuştur. Eğitim sonrası CO düzeyinde minimal bir düşüş gözlenmiş olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). CO seviyesi, sigara kullanımının fiziksel bir göstergesi olarak değerlendirilmekte olup, daha başarılı sigara bırakma programlarında bu seviyede belirgin bir düşüş gözlenmektedir (Tuncer, 2024). Literatürde, sigara bırakmaya yönelik yoğun destek programlarının CO düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Başpınar ve Basat, 2019). Bu bulgu, çalışma süresince programın etkisinin sınırlı kalmış olabileceğini düşündürmektedir. Hemoglobin düzeyi, sigara kullanımının fizyolojik bir etkisi olarak değerlendirilmektedir. Eğitim öncesi ve sonrası değerlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), eğilim olarak eğitim sonrası hemoglobin düzeyinde bir düşüş gözlenmiştir. Literatürde sigara içmenin hemoglobin düzeylerini arttırdığı, çünkü karbonmonoksit ile oksijen taşıma kapasitesini düşüren hemoglobin karbonilasyonuna yol açtığı bilinmektedir (Wijaya ve Nataprawira, 2024; Chang ve ark., 2021; Miller ve Casavant, 2007). Dolayısıyla, hemoglobin düzeyinde eğitim sonrası gözlemlenen eğilim, sigara bırakmanın fizyolojik olumlu etkilerini yansıtıyor olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada uyguladığımız müdahale programı içerisinde sigaranın sağlığa zararlarının yanı sıra göz sağlığına olan zararları da vurgulanmıştır (Nuryunarsih, 2021; Taylor, 2021; West, 2021; Ham ve ark., 2020; Beltrán-Zambrano ve ark., 2018; Duman ve ark., 2018; Nam ve ark., 2018; Çankaya ve ark., 2007; Tunç ve ark., 2003). Müdahale programı kapsamında göz sağlığı ile ilgili yapılan bilgilendirmenin, müdahale grubunda sigarayı bırakma

eğilimini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Öte yandan, müdahale ve kontrol gruplarının tekrarlı ölçümlerinde genel anlamda istatistiksel bir farklılık saptanmamış ($p>0,05$) olsa da müdahale grubunda kaydedilen anlamlı düşüşler dikkat çekicidir. Bu sonuçlar, uygulamış olduğumuz müdahale programının sadece kısa vadeli bir bağımlılık azaltıcı etki yaratmadığını, aynı zamanda bu etkiyi sürdürdüğü ve görme engelli bireylerin sigara bırakma sürecine yönelik motivasyonunu arttırdığını ortaya koymaktadır. Çalışmamız “**H13: SİM rehberliğinde hazırlanan planlı eğitim programının görme engelli bireylerin sigara içme davranışları üzerine etkisi vardır.**” hipotezini desteklemektedir. Kaplan-Meier yöntemiyle yapılan analiz sonuçları, müdahale grubundaki katılımcıların sigarayı bırakma oranlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Uygulamış olduğumuz müdahale programı sonucunda, sigara içen görme engelli bireylerin %33,3’ünün sigarayı bıraktığı ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmamıza katılan görme engelli bireyler arasında, kontrol grubundakilerin günde ortalama $17,647\pm 8,28$ adet, müdahale grubundakilerin ise ortalama $21,444\pm 10,16$ adet sigara içtiği tespit edilmiştir. Sigara içme miktarı ile bireylerin sigarayı bırakma istekliliği arasında yapılan araştırmalarda, günlük sigara tüketimi azaldıkça bireylerin sigarayı bırakmaya daha istekli oldukları gösterilmiştir (Sözer ve ark., 2021; Sönmez ve ark., 2017; Lipkus ve ark., 2005). Araştırmamızda müdahale grubuna dâhil olan görme engelli bireylerin günlük sigara tüketimleri daha yüksek olmasına rağmen, SİM’e dayalı olarak hazırladığımız müdahale programı, görme engelli bireylerin sigara içme davranışlarını daha bilinçli şekilde ele almasına ve sigara içmeye yönelik algılarında olumlu değişikliklere katkı sağlamış olabilir.

Görme engelli bireylere, araştırmaya başlamadan önce yapılan ön test FNBT puan ortalaması müdahale grubu için $5,25\pm 1,91$, kontrol grubu için ise $4,06\pm 2,46$ olarak ölçülmüştür. Görme engelli bireylerin son test puan ortalamalarına bakıldığı zaman ise; müdahale grubu için $1,75\pm 0,62$, kontrol grubu için ise $1,82\pm 0,64$ olarak kaydedilmiştir (Tablo 5). Bu bulgular, katılımcıların sigara bağımlılık seviyelerinin azaldığını göstermektedir. Tekrarlı ölçümler incelendiğinde, FNBT puan ortalamalarında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Özellikle müdahale grubunda, bağımlılık puanlarının başlangıç ölçümünde puan ortalaması 5 iken, 1. ayda 2’ye düşmüş ve 6. aya kadar bu seviyeyi korumuştur.

Müdahale grubundaki FNBT puan düşüşü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0,05$), toplam ölçek puan ortalamasında da anlamlı bir düşüş kaydedilmiştir ($p<0,05$). Mevcut verilerden yola çıkarak çalışmamızın “**H14: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında fark vardır.**” hipotezi kabul edilmiştir. FNBT puan ortalaması yükseldikçe sigara içen bireylerin sigara kullanımını bırakma konusunda istekli olmadıkları, FNBT puan ortalamaları düştükçe sigara bırakma oranlarının arttığı sonucuna ulaşan çalışmalar bulunmaktadır (Erickatulistawan, 2024; Kutlu ve Dağhan, 2024; Pahlavanzadeh ve Charkazi, 2024; Aygül, 2023; Erçetin ve Ercal, 2023; Karakuş ve Pepe, 2023; Lingamaneni ve ark., 2023; De Hoog ve ark., 2016; Bravin ve ark., 2015). Araştırmamızda da bu ilişkiyi doğrulayan bulgular elde edilmiştir.

Sigara içen bireylerin HGB seviyelerinin içmeyenlere göre daha yüksek olmasının nedeni, sigara dumanında bulunan CO ile ilişkilendirilmiştir. CO, hemoglobine oksijenden daha güçlü bağlanarak hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Bu durum, vücudu daha fazla kırmızı kan hücresi ve hemoglobin üretimine yönlendirerek dengeyi sağlamaya çalışmakla açıklanmaktadır (Wijaya ve Nataprawira, 2024; Chang ve ark., 2021; Miller ve Casavant, 2007). Bu adaptasyon, sigara içen bireylerde gözlenen yüksek hemoglobin seviyeleriyle açıklanabilir. Sigara dumanındaki CO, uzun süreli maruziyetle kronik hipoksiye neden olabilir. Kronik hipoksi, eritropoetin hormonunun salgılanmasını uyarır ve böylece kanın hemoglobin seviyesi yükselir (Gupta ve ark., 2020; Smith ve ark., 2014). Sigara bırakıldığında ise CO seviyeleri azalır, bu da HGB seviyelerini normal değerlere çekebilir (Martelli ve ark., 2022; Smith ve ark., 2021; Jones ve Martin, 2016; Okşak, 2011). Araştırmamızda da benzer şekilde, müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin HGB ölçüm değerlerinin sigarayı bırakmalarının ardından düştüğü gözlemlenmiştir. Bu grupta yer alan katılımcıların öntest HGB ölçüm ortalaması $2,278\pm 0,46$ iken, 6. ay HGB ölçüm ortalamasının $2,111\pm 0,32$ olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda, kontrol grubunun zaman içindeki HGB değişimlerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bu durum, kontrol grubunun hemoglobin seviyelerinin eğitim sürecinden etkilenmediğini göstermektedir. Görme engelli katılımcıların ortalama HGB ölçüm değerleri uygulanan müdahale programı

öncesinde $2,257\pm 0,51$ iken 6.ay yapılan son test ölçümlerinde $2,171\pm 0,38$ 'e kadar düşmüştür. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ayrıca bu araştırmada, sigara bırakma sürecini değerlendirmek ve tedavi uyumunu artırmak amacıyla sigara içen bireylerin ekspirasyon havasında ölçülen CO seviyeleri incelenmiştir. Ekspirasyon havasında CO düzeyi ölçümü, günümüzde sigara bağımlılığının tanısı, tedavisi ve takibinde sıkça kullanılan bir yöntemdir. CO, sigara bırakıldıktan sonraki ilk 24 saat içinde vücuttan atıldığından, sigarayı bırakmanın olumlu etkilerinin hemen gözlemlenmesiyle danışanlara motivasyon sağlamaktadır. Ekspirasyon havasında ölçülen CO düzeyi, sigara bıraktırma polikliniklerinde hasta takipleri sırasında sigara bırakma sürecini değerlendirmek için rehber niteliğinde bir kriter olarak kullanılmakta ve bu yöntemle hastaların tedaviye uyumunun artırıldığı düşünülmektedir (Güneş ve Çelik, 2023; Prell ve ark., 2023; Unal ve Marakoğlu, 2020; Bulut ve ark., 2018; Shie ve ark., 2017; Hung ve ark., 2006; Middleton ve Morice, 2000). Bunun yanı sıra CO ölçümünün kullanılması kişinin sigara içip içmediğine dair katılımcının kendi beyanının yanı sıra objektif bir ölçüm sonucu ortaya koyduğu (Gaudron ve Davis, 2023) ve CO ölçüm sonuçlarının sigara içenleri ve içmeyenleri %95 oranında doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmektedir (Kapusta, 2010). Araştırmanın ön test ölçüm sonuçlarında görme engelli bireylerin %34,3'ünün ağır içici ($CO \geq 20$), %51,4'ünün ise düzenli içici ($CO 10-19$) olduğu gözlemlenmiştir. Son test ölçümlerine göre ise, ağır içici grubun %22,9'a, düzenli içici grubun %42,9'a düştüğü, ayrıca %17,1'inin sigara içmeyi bırakarak CO seviyesini 0-2 ppm aralığına indirdiği belirlenmiştir. Bu değişim, katılımcıların sigara bırakma sürecinde CO ölçümlerinin tedaviye uyum sağlamaları açısından nedenli etkili olduğunu göstermektedir. Nikotin bağımlılığı seviyeleri ile CO ölçüm sonuçları arasındaki ilişkiye dair literatürdeki çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir (Özlü ve ark., 2024; Öztürk ve ark., 2023). Örneğin, nikotin bağımlılık test puanlarının azalması, CO değerlerinde düşüş ile paralel bir eğilim göstermektedir (Yoğurtçuoğlu, 2022). Araştırmamızda da benzer şekilde, katılımcıların nikotin bağımlılık test puanlarının düştükçe CO ölçüm değerlerinin de düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Çalışmamız "**H14: Müdahale ve kontrol grubundaki görme engelli bireyler arasında Karbonmonoksit ve Hemoglobin ölçüm değerleri arasında fark**

vardır.” hipotezini desteklemektedir. Bu sonuç, nikotin bağımlılığının azaltılması yönünde yapılan çalışmaların CO seviyesindeki iyileşmeyi desteklediğini ve tedavi uyumunu artırabileceğini işaret etmektedir. Ekspirasyon havasında CO ölçümünün sigara bırakma polikliniklerinde hasta takibinde rehber olarak kullanılması, tedaviye uyumu artırmada önemli bir role sahiptir. Halk sağlığı çalışmalarında, özellikle görme engelli bireyler gibi beyanlarının doğrulanmasında zorluk yaşanan gruplarda CO ölçümü, objektif bir geri bildirim sağlayarak, sigara bırakma sürecini teşvik edici bir araç olarak değerlendirilebilir.

SİM-SBÖ puanı, FNBT puanı ve CO düzeylerinin OR değerleri sırasıyla 0.985, 0.850 ve 0.722 olarak belirlenmiştir. Bu değerler, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki olumsuz etkilerinin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, müdahale grubu ile kontrol grubu arasında bağımlı değişken üzerinde dikkate değer bir fark olmadığını göstermektedir. Sigara içme miktarının ve nikotin bağımlılığının etkisinin düşük olması, sigara içmeyen bireylerin sağlığının korunduğunu ve bağımlı bireylerin durumlarının iyileşme potansiyeline sahip olduğunu işaret edebilmektedir. Bu bulgular, nikotin bağımlılığı ile ilgili müdahale programlarının etkinliği üzerine yapılan çalışmaların olumlu sonuçlar elde etme şansını arttırabileceğini göstermektedir. Ayrıca, elde edilen veriler FNBT'nin ve CO düzeylerinin bağımlı değişken üzerinde koruyucu bir etki yaratma potansiyeline sahip olabileceğini göstermektedir. Örneğin, düşük CO düzeyleri, sigara içmeyle ilişkili sağlık sorunlarını azaltma kapasitesine işaret edebilir (Güven, 2021). Nikotin bağımlılığı puanının 0.850 olarak belirlenmesi, bu bağımsız değişkenin bireyler üzerindeki olumsuz etkisinin daha yönetilebilir bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durum, gelecekteki müdahale çalışmalarının daha umut verici bir şekilde tasarlanabileceğini göstermektedir. Elde etmiş olduğumuz bulgular, nikotin bağımlılığıyla mücadelede kullanılan yöntemlerin gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi için bir fırsat sunmakta; aynı zamanda, bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesine yönelik stratejilerin daha etkili bir şekilde uygulanmasına olanak tanımaktadır.

SİM-SBÖ, FNBT ve bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkileri gösteren bir korelasyon analizi, SİM-SBÖ'nün sigara bırakma süreçlerindeki potansiyel olumlu etkilerini

vurgularken, FNBT ile bağımlılık düzeyleri arasındaki güçlü ilişkileri de ortaya koymaktadır. SİM-SBÖ ile FNBT arasındaki ilişkiler, genelde zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olmasına rağmen, bazı dönemlerde pozitif bir korelasyon gözlemlenmiştir. Örneğin, birinci ayda ($r = -0,213$) ve üçüncü ayda ($r = -0,031$) elde edilen sonuçlar, FNBT'nin bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini değerlendirmede etkili bir araç olabileceğini gösterirken, SİM'in de bu süreçte bireylerin farkındalığını artırabileceğini öne sürmektedir (Ahmed ve ark., 2024; Anbar ve ark., 2021; Ravi ve ark., 2021). SİM, sigara bırakma sürecinde bireylerin motivasyonunu artırarak, onların sigara içme alışkanlıklarını değiştirmelerine yardımcı olabilir (Grech ve ark., 2021). Bu bağlamda, SİM-SBÖ ile FNBT'nin bir arada kullanılmasının, bireylerin davranışsal değişimlerini destekleyebileceği ve sigara bırakma süreçlerinde daha etkili yöntemlerin geliştirilmesine olanak tanıyabileceği düşünülebilir. SİM-SBÖ ile Bağımlılık düzeyi arasındaki ilişkiler, genel olarak negatif bir eğilim göstermektedir, ancak bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmaması dikkat çekicidir. SİM-SBÖ ön test ($r = -0,161$) ve birinci ay ($r = -0,190$) gözlemlenen negatif ilişkiler, bireylerin sigara içme davranışlarının zamanla değişimi üzerinde SİM-SBÖ'nün etkili olabileceğini düşündürmektedir. FNBT ile Bağımlılık düzeyi arasındaki güçlü pozitif ilişki ($r = 0,920$; $p = 0,000$), FNBT'nin bireylerin nikotin bağımlılık düzeyleriyle ilişkisini güçlendirmektedir. Yüksek FNBT sonuçları, bireylerin daha yüksek Bağımlılık seviyelerine sahip olabileceği sonucunu göstermektedir. Bu bulgular, FNBT'nin, bireylerin Bağımlılık düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmamızı sağlayabilir. Nikotin bağımlılık testi puanlarının yüksek seviyelerde olması, bireylerin bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Yoğurtçuoğlu, 2022). SİM-SBÖ ile FNBT ve Bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkiler genelde zayıf olmasına rağmen, FNBT ile Bağımlılık düzeyi arasındaki güçlü ilişki, FNBT'nin bireylerin bağımlılık düzeyleri ile önemli bir bağlantı kurduğunu göstermektedir. SİM-SBÖ, sigara bırakma süreçlerinde bireylerin motivasyonlarını artırmanın daha düşük bağımlılık seviyelerine ulaşmalarına yardımcı olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, SİM-SBÖ uygulamalarının artırılmasının ve FNBT ile entegrasyonunun sağlanmasının, sigara bırakma programlarının etkinliğini artırıcı bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

SİM'e dayalı hazırlanan müdahale programının görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- SİM modeli çerçevesinde yapılan eğitim programı, görme engelli bireylerin sigara bırakma yolundaki engellerini fark etmelerini ve güçlü yönlerini keşfetmelerini sağladığı, müdahale grubundaki görme engelli bireylerin SİM-SBÖ toplam puanlarının anlamlı şekilde iyileşmesi ve toplam puan ortalamalarının anlamlı fark oluşturması uygulanan SİM temelli müdahale programının etkili olduğunu istatistiksel olarak göstermektedir. **Araştırmada H11 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Görme engelli bireylerin, sosyal destek sistemlerine erişim kısıtlılığı, stresle başa çıkmada sigara içmeye yönelmelerine neden olabilmektedir. Sigara bırakma motivasyonunun sosyal destekle ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada, sigara içen görme engelli bireylerin %33,3'ünün sigarayı bıraktığı ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. **Araştırmada H12 ve H13 hipotezi kabul edilmiştir.**
- FNBT puan ortalamalarında tekrarlı ölçümler incelendiğinde zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Bulgular hem müdahale hem de kontrol grubunda sigara bağımlılık seviyelerinin azaldığını göstermektedir. Bu durum, uygulanan bağımlılık azaltıcı müdahalenin sigara bırakma sürecinde olumlu bir etki yarattığını ve görme engelli bireylerin sigara bırakma sürecine yönelik motivasyonunu arttırdığını ve bağımlılık azaltıcı etkisinin kalıcı olabileceğini gösterebilmektedir. **Araştırmada H14 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Sigaranın göz sağlığına olan olumsuz etkilerinin anlatılmasının görme engelli bireylere uygulanan müdahale programının beklenen etkiyi göstermesinde katkı sağladığı söylenebilir.
- Müdahale grubunda yer alan görme engelli bireylerin HGB ölçüm değerlerinin sigarayı bırakmalarının ardından düştüğü gözlemlenirken,

kontrol grubunun zaman içindeki HGB değişimlerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu durum, kontrol grubunun hemoglobin seviyelerinin eğitim sürecinden etkilenmediğini göstermektedir. **Araştırmada H15 hipotezi kabul edilmiştir.**

- Araştırmanın başlangıcında (ön test), görme engelli katılımcıların %34,3'ü ağır içici (CO \geq 20 ppm) iken son test ölçümlerinde bu oran, %42,9'a düşmüştür. Bu sonuç; ekspirasyon havasında CO ölçümünün, sigara bırakma polikliniklerinde ve toplum genelinde sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti verilirken danışanın tedavi uyumunu artırmada ve danışan takibinde rehber olarak kullanılmasının önemli olduğunu göstermektedir. **Araştırmada H15 hipotezi kabul edilmiştir.**

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Görme engelli bireylerin sigara bırakma süreçlerinde elde edilen olumlu sonuçlar, bu bireylere yönelik özel müdahale ve destek programlarının sayısının artırılmasının gerektiği,
- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında görme engelli bireylerin ihtiyaçlarını dikkate alarak müdahale programlarının özelleştirilmesinin önemli olduğu,
- Görme engelli bireylere uygulanacak olan müdahale programlarının erişilebilir olması,
- Görme engelli bireylerin nikotin bağımlılığı ve sağlık üzerindeki etkilerinin derinlemesine incelenmesi, sağlık politikaları geliştirmek ve müdahale programlarını optimize etmek açısından kritik öneme sahip olduğu,
- SİM'nin yalnızca sigara bağımlılığı konusunda değil bağımlılık konusunda ve diğer engel gruplarında da kullanılması,
- SİM rehberliğinde engelli bireyler ile planlanan çalışmaların daha geniş popülasyonda uygulanması,
- Ülkemizde, model temelli sigara bırakma yöntemlerine yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmaların, özellikle görme engelli bireyler üzerinde odaklanarak artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acaroğlu, G., Berker, N., Özdamar, Y., & İlhan, B. (2005). Kortikal körlük: Etyoloji ve nörooftalmolojik bulgular. *MN Oftalmoloji*, 12(2), 138-142.
- Ahmed, M. M., Ibrahim, R. M., & Younis, N. M. (2024). Perceived susceptibility toward smoking among students. *Journal of Current Medical Research and Opinion*, 7(7), 3217-3225.
- Akçay, Ş., Aytemur, Z. A., Elbek, O., Kılınç, O., Örsel, O., Öztuna, F., & diğerleri. (2013). Türk Toraks Derneği Eğitim Serisi: Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi (ss. 4-6). Türk Toraks Derneği.
- Akdeniz, E. (2023). Türkiye'de sigara ile ilgili internette yapılan arama trendlerinin analizi: İnceleme çalışması. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(4).
- Akkoca, A. N. O. (2021). Retina dekolmanı. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 12(5), 60-70.
- Akkoyun, İ. (2014). Yaşa bağlı makula dejenerasyonu: Sınıflandırma ve patogenez. *Türk Oftalmoloji Gazetesi*, 44(6), 476-480.
- Akpınar, B., & Ersözlü, Z. N. (2008). Görme ve koklama duyularının bilişsel öğrenme sürecindeki rollerinin karşılaştırılması. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 42-53.
- Aksu, N., Tanyıldız, B., Ceylan, E., Özer, M. D., Uludağ, G., & Ekinci, M. (2014). Effects of smoking on the retinal nerve fiber layer and ganglion cell complex thickness. *Glokom-Katarakt*, 9(4), 259-262.
- Aktürk, N. B. K., & Ekim, A. (2023). Toplumda engelli çocuk. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 178-185.
- Albright, D. L., McDaniel, J. T., Laha-Walsh, K., Suntai, Z., Griffin, D. J., & Wallace, J. P. (2023). Mental distress, alcohol misuse, and cigarette use among persons with auditory, vision, or cognitive disabilities. *Journal of Substance Use*, 1-9.
- Altunay Arslantekin, B. (2012). Engel türüne göre materyal uyarlama, hazırlama ve kullanma. In A. Ataman (Ed.), *Temel eğitim öğretmenleri için kaynaştırma uygulamaları ve özel eğitim* (pp. 141-176). Ankara: Vize Basın Yayın.

- Anhar, V. Y., Arifin, S., Rahman, F., Ridwan, A. M., & Bohari, B. (2021). Analysis of smoking behavior risk factors in adolescents through health belief model approaches. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 192-197.
- Aygün, H. (2023). Lise öğrencilerinde transteoretik model temelli sigarayı bırakma eğitiminin öz etkililik düzeyi, karar alma düzeyi ve nikotin bağımlılık düzeylerine etkisi: Randomize kontrollü deneysel araştırma.
- Bakanlığı, T. S., & Müdürlüğü, T. S. H. G. (2011). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Bakanlık Yayın, 814(1), 23.
- Başpınar, M. M., & Basat, O. (2019). The relationship between smoking cessation fatigue and nicotine dependence severity. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(4), 157-167.
- Başpınar, M. M., & Basat, O. (2019). The relationship between smoking cessation fatigue and nicotine dependence severity. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(4), 157-167.
- Baysal, S., & Birinci, A. (2006). Çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. *Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics*, 2(2), 64-78.
- Beltrán-Zambrano, E., García-Lozada, D., & Ibáñez-Pinilla, E. (2019). Risk of cataract in smokers: A meta-analysis of observational studies. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología (English Edition)*, 94(2), 60-74.
- Berhuni, M., Öztürkmen, C., & Tıskaoglu, N. S. (2023). Pediyatrik ilerleyici keratokonus tedavisinde hızlandırılmış korneal çapraz bağlama tedavisinin bir yıllık sonuçlarının araştırılması. *MN Ophthalmology/MN Oftalmoloji*, 30(4).
- Bilgin, S. (2020). Engellilik ve sağlık. In B. Erci (Ed.), *Halk Sağlığı Hemşireliği* (3rd ed., pp. 346-358). İstanbul: Nebel Tıp Kitabevleri.
- Bilici, S., & Şahin-Elarslan, K. E. (2023). COVID-19 kapanmasının yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisine etkileri. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 7(2), 247-251.
- Birol, L. (2007). Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. İzmir: Etki Matbaacılık.

- Bishop, V. E. (2004). Teaching visually impaired children. Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 78-87.
- Bravin, J., Bunge, E., Evare, B., Wickham, R., Perezstable, E., & Munoz, R. (2015). Socioeconomic predictors of smoking cessation in a worldwide online smoking cessation trial. *Internet Interventions*, 2(10), 410-418.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., et al. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*, 25, 713-733.
- Brunes, A., Hansen, M. B., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment: Prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, 1-7.
- Brunes, A., Hansen, M. B., & Heir, T. (2021). General self-efficacy in individuals with visual impairment compared with the general population. *PLoS One*, 16(7), 8-9.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., & Ardıç, E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Bulut, İ., Aksakal, B., Kaya, F., Güneş, Y., & Devenci, S. E. (2018). Sigara içen/içmeyen 18 yaş üzeri erişkinlerde ekspiryum havasında karbonmonoksit düzeyinin değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 1-11.
- Bulut, F. (2020). Engellilere yönelik yerel yönetim çalışmaları: Ümraniye Belediyesi örneği. *Akademik MATBUAT*, 4(2), 41-60.
- Cengiz, Ö., Yılmaz, A., Çalikoğlu, M., & Yeşilli, M. (2006). Katarakt tanısı ile opere edilen olguların sigara alışkanlık durumlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 11(2), 130-133.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45-65). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Chang, J. T., Anic, G. M., Rostron, B. L., Tanwar, M., & Chang, C. M. (2021). Cigarette smoking reduction and health risks: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*, 23(4), 635-642.

- (2000). Childhood blindness. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 3(1), 26-32.
- Conner, M. (2010). Cognitive determinants of health behavior. In G. F. K. Moos, R. L. Wood, & L. McHugh (Eds.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications* (pp. 19-30). New York: Springer.
- Cordell, B., & Buckle, J. (2013). The effects of aromatherapy on nicotine craving on a US campus: A small comparison study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(8), 709-713.
- Corn, A. L., & Lusk, K. E. (2010). Perspectives on low vision. In A. L. Corn & J. N. Erin (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (pp. 3-34). New York: AFB Press.
- Çankaya, A. B., Elgin, U., Şimşek, T., & Batman, A. (2007). Normal olgularda sigara içiminin göz içi basıncına etkisi. *Glokom-Katarakt/Journal of Glaucoma-Cataract*, 2(1).
- Çevik, İ., Çakmak, H., Çelik, Ö., & Okyay, P. (2021). Yaşam boyu göz sağlığı: “2020 vizyonu: Görme hakkı”. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 6(3), 310-321.
- Dağhan, Ş. (2021). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireysel sağlık davranış teorileri. In A. Bayık Temel (Ed.), *Sağlığı koruma ve geliştirme 1* (pp. 329-378). İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- De Hoog, N., Bolman, C., Berndt, N., Kers, E., Mudde, A., De Vries, H., & Lechner, L. (2016). Smoking cessation in cardiac patients: The influence of action plans, coping plans, and self-efficacy on quitting smoking. *Health Education Research*, 31(3), 350-362.
- Demir, İ., Atasoy, E., Süsen, Y., & Gül Köse, E. (2024). Üniversite öğrencilerinin tütün ürünlerine başlamaya yönelik deneyim ve görüşlerinin incelenmesi. *Küllüye*, 5(1), 59-83.
- Demmin, D. L., & Silverstein, S. M. (2020). Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options. *Clinical Ophthalmology*, 14, 4229-4251.
- Dominelli, L. (2018). *Yeşil Sosyal Hizmet*. (Çev. Ed.: Arzu İçağasıoğlu Çoban). İstanbul: Nika Yayınevi.

- Dorothy Roberts. (2017). "Gen Çağında Sağlığın Sosyal Erdemsizliği". Yeni Bir Erdeme Dönüşen Sağlığa Karşı. ed. Jonathan M. Metz – Anna Kirkland, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Duman, F., Kiraz, K., Çoban, D. T., Süren, E., & Erol, M. K. (2018). Sigara içmeyi bırakan hastalarda koroid kalınlığı değişiklikleri. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 4(3), 283-288.
- Ekizer, A. (2020). Sağlık sosyolojisi ve tarihsel gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 1-12.
- Elsawy, M. M., Mohamed, H. S., & Mousa, K. M. (2023). Effect of utilizing health belief model on knowledge, beliefs, and behaviour of visually impaired women toward breast self-examination. *The Open Nursing Journal*, 17(1), 1-13.
- Erçetin, A. P., & Ercal, T. (2023). Önlisans öğrencilerinin sigara kullanımı ve zararlarına tutum ve bakış açıları-sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. *Hastane Öncesi Dergisi*, 8(1), 31-48.
- Erdal, M. B. (2021). Sigara Birakma Polikliniği'ne Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Birakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi (Turkey)).
- Erdil, F. (2008). Göz hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In F. Erbil & N. Ö. Elbaş (Eds.), *Cerrahi hastalıklar hemşireliği* (pp. 599-616). Ankara: Aydoğdu Ofset Baskı.
- Erickatulistawan, G. (2024). Fagerstrom test: A tool for assessing risk of subclinical cardiovascular disease in nicotine users. *Asian Journal of Cardiology Research*, 7(1), 58-63.
- Ersoy, Ö. (2015). Kahramanmaraş il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı).
- Gaudron, E., & Davis, D. L. (2023). Is carbon monoxide testing in pregnancy an acceptable and effective smoking cessation initiative? An integrative systematic review of evidence. *Women and Birth*, 37(1), 118-127.

- Gazete, T. R. (2019). Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik. 20.02. 2019. Ankara, TC. Cumhurbaşkanlığı.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: Theory, research, and practice. John Wiley & Sons.
- Grech, J., Norman, I. J., & Sammut, R. (2024). Exploring the smoking cessation needs of individuals with diabetes using the Information-Motivation-Behavior Skills model. *Tobacco Prevention & Cessation*, 10, 1-8.
- Griffis, H., Matone, M., Kellom, K., Concors, E., Quarshie, W., French, B., ... & Cronholm, P. F. (2016). Home visiting and perinatal smoking: a mixed-methods exploration of cessation and harm reduction strategies. *BMC public health*, 16, 1-9.
- Gunes, N. A., & Çelik, D. (2023). Evaluation of the relationship between carbon monoxide levels and neutrophil/lymphocyte ratios and platelet/lymphocyte ratios in smokers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 25(1), 36-40.
- Gupta, P., et al. (2020). The Impact of Smoking on Hemoglobin Levels in Chronic Smokers. *National Journal of Medical Research*.
- Gül, Ş. (2021). Sigara bırakma yorgunluk ölçeği ile nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi (Turkey)).
- Gündüz, Ş. (2003). Spinal kord yaralanmasında seksüel disfonksiyonlara rehabilitatif yaklaşım. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 49(3), 28-31.
- Güven, Ö. F. (2021). Ergenlerde Sigara İçme Arzusu, öz-Yeterlik ve Dindarlık İlişkisi (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Han, B. H., Leddy, J. F., Lopez, F. A., & Palamar, J. J. (2022). Prevalence of psychoactive substance use among middle-aged and older adults with visual impairment in the US. *JAMA ophthalmology*, 140(1), 94-95.
- Hubbard, G., Gorely, T., Ozakinci, G., Polson, R., & Forbat, L. (2016). A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. *BMC Family Practice*, 17, 1-20.
- Huebner, K. M. (2000). Visual impairment. In A. Koenig & M. Holbrook (Eds.), *Foundations of education volume I: Instructional strategies for teaching children and youths with visual impairments* (pp. 55-76). New York: AFB Press.

- Hung J, Lin CH, Wang JD, Chan CC. (2006). Exhaled carbon monoxide level as an indicator of cigarette consumption in a workplace cessation program in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 105, 210-213.
- İnanç, D. Ç., Baysal, S. U., Coşgun, L., Taviloğlu, K., & Ünivar, E. (2008). Çocukluk yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. *Türk Pediatri Arşivi*, 43(4), 84-88.
- Jamshidian-Tehrani, M., Kasaei, A., Mahdizad, Z., Fard, M. A., & Aminizade, M. (2021). Effect of smoking on retinal thickness and vascular density in thyroid eye disease. *Korean Journal of Ophthalmology: KJO*, 35(5), 376.
- Jansen, D. E., Krol, B., Groothoff, J. W., & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 93-102.
- Jones, M., & Martin, S. (2016). "Effects of smoking cessation on hemoglobin levels and carbon monoxide levels in smokers." *Journal of Smoking Cessation*, 11(2), 142-149.
- Kang, H. N. R., Lee, K. S., Koh, J., Park, Y., & Shin, H. (2021). The factors associated with attempted smoking cessation and successful four-week smoking abstinence according to the types of disability in seoul, korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3548.
- Kapusta ND, Pietschnig J, Plener PL, et al. (2010). Does breath carbon monoxide measure nicotine dependence? *Journal of Addictive Diseases*, 29(4), 493–499, doi: 10.1080/10550887.2010.509280.
- Karademir, T. (2022). Görme yetersizliği olan bireyler. In M. Z. Açak (Ed.), *Engelli bireyler ile iletişim* (p. 57). Efe Akademi Yayınları.
- Karakuş, S., & Pepe, K. (2023). Spor bilimlerinde okuyan öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri ve bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science*, 140(140), 23-32.
- Karaoğlu, N. (2021). Glokom. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 12(5), 82-89.
- Keklikçi, U. (2022). Sigara ve göz. *Sted*, 31, 35-38.

- Kim, H. N. (2022). Loneliness in the aging population with visual disabilities. *Journal of Technology & Persons with Disabilities*, 10.
- Kolaç, N., & Yıldız, A. (2019). Postmenopoz dönemindeki kadınlarda sağlık inanç modeli temelli kısa görüşmelerin osteoporozdan korunma bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 145-151.
- Konuk, Ş. G., & Kılıç, R. (2023). Doğumsal retinal vasküler anomaliler-2 (kolobom, retinal kavernöz hemanjiom, arteriyo-venöz malformasyon, retinal kapiller hemanjioblastom, von hippel-lindau sendromu). *Güncel Retina Dergisi*, 7(3).
- Köşgeroğlu, N., & Mertboğa, S. (2011). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)'ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 148-154.
- Kreuter M. W., Chheda S.G. and Bull F.C. (2000). How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Rch Fam Med*, 9(5), 426-433.
- Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Kurt, A. H., Öztabağ, C. K., & Kaymaz, A. (2022). Yaşa bağlı makula dejenerasyonunda yeni tedavi yaklaşımlarında polifenoller. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3), 573-577.
- Kutlu, S., & Dağhan, Ş. (2024). Standart düz paket uygulamasının bireylerin sigara içme tutumları ve nikotin bağımlılıklarına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(3), 357-363.
- Lahiri, K., & Song, J. G. (2002). The effect of smoking on health using a sequential self-selection model. *Econometric Analysis of Health Data*, 51-69.
- Legleye, S., Bricard, D., & Khlal, M. (2023). Roles of parental smoking and family structure for the explanation of socio-economic inequalities in adolescent smoking. *Addiction*, 118(1), 149-159.
- Lingamaneni, K. P., Bommireddy, V. S., & Baddam, V. R. R. (2023). Nicotine dependence among smokers using fagerstrom nicotine dependence test. *International Dental Journal*, 73, S38-S39.
- Mahazam, A. A., El Magrabi, N. M., & Ahmed, R. A. (2023). Knowledge and reported practice of visually impaired el-nour school female students about

- menstrual hygiene at sohag governorate. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 11(39), 136-144.
- Mahy, T. J. (2015). *Health psychology: A portfolio of work and practice including: addiction; stigma and quality of life and visual impairment* (Doctoral dissertation, City University London).
- Marcus-Varwijk, A. E., Peters, L. L., Visscher, T. L., Smits, C. H., Ranchor, A. V., & Slaets, J. P. (2020). Impact of a nurse-led health promotion intervention in an aging population: results from a quasi-experimental study on the “community health consultation offices for seniors”. *Journal of aging and health*, 32(1-2), 83-94.
- Martelli, V., Carelli, E., Tomlinson, G. A., Orchanian-Cheff, A., Kuo, K. H., Lyons, O. D., & Ryan, C. M. (2022). Prevalence of elevated hemoglobin and hematocrit levels in patients with obstructive sleep apnea and the impact of treatment with continuous positive airway pressure: a meta-analysis. *Hematology*, 27(1), 889-901.
- Mauschitz, M. M., Verzijden, T., Schuster, A. K., Elbaz, H., Pfeiffer, N., Khawaja, A., ... & Finger, R. P. (2023). Association of lipid-lowering drugs and antidiabetic drugs with age-related macular degeneration: a meta-analysis in Europeans. *British Journal of Ophthalmology*, 107(12), 1880-1886.
- Middleton ET, Morice AH. (2000). Breath carbonmonoxide as an indication of smoking habit. *Chest*, 117, 758-63.
- Miglio, F., Naroo, S., Zeri, F., Tavazzi, S., & Ponzini, E. (2021). The effect of active smoking, passive smoking, and e-cigarettes on the tear film: an updated comprehensive review. *Experimental Eye Research*, 210, 108691.
- Miller, G., & Casavant, J. (2007). "Carbon monoxide and smoking: Impact on hemoglobin and oxygen transport." *Respiratory Medicine Review*, 8(3), 213-225.
- Murray EW, Williams C, Christiansen BA, Fiore MC, Baker TB, Bailey WC, et al. (2008). Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence. Tobacco, T. C. P. G. T. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*, 35(2), 158-176.

- Nam, S. W., Lim, D. H., Cho, K. Y., Kim, H. S., Kim, K., & Chung, T. Y. (2018). Risk factors of presenile nuclear cataract in health screening study. *BMC ophthalmology*, 18(1), 1-9.
- Novita Haryanto, A., Hafizurrachman, M., Hardisman, & Afrizal. (2024). The impact of a family-empowerment program on smoking prevention among elementary student in Indonesia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Health Promotion and Education*, 62(1), 15-28.
- Nuryunarsih, D., Lewis, S., & Langley, T. (2021). Health risks of kretek cigarettes: A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 23(8), 1274-1282.
- Oğuz, S., Çamcı, G., ve Kazan, M. (2018). Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. *Van Tıp Dergisi*, 25 (3), 332-337.
- Okşak, N. (2011). Pasif sigara içimine maruz kalan pneumonili çocuklarda oksidatif stres, kapiller kan oksijen saturasyonu ve antioksidan enzim aktiviteleri [Oxidative stress, capillary blood oxygen saturation, and antioxidant enzyme activities in children with pneumonia exposed to passive smoking] (Yayınlanmamış doktora tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye.
- Otto, D. (2013). Avoiding tobacco, alcohol, and substance abuse. In J. A. Mavilla & C. G. Huerta (Eds.), *Health promotion in nursing* (pp. 404), Albany, NY: Delmar.
- Öndaş, O., Utlü, B., & Güzel, H. (2024). Keratokonus ve korneal kollajen çapraz bağlama. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XX*, 93.
- Özata, M., & Karip, S. (2017). Engelli bireylerin sağlık hizmetleri kullanımında yaşadıkları sorunlar: Konya örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(4), 397-407.
- Özden, S. A. (2020). Engellilik ile ilgili modeller. In S. A. Özden & M. Tekindal (Eds.), *Engellilik alanında sosyal hizmet kuram ve uygulamaları* (pp. 33-42). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- ÖZİDA, Özürlüler İdaresi Başkanlığı (Başbakanlık) [Administration of Disabled People (Prime Ministry)]. (2009).

- Özlu, N. G. Ö., Duyar, E., Dağdelen, S., Ertan, E., & Ulaş, A. Hemşirelik öğrencilerinin karbonmonoksit ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(3), 1-8.
- Özlu, T. (2002). *Sigara hakkında bilmek istedikleriniz*. İstanbul: Beyaz Yayınları.
- Öztuna, F. (2005). Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25(4), 546-550.
- Öztürk, O., Yavuz, E., Özdemir, M., & Ayraller, A. (2023). Bir aile sağlığı merkezi bünyesinde kurulan sigara bıraktırma kliniğine müracaat eden hastaların analizi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(4), 507-513.
- Pahlavanzadeh, B., & Charkazi, A. (2024). The agreement between the Fagerström test for nicotine dependence and the heaviness of smoking index among Iranian male smokers. *Addiction & Health*, 16(3), 159.
- Panel, Liaisons and S. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *Am J Prev Med*, 35(2):158–76.
- Pbert, L., Druker, S., DiFranza, J. R., Gorak, D., Reed, G., Magner, R., ... & Osganian, S. (2011). Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 926-936.
- Pérez-de-Arcelus, M., Toledo, E., Martínez-González, M. Á., Martín-Calvo, N., Fernández-Montero, A., & Moreno-Montañés, J. (2017). Smoking and incidence of glaucoma: The SUN Cohort. *Medicine*, 96(1), e5761.
- Phung, A., Luo, L., Breik, N., & Alessi-Severini, S. (2017). Use of smoking cessation products: a survey of patients in community pharmacies. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, 150(5), 326-333.
- Prell, C., Hébert-Losier, A., Filion, K. B., Reynier, P., & Eisenberg, M. J. (2023). Evaluating the impact of varying expired carbon monoxide thresholds on smoking relapse identification: insights from the E3 trial on e-cigarette efficacy for smoking cessation. *BMJ open*, 13(10), e071099.
- Pribadi, E. T., & Devy, S. R. (2020). Application of the Health Belief Model on the intention to stop smoking behavior among young adult women. *Journal of public health research*, 9(2), jphr-2020.

- Putnam, M., Geenen, S., Powers, L., & Saxton, M. (2003). Health and wellness: People with disabilities discuss barriers and facilitators to well being. *Journal of rehabilitation*, 69(1), 37-45.
- Qassim, S. K., Sadeq, A. F., & PourGhaznein, T. (2023). Efficacy of a pre-radiotherapy, nurse-led instructional program to enhance the level of awareness of patients receiving radiotherapy for first time. *Iraqi National Journal of Nursing Specialties*, 36(2), 67-79.
- Ravi, K., Indrapriyadarshini, K., & Madankumar, P. D. (2021). Application of health behavioral models in smoking cessation—a systematic review. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 103-109.
- Robling, M., Bekkers, M. J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., ... & Torgerson, D. (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10014), 146-155.
- Sağar, M. E. (2018). Üniversite öğrencilerinin sigara bağımlılığında sosyal öğrenmenin rolü üzerine nitel bir inceleme-a qualitative study on the role of social learning in cigarette addiction to university students. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26), 736-753.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986
- Samur, B. M., Polat, A., & Canpolat, M. (2022). Albinizm Temelinde Engelli/Kısıtlı Çocukların Sosyal ve Hukuki Problemleri Üzerine Değerlendirme. *Çocuk ve Medeniyet*, 7(13), 29-65.
- Sarı, H. Y. (2010). Zihinsel yetersiz bireylerin sağlık sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(2): 145-150.
- Schwartz, T. L. (2010). Causes of visual impairment: Pathology and its implications. In A. L. Corn & J. N. Erin (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (pp. 137-191). New York: AFB Press.
- Shie H-G, Pan S-W, Yu W-K, et al. (2017). Levels of exhaled carbon monoxide measured during an intervention program predict 1-year smoking cessation: a retrospective observational cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med*, 27(1), 59, doi: 10.1038/s41533-017-0060-8.

- Smith, C. J., Kluck, L. A., Ruan, G. J., Ashrani, A. A., Marshall, A. L., Pruthi, R. K., ... & Go, R. S. (2021). Leukocytosis and tobacco use: an observational study of asymptomatic leukocytosis. *The American Journal of Medicine*, 134(1), e31-e35.
- Smith, L. P., et al. (2014). "Chronic hypoxia and hematologic changes in long-term smokers." *Annals of Hematology*, 93(8), 1341-1349.
- Sönmez, C. İ., Başer, D. A., Aydoğan, S., Uludağ, G., Dinçer, D., & Topaluğurlu, B. (2017). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Konuralp Medical Journal*, 9(2), 160-166.
- Sözer, Ü., Özvurmaz, S., & Durmaz, S. (2021). Sağlık çalışanlarının sigara bırakmaya yönelik desteğe hazır olma durumu ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 286-293.
- Steinkuller, P. G., Du, L., Gilbert, C., Foster, A., Collins, M. L., & Coats, D. K. (1999). Childhood blindness. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 3(1), 26-32.
- Stiles, S., & Knox, R. (1996). *Medical issues, treatments, and professionals. Children With Visual Impairment: A Parents' Guide*. USA: Woobine House.
- Şahiner, N. C., Şahin, A., & Akbağ, N. N. A. (2020). Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumları ve sigara bağımlılığına yönelik tutumları examination of university students' smoking status and smoking addiction attitudes. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 64-79.
- Şentürk, F., Doğramacı, M., & Aras, C. (2021). Retinitis pigmentosa; epidemiyoloji, patofizyoloji ve sınıflandırma. *Güncel Retina Dergisi*, 5(2).
- Taylor, A. (2021). Nutritional and environmental influences on risk for cataract. In *Nutritional and environmental influences on the eye* (pp. 53-93). CRC Press.
- Temple, V. A., Anderson, C., & Walkley, J. W. (2000). Physical activity levels of individuals living in a group home. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(4), 327-341.
- Tırakoğlu, B. (2016). Sigara içen kişilerde sigarayı bırakmaya yönelik niyetin planlanmış davranış teorisine göre değerlendirilmesi (Yüksek lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi (Turkey)).

- Timur, S., Ege, E., ve Bakış, E. (2006). Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 51-58.
- Tokat, M. A., Yanık, F., Bilgiç, D., Başoğlu, M., & Başlı, M. (2024). İncinebilir kadınların doğum ve postpartum dönem bakım deneyimleri: holistik hemşirelik yaklaşımları. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 307-323.
- Topçu, S., & Bayık Temel, A. (2021). Sağlık ve sağlığı geliştirme: Kavramsal bakış. In A. Bayık Temel (Ed.), *Sağlığı koruma ve geliştirme 1* (pp. 3-35). İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Topçuoğlu, T. M. (2022). *Gençlerin COVID-19 tedbirlerine yönelik inançlarını etkileyen faktörlerin risk iletişimi perspektifinden İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi (Türkiye)).
[tps://sozluk.gov.tr/](https://sozluk.gov.tr/) Erişim Tarihi:10.01.2024.
- Tuncer, A. (2024). Koroner arter hastalığı olanlarda sağlık algısı ve sigara bırakma yorgunluğunun değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi (Turkey)).
- Tunç, M., Arbak, P., Balbay, Ö., Erbaş, M., & Bilen, A. (2003). Sigara kullanımına bağlı ağır KOAH gelişen olgularda oküler komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi*.
- Tuncer, T. (2003). Görme yetersizliği olan çocuklar. In A. Ataman (Ed.), *Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitime giriş* (pp. 293-311). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- TÜİK (2010).
- Türk Oftalmoloji Derneği. (2018).
- Ulutaşdemir, N. (2022). Engelli grupların sağlık sorunları ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi. In A. Bayık Temel (Ed.), *Sağlığı koruma ve geliştirme 3* (pp. 291–310). İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Unal, B., & Marakoğlu, K. (2020). Assessment of the relationship between smoking and non-smoking adults' carbonmonoxide levels in expiratory air with dependency scores. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(4), 625-630.
- Vladutiu, C. J., Casteel, C., Marshall, S. W., McGee, K. S., Runyan, C. W., & Coyne-Beasley, T. (2012). Disability and home hazards and safety practices in US households. *Disability and health journal*, 5(1), 49-54.

- Webster, A., & Roe, J. (1998). *Children with Visual Impairments: Social Interaction. Language and Learning*. New York: Routledge.
- West, R., et al. (2021). Behavior change techniques in smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 23-34.
- West, S. K. (2021). Smoking and the risk of eye diseases. In *Nutritional and environmental influences on the eye* (pp. 151-164). CRC Press.
- Wijaya, B. A., & Nataprawira, S. M. D. (2024). Effect of degree of smoking based on brinkman index on hemoglobin levels in adults. *Community Medicine and Education Journal*, 5(2), 525-531.
- World Health Organization (WHO). (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, Published In Accordance With Resolution WHA29.
- World Health Organization. (2006).
- World Health Organization. (2011). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity* (No. WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care*.
- World Health Organization. (2012). *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases*. *Human Resources for Health Observer*, 12, 1-38
- Yaman, A., & Berk, A. T. (2008). Albinizm hastalarında klinik bulgular ve bunların görme keskinliği ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*, 17(3), 161-167.
- Yelboğa, N., & Aslan, Ş. B. (2020). Sosyal sorun olarak salgın hastalıklar ve sosyal çalışmanın halk sağlığını koruma/geliştirme görevi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 43-49.
- Yıldırım, N., & Bulut, M. (2023). Sağlık kavramına eleştirel bakış. *Sağlık ve Toplum*. 33 (2), 55-62

- Yılmaz, M. (2022). Sađlđın korunmasında ve geliştirilmesinde tütün kullanımı. In A. Bayık Temel (Ed.), Sađlđı koruma ve geliştirme 2 (pp. 417–445). İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Yılmaz, S. T., Demirhan, İ., Şahin, S., & Kaplan, S. (2019). Sağlık inanç modeli örneği: Tütün bağımlısı gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 38-46.
- Yoğurtçuoğlu, B. (2022). Sigara bağımlılarında sigara bıraktırmaya yönelik bir telefon uygulamasının nikotin bağımlılığı üzerine etkisi (Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi (Türkiye)).
- Yoon, J. M., Lim, D. H., Lee, Y. B., Han, K., Kim, B. S., Koo, H. Y., ... & Ham, D. I. (2024). The risk of fracture in age-related macular degeneration according to the presence of visual disability: A nationwide cohort study. *Eye*, 38(2), 364-371.
- Yorulmaz R, Erdem R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *USAYSAD Derg.*, 7(1), 57-74
- Zhong, H., & Wang, Z. (2024). Split household and smoking behaviour of rural migrants in China. *Public Health*, 231, 7-14.
- Zimmerman, G. J., & Zebehazy, K. T. (2011). Blindness and low vision. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education* (pp. 247-261). New York: Routledge.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Sevgili Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı sağlık inanç modeline dayalı verilen eğitimin görme engelli bireylerin sigara içme algı ve davranışlarına etkisini belirlemektir. Bunun için sizden aşağıda yer alan anketi ve ölçekleri doldurmanız istenmektedir.

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

Ankete katıldığınız için teşekkürler...

Adınız Soyadınız:

Size ulaşabileceğimiz telefon numarası:

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

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

I) Sosyodemografik özellikler

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: 1 Erkek 2. Kadın
3. Öğrenim durumu: 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite 7.
Lisansüstü
4. Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer(.....)
5. Aile tipiniz nedir? 1. Çekirdek 2. Geniş 3. Diğer....
6. Çocuğunuz var mı? 1. Hayır 2. Evet (Erkek:, Kız:))
7. Mesleğiniz nedir?.....
8. Sosyal güvenceniz var mı? 1. Var 2. Yok
9. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
10. Aylık geliriniz ne kadar?TL
11. Sizece ekonomik durumunuz nasıldır? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü
5. Çok kötü
12. Herhangi kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

13. Kronik hastalığınız var ise bu hastalık(lar)
nedir?.....

II) Görme durumu ile ilgili sorular

14. Görme engeliniz ne zaman oluştu? 1. Doğuştan 2. Sonradan (.....
yaşında)

15. Görme engeli nedeniniz nedir?.....

16. Görme engelinizin derecesi nedir?.....

17. Görme engelinize ek başka bir engeliniz var mı? 1. Evet (.....) 2.
Hayır

18. Bilgiye erişimde tercih ettiğiniz yöntem nedir?

1. Dokunsal 2. Görsel 3. İşitsel

III) Sigara kullanımı ile ilgili sorular

19. Sigara içiyor musunuz (Cevabınız evet isesoruya geçiniz)

1. Evet 2. Hayır 3.yıl/ay/hafta/gün önce bıraktım

20. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

21. Sigara içtiğinizi kim/ kimler biliyor?

1. Ailem 2. Arkadaşlarım 3. Aile hekimim 4. Kimse
bilmiyor, gizli içiyorum

22. Evde sizden başka sigara içen var mı? 1. Evet..... 2. Hayır

23. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi? 1. Evet 2. Hayır

Evet ise hangi yöntemle bırakmayı denediniz?

1. Kendi kendime bıraktım 2. İlaç kullanarak
bıraktım.....(İlacın adı)

24. Sigara kullanımının göz sağlığınızı kötü yönde etkilediğini düşünüyor
musunuz?

1. Evet 2. Hayır

.....

25. Sigaraya nasıl ulaşıyorsunuz?

1. Arkadaşımdan/ Aile bireyinden alıyorum
2. Arkadaşım/aile bireyi benim için satın alıyor
3. Kendim satın alıyorum



Ek 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde
- b. 6-30 dakika içinde
- c. 31-60 dakika içinde
- d. 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

- a. Evet
- b. Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- a. Sabah ilk içilen sigara
- b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 31 ve daha fazla
- b. 21-30 adet
- c. 11-20 adet
- d. 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

EK 3. Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeği

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Duyarlılık Algısı	1. Eğer sigara içmeye devam edersem kanser olmaktan korkuyorum.					
	2. Eğer sigara içmeye devam edersem kalp hastası olmaktan korkuyorum.					
	3. Eğer sigara içmeye devam edersem ömrümün kısılacığından korkuyorum.					
	4. Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanların sağlığına zarar vermekten endişeleniyorum.					
	5. Eğer sigara içmeye devam edersem çocuk sahibi olamamaktan korkuyorum.					
	6. Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanlara da alıştırmaktan endişeleniyorum.					
	7. Vücudumda Kötü kokular diş- saç ve bıyık sararmalarından endişeleniyorum.					
Önem Algısı	8. En yakın zaman da sigarayı bırakmak benim için çok önemlidir.					
Yarar algısı	9. Eğer sigara içmeyi bırakırsam kanser olma riskim azalır.					
	10. Eğer sigara içmeyi bırakırsam kalp hastası olma riskim azalır.					
	11. Eğer sigara içmeyi bırakırsam daha uzun süre yaşayacağıma inanıyorum.					
	12. Eğer sigara içmeyi bırakırsam para tasarrufu sağlayacağıma inanıyorum.					
	13. Eğer sigara içmeyi bırakırsam diş ve diş eti hastalıklarından korunacağıma inanıyorum.					
Engel algısı	14. Arkadaş ortamında zorluk yaşayacağımdan endişeleniyorum.					
	15. Bırakamayacağıma inanıyorum.					
Eyleme Geçiriciler	16. Tıbbi destek alırsam bırakabileceğime inanıyorum.					
	17. Okul-arkadaş çevresinden uzaklaşırsam bırakabileceğime inanıyorum.					
	18. Ciddi bir hastalığa yakalanırsam bırakabileceğime inanıyorum.					
Öz yeterlilik	19. Eğer gerçekten istersem sigarayı bırakabilirim.					

Anket ve Ölçekler BRAILLE Çıktı

1. Soru: Soru metni

2. Soru: Soru metni

3. Soru: Soru metni

4. Soru: Soru metni

5. Soru: Soru metni

6. Soru: Soru metni

7. Soru: Soru metni

8. Soru: Soru metni

9. Soru: Soru metni

10. Soru: Soru metni

11. Soru: Soru metni

12. Soru: Soru metni

13. Soru: Soru metni

14. Soru: Soru metni

15. Soru: Soru metni

16. Soru: Soru metni

17. Soru: Soru metni

18. Soru: Soru metni

19. Soru: Soru metni

20. Soru: Soru metni

21. Soru: Soru metni

22. Soru: Soru metni

23. Soru: Soru metni

24. Soru: Soru metni

25. Soru: Soru metni

1. פתח
 2. פתח
 3. פתח
 4. פתח
 5. פתח
 6. פתח
 7. פתח
 8. פתח
 9. פתח
 10. פתח
 11. פתח
 12. פתח
 13. פתח
 14. פתח
 15. פתח
 16. פתח
 17. פתח
 18. פתח
 19. פתח
 20. פתח
 21. פתח
 22. פתח
 23. פתח
 24. פתח
 25. פתח
 26. פתח
 27. פתח
 28. פתח
 29. פתח
 30. פתח
 31. פתח
 32. פתח
 33. פתח
 34. פתח
 35. פתח
 36. פתח
 37. פתח
 38. פתח
 39. פתח
 40. פתח
 41. פתח
 42. פתח
 43. פתח
 44. פתח
 45. פתח
 46. פתח
 47. פתח
 48. פתח
 49. פתח
 50. פתח
 51. פתח
 52. פתח
 53. פתח
 54. פתח
 55. פתח
 56. פתח
 57. פתח
 58. פתח
 59. פתח
 60. פתח
 61. פתח
 62. פתח
 63. פתח
 64. פתח
 65. פתח
 66. פתח
 67. פתח
 68. פתח
 69. פתח
 70. פתח
 71. פתח
 72. פתח
 73. פתח
 74. פתח
 75. פתח
 76. פתח
 77. פתח
 78. פתח
 79. פתח
 80. פתח
 81. פתח
 82. פתח
 83. פתח
 84. פתח
 85. פתח
 86. פתח
 87. פתח
 88. פתח
 89. פתח
 90. פתח
 91. פתח
 92. פתח
 93. פתח
 94. פתח
 95. פתח
 96. פתח
 97. פתח
 98. פתח
 99. פתח
 100. פתח

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

.. 1992:

.. 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:
1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

.. 1992:

.. 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:
1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

.. 1992: 1992:

.. 1992:

.. 1992:

.. 1992:

.. 1992: 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

.. 1992:

.. 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:
1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:
1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

.. 1992: 1992:

.. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

314. 1992: 1992: 1992: 1992: 1992:

ספרה.

ג. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

מפעלים ממשלתיים.

ג. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

מפעלים פרטיים. א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים.

א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים פרטיים. א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים פרטיים.

א. ה. המעורבות

הממשלתית

הממשלתית.

א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים. א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים פרטיים. א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים פרטיים.

א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים.

א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים פרטיים. א. ה. המעורבות

הממשלתית במפעלים

פרטיים. א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים. א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים. א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים. א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים.

א. ה. המעורבות הממשלתית במפעלים

פרטיים.

א. תחילת המסע
ב. תחילת המסע
ג. תחילת המסע
ד. תחילת המסע
ה. תחילת המסע
ו. תחילת המסע
ז. תחילת המסע
ח. תחילת המסע
ט. תחילת המסע
י. תחילת המסע

א. תחילת המסע
ב. תחילת המסע
ג. תחילת המסע
ד. תחילת המסע
ה. תחילת המסע
ו. תחילת המסע

א. תחילת המסע
ב. תחילת המסע
ג. תחילת המסע
ד. תחילת המסע
ה. תחילת המסע
ו. תחילת המסע
ז. תחילת המסע
ח. תחילת המסע
ט. תחילת המסע
י. תחילת המסע

א. תחילת המסע
ב. תחילת המסע
ג. תחילת המסע
ד. תחילת המסע
ה. תחילת המסע
ו. תחילת המסע
ז. תחילת המסע
ח. תחילת המסע
ט. תחילת המסע
י. תחילת המסע

א. תהיה חברה בע"מ
ב. תהיה חברה בע"מ
ג. תהיה חברה בע"מ
ד. תהיה חברה בע"מ
ה. תהיה חברה בע"מ

א. תהיה חברה בע"מ
ב. תהיה חברה בע"מ
ג. תהיה חברה בע"מ
ד. תהיה חברה בע"מ
ה. תהיה חברה בע"מ

אֵת הַיּוֹם הַזֶּה לְמַעַן יַעֲבֹדוּ
אֶת הַיְיָ אֱלֹהֵי הָאֲרָצוֹת
אֲשֶׁר בְּקִרְבֵּי הַיָּם לְמַעַן יֵשְׁבִי
לְעַד בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ

.וְעַתָּה יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֵת הַיּוֹם הַזֶּה לְמַעַן יַעֲבֹדוּ
אֶת הַיְיָ אֱלֹהֵי הָאֲרָצוֹת
אֲשֶׁר בְּקִרְבֵּי הַיָּם לְמַעַן יֵשְׁבִי
לְעַד בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ

.וְעַתָּה יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֵת הַיּוֹם הַזֶּה לְמַעַן יַעֲבֹדוּ
אֶת הַיְיָ אֱלֹהֵי הָאֲרָצוֹת
אֲשֶׁר בְּקִרְבֵּי הַיָּם לְמַעַן יֵשְׁבִי
לְעַד בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ
וְיִשְׁבְּנוּ בְּרַחֲמֵי הַיְיָ אֱלֹהֵינוּ

אֲרֵיבֵיבֵי אֲלֵבֵיבֵי:
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי

אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי:
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי

אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי:
אֲרֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵי אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵי
אֲרֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵיבֵי



**SIVAS C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

(DENEY GRUBU)

Sayın katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Sağlık İnanç Modeline Dayalı Verilen Eğitimin Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Algı ve Davranışlarına Etkisi**” dır.

Bu araştırmanın amacı, Sağlık İnanç Modeli temelli hazırlanan eğitim materyalleri kullanılarak sigara bağımlılığına ve bağımlılığın zararlarına ilişkin verilecek olan eğitimin görme engelli bireylerin sigara algı ve davranışlarına etkisi değerlendirilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın kapsamı anket uygulaması, hemoglobün ölçüm cihazı kullanılarak kan hemoglobün düzeyinizin ölçülmesi, CO ölçüm cihazı kullanılarak solunumunuzdaki CO miktarının ölçülmesi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sağlık İnanç Modeline göre sigara bırakma ölçeğidir. Anketimiz sosyodemografik özelliklerinizi (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, aile tipi, yaşanılan yer) içeren 14 soru, görme engeli durumunuz ile ilgili (görme engelinin oluşma zamanı, görme engeli derecesi, görme engeli nedeniyle yardımcı cihaz kullanma durumu, görme engeli dışında bir engelinin olup olmaması, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyup duymaması, bilgiye erişimde tercihi) 9 soru ve sigara içme özelliklerini (Sigara içme durumu, sigara içme sayısı, sigara içtiğini bilen kişiler, evde sigara içen birey varlığı, daha önce sigara bırakma girişimi olup olmama durumu, sigaranın sağlığı etkileme durumu, sigaranın göz sağlığı üzerine etkisi, sigaraya ulaşım durumu, sigara içmeyi bırakma isteme durumu) içeren

11 soru olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 6 sorudan oluşan bir ölçme aracıdır. Sağlık İnanç Modeline göre sigara bırakma ölçeği ise 19 maddeden oluşan 5li likert tipi bir ölçüm aracıdır. Formların doldurulması 30-40 dakika kadar sürecektir. Formlar sizin görme düzeyinize ve ihtiyaçlarınıza göre düzenlenecek ve bilgilerinizin gizliliği korunacak şekilde yapmanız sağlanacaktır. **Araştırma grubunu sizin gibi görme engelli bireylerden oluşturacaktır.** Araştırmanın uygulama bölümü 3 hafta sürecek olup her hafta 1 kere olmak üzere toplam 3 kere yüz yüze bir araya gelerek planlamış olduğumuz eğitimleri vereceğim. Eğitimlerin sonunda ve eğitim sonlandıktan 1 ay sonra ve 3 ay sonra izlem için ve son olarak 6. ayda son test için yine bir araya geleceğiz. Araştırmanın başında doldurmanı istediğimiz ölçek formlarını çalışmanın sonunda ve izlem zamanında da doldurmanızı isteyeceğim.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacı tarafından size yöneltilen sorulara içtenlikle cevap vermenizdir. Özellikle ölçekleri cevaplandırırken cevaplanmayan soru bırakmamanız ve içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın amacına ulaşılması açısından önemlidir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Elde edilen verilerin siz görme engelli bireylerin içinde bulunduğu bu durumu ve ihtiyaç duyduğunuz konuları **tanımlamamıza** yardımcı olması ve bu doğrultuda **topluma hizmet veren profesyonellere yol gösterici olması hedeflenmektedir.** Çalışma süresince sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için **0530 XXX XXXX** numaralı telefondan araştırmacı **Öğr. Gör. Funda TUNCER ŞAHİN'e** başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690
 691
 692
 693
 694
 695
 696
 697
 698
 699
 700
 701
 702
 703
 704
 705
 706
 707
 708
 709
 710
 711
 712
 713
 714
 715
 716
 717
 718
 719
 720
 721
 722
 723
 724
 725
 726
 727
 728
 729
 730
 731
 732
 733
 734
 735
 736
 737
 738
 739
 740
 741
 742
 743
 744
 745
 746
 747
 748
 749
 750
 751
 752
 753
 754
 755
 756
 757
 758
 759
 760
 761
 762
 763
 764
 765
 766
 767
 768
 769
 770
 771
 772
 773
 774
 775
 776
 777
 778
 779
 780
 781
 782
 783
 784
 785
 786
 787
 788
 789
 790
 791
 792
 793
 794
 795
 796
 797
 798
 799
 800
 801
 802
 803
 804
 805
 806
 807
 808
 809
 810
 811
 812
 813
 814
 815
 816
 817
 818
 819
 820
 821
 822
 823
 824
 825
 826
 827
 828
 829
 830
 831
 832
 833
 834
 835
 836
 837
 838
 839
 840
 841
 842
 843
 844
 845
 846
 847
 848
 849
 850
 851
 852
 853
 854
 855
 856
 857
 858
 859
 860
 861
 862
 863
 864
 865
 866
 867
 868
 869
 870
 871
 872
 873
 874
 875
 876
 877
 878
 879
 880
 881
 882
 883
 884
 885
 886
 887
 888
 889
 890
 891
 892
 893
 894
 895
 896
 897
 898
 899
 900
 901
 902
 903
 904
 905
 906
 907
 908
 909
 910
 911
 912
 913
 914
 915
 916
 917
 918
 919
 920
 921
 922
 923
 924
 925
 926
 927
 928
 929
 930
 931
 932
 933
 934
 935
 936
 937
 938
 939
 940
 941
 942
 943
 944
 945
 946
 947
 948
 949
 950
 951
 952
 953
 954
 955
 956
 957
 958
 959
 960
 961
 962
 963
 964
 965
 966
 967
 968
 969
 970
 971
 972
 973
 974
 975
 976
 977
 978
 979
 980
 981
 982
 983
 984
 985
 986
 987
 988
 989
 990
 991
 992
 993
 994
 995
 996
 997
 998
 999
 1000



**SIVAS C. Ü. GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

(KONTROL GRUBU)

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Sağlık İnanç Modeline Dayalı Verilen Eğitimin Görme Engelli Bireylerin Sigara İçme Algı ve Davranışlarına Etkisi**” dır.

Bu araştırmanın amacı, Sağlık İnanç Modeli temelli hazırlanan eğitim materyalleri kullanılarak sigara bağımlılığına ve bağımlılığın zararlarına ilişkin verilecek olan eğitimin görme engelli bireylerin sigara kullanımına etkisi değerlendirilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın kapsamı anket uygulaması, hemoglobün ölçüm cihazı kullanılarak kan hemoglobün düzeyinin ölçülmesi, CO ölçüm cihazı kullanılarak solunumunuzdaki CO miktarının ölçülmesi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sağlık İnanç Modeline göre sigara bırakma ölçeğidir. Anketimiz sosyodemografik özelliklerinizi (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, aile tipi, yaşanılan yer) içeren 14 soru, görme engeli durumunuz ile ilgili (görme engelinin oluşma zamanı, görme engeli derecesi, görme engeli nedeniyle yardımcı cihaz kullanma durumu, görme engeli dışında bir engelinin olup olmaması, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyup duymaması, bilgiye erişimde tercihi) 9 soru ve sigara içme özelliklerini (Sigara içme durumu, sigara içme sayısı, sigara içtiğini bilen kişiler, evde sigara içen birey varlığı, daha önce sigara bırakma girişimi olup olmama durumu, sigaranın sağlığı etkileme durumu, sigaranın göz sağlığı üzerine etkisi, sigaraya ulaşım durumu, sigara içmeyi bırakma isteme durumu) içeren

11 soru olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 6 sorudan oluşan bir ölçme aracıdır. Sağlık İnanç Moleline göre sigara bırakma ölçeği ise 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçüm aracıdır. Formların doldurulması 30-40 dakika kadar sürecektir. Formlar sizin görme düzeyinize ve ihtiyaçlarınıza göre düzenlenecek ve bilgilerinizin gizliliği korunacak şekilde yapmanız sağlanacaktır. **Araştırma grubunu sizin gibi görme engelli bireylerden oluşturacaktır.** Araştırmanın ortalama 6 ay hafta kadar sürmesi planlanmaktadır. 1. ve 3. ayda izlem için son olarak da 6. ayda son test için bir araya gelerek size vermiş olduğum ölçek ve anketleri doldurmanızı isteyeceğim.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacı tarafından size yöneltilen sorulara içtenlikle cevap vermenizdir. Özellikle ölçekleri cevaplandırırken cevaplanmayan soru bırakmamanız ve içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın amacına ulaşılması açısından önemlidir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Elde edilen verilerin siz görme engelli bireylerin içinde bulunduğu bu durumu ve ihtiyaç duyduğunuz konuları **tanımlamamıza** yardımcı olması ve bu doğrultuda **topluma hizmet veren profesyonellere yol gösterici olması hedeflenmektedir.**

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için **0530 XXX XXXX** numaralı telefondan araştırmacı **Öğr. Gör. Funda TUNCER ŞAHİN'e** başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Bilgilendirilmiş Olur Formu_Kontrol Grubu BRAILLE Çıktı

1. BİRİMİN ADI : İZMİR İL SAĞLIK BAKANLIĞI
2. BİRİMİN KODU : 01
3. BİRİMİN YERİ : İZMİR
4. BİRİMİN İLİ : İZMİR
5. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR

6. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR

7. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
8. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
9. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
10. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
11. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
12. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
13. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
14. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
15. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
16. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
17. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
18. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
19. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
20. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
21. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
22. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
23. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
24. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
25. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
26. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
27. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
28. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
29. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
30. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
31. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
32. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
33. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
34. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
35. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
36. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
37. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
38. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
39. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
40. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
41. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
42. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
43. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
44. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
45. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
46. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
47. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
48. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
49. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR
50. BİRİMİN İLÇESİ : İZMİR

צוּ אֲשַׁר הָיְתָה אֵת הַיָּם וְאֵת הַיַּבֵּשׁ׃
וְעַתָּה יִשְׂרָאֵל מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃
וְעַתָּה מְעַלְלֵי אֲשָׁר׃
וְלַחֲסוֹדֵי נַפְשְׁךָ מֵאֵת הַיָּם׃

EK 4: Eğitim Kitapçığı

Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde

Görme Engelli Bireyler İçin

Sigara Bırakma

Eğitim Kitapçığı

SİGARAYI BIRAKMAK İSTER MİSİNİZ?



Resim 1 Betimleme: Bir tek sigarayı kırmızı bir daire içine alıp üzerine yasak anlamında kırmızı çizgi çizilmiştir.

Hazırlayan:

Öğr. Gör. Funda TUNCER ŞAHİN

Doç. Dr. Semra KOCATAŞ

İçindekiler

<u>SUNUŞ</u>	133
<u>Sağlık İnanç Modeli Nedir?</u>	134
<u>Duyarlılık Algısı/Genel Sağlık Değeri</u>	134
<u>Bağımlılık nedir?</u>	134
<u>Sigara Bağımlılığı Nedir?</u>	135
<u>Sigara Bağımlılığı İçin Risk Faktörleri nelerdir?</u>	136
<u>Sigara bağımlılığında koşullu uyaranların rolü nedir?</u>	137
<u>Önemseme/Ciddiyet Algısı</u>	138
<u>Sigaranın insan vücuduna verdiği zararlar nelerdir?</u>	138
<u>Sigaranın göz sağlığı üzerine etkileri nelerdir?</u>	139
<u>Yarar Algısı</u>	139
<u>Sigaranın maliyetinin ortadan kaldırılması</u>	139
<u>Sigara Kullanımını Bıraktıktan Sonra Vücudumuzda Meydana Gelen Değişimler;</u>	140
<u>Göz Sağlığı Açısından Meydana Gelen Değişimler</u>	140
<u>Sağlık Motivasyonu</u>	141
<u>Yeme Alışkanlığını Düzenleme</u>	141
<u>Uyku alışkanlığını düzenleme</u>	142
<u>Egzersiz yapma</u>	143
<u>Stresli yaşam olaylarıyla etkili baş edebilme</u>	143
<u>Boş zamanları değerlendirecek eylemler bulma ve bu eylemleri uygulama</u>	145
<u>Engel Algısı</u>	145
<u>Sigarayı bırakma davranışında karşılaşılabilecek engeller nelerdir?</u>	145
<u>Bireysel Duyarlılık Algısı</u>	145
<u>Göz sağlığını korumak için neler yapılabilir?</u>	145
<u>KAYNAKLAR</u>	147

SUNUŞ

Günümüzde dünyada tek başına en önemli ölüm nedeni olan sigara; tüketicisine nakit, düzenli olarak ödenen maddi bir bedel karşılığında vücuduna ve yaşamına zararlar veren aynı zamanda merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yapan yasal ve doğal bağımlılığa neden olan bir maddedir. Yapılan çalışmalar sigara kullanımının her geçen gün arttığını ve sağlığı olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Sizlere sunulan bu eğitim kitapçığı sağlık inanç modeli rehber alınarak hazırlanmıştır. Hazırlamış olduğumuz bu rehber ile sigara kullanım sıklığınızın azalmasını ve sigara kullanımının bırakılmasını, buna bağlı olarak sağlığınıza ve özellikle göz sağlığınıza koruyup geliştirmeyi amaçlamaktayız. Bu eğitim kitapçığının yaşamınızı daha sağlıklı bir şekilde sürdürmenize yardımcı olmasını diliyoruz.

Sağlık İnanç Modeli Nedir?

Sağlık inanç modeli, bireylerin sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerini artırmak, kişisel risk algılarını geliştirmek, riski azaltmak veya ortadan kaldırmak için yapılacak eylemleri teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu model bireylerde bir öz-yeterlik duygusu oluşturur. Sağlığı koruyan ve daha da ileriye gitmesini sağlayan davranışları geliştirmenin yanında pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, hastayı neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede kullanılan etkin bir rehberdir. Model, bireye odaklanarak, sağlık davranışlarının yer aldığı sosyal bağlamı tanıyarak ele almaktadır (Green ve ark., 2020; Gözüm ve Çapık, 2014). Modelin altı bileşeni bulunmaktadır. Hazırlamış olduğumuz eğitim kitapçığı da bu başlıklar çerçevesinde hazırlanarak sizlere sunulmaktadır. Eğer kişinin sağlık sorununa ilişkin duyarlılığı ve ciddiyet algısı yüksek ise hedeflenen yararlı davranışı algılaması ve uygulaması daha kolay olmaktadır. Kişinin, sağlık davranışını gerçekleştirmesinde önündeki engeller ne kadar az ise ya da kişi bu engelleri ne kadar düşük algılıyorsa bireyin sağlık davranışını benimsemesi o denli kolay olacaktır (Gözüm ve Çapık, 2014; Sulat ve ark., 2018; Li ve ark., 2021).

Duyarlılık Algısı/Genel Sağlık Değeri

Bu başlık altında, bağımlılık ve sigara bağımlılığı ile ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir.

Bağımlılık nedir?

Genel anlamı ile bağımlılık; bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumudur. Pek çok uzmanın bu kavramı farklı bakış açıları ile tanımladığı görülmektedir. Bazı uzmanlar **bağımlılığı**, madde kullanımı sırasında ortaya çıkan ve bireyin daha önceden önem verdiği başka davranışlarla önceliği kıyaslandığında ön sıraya geçen birçok davranışsal, bilişsel ve fizyolojik değişikliklerle görülen bir durum olarak ifade etmiştir. Bazıları ise **bağımlılığı**, tolerans gelişiminin olduğu, kişiyi fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyen ve bu etkilere rağmen kişilerin kullanıma devam ettiği, tekrarlamalarla seyredabilen kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlamışlardır. Bununla birlikte **bağımlılığı**; stres ve kaygı gibi içimizde

yaşadığımız huzursuzluktan kaçınma, bu durumlarla başa çıkabilmek için kullanımın devam ettiği bir davranış örüntüsü olarak tanımlayan uzmanlara da rastlanılmaktadır (Uğurlu ve ark., 2012).

Son olarak bağımlılık; kullanılan bir maddeyi kullanmayı bırakmak isteyip defalarca bunu başaramama, zamanla kullanılan maddenin miktarının artırılması ve bırakıldığı zaman kişide yoksunluk belirtilerinin çıkmasına neden olan bir durum şeklinde tanımlanabilir (DSM-5, 2016; Kargın ve Hiçdurmaz, 2018; Kocataş ve Güler, 2019; Tunç ve Kolburan, 2019; Yengin, 2019). Bağımlılık, tanımlarda da görüldüğü üzere bireyler tarafından farklı durumlara, farklı nesnelere ve farklı maddelere karşı sergilenebilir. Maddelere yönelik duyulan bağımlılık türlerinin en yaygın olanı sigara bağımlılığıdır. Aşağıdaki bölümde sigara bağımlılığı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.



Resim 2 Betimleme: Başını ellerinin arasına almış düşünen bir insan figürünün etrafında alkol, oyun, ilaç, madde, sigara gibi bağımlılık yapan maddeler yarım daire şeklinde sıralanmıştır.

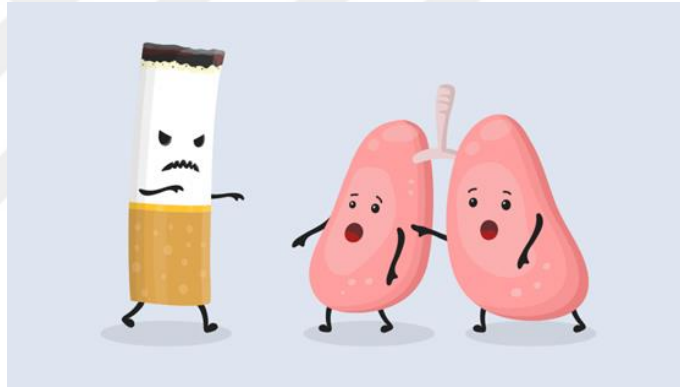
Sigara Bağımlılığı Nedir?

Sigara bağımlılığı, sigara içme veya dumanının inhalasyonu zamanla kişide nikotin alımından kaynaklanan, bireylere fiziksel ve psikolojik olarak ciddi zararları bulunan bir bağımlılık türüdür (Kocataş ve Güler, 2019). Sigara ülkemizde önlenebilir olmakla birlikte hastalık ve ölüm nedenleri arasında özellikle erkekler de ilk sırayı almaktadır (Bozkurt ve Bozkurt, 2016; Tutka ve ark., 2019; Yang ve Ma, 2021).

Dünyada tek başına en önemli ölüm nedeni olan sigara; tüketicisine nakit, düzenli olarak ödenen maddi bir bedel karşılığında vücuduna ve yaşamına zararlar veren bir madde olarak görülmektedir. Sigara bağımlılığı, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiye sahip yasal ve doğal bağımlılık yapıcı maddedir. Nikotin başta olmak

üzere içeriğinde barındırdığı 4000'den fazla zararlı madde ile başta; akciğer kanseri olmak üzere kalp hastalıkları gibi daha birçok kronik hastalığa neden olmaktadır (Özcan ve ark., 2013; Tutka ve ark., 2019). İnsanların ciddi hastalıklara yakalanacaklarını bilmelerine karşı sigarayı bırakması durumunda kendisini boşlukta hisseceğini, dikkatinin dağılacağını, iş veriminin düşeceğini, duygu ve düşüncelerini ifade etmekte zorluk çekeceğini ve hatta sigarasız yaşayamayacaklarını ifade ettikleri bilinmektedir (Rujnan ve ark., 2019).

Bireyler tarafından bu tarz ifadelerle bırakmaktan kaçınılan sigara bağımlılığında, bağımlılığa yol açan risk faktörlerinin açık ve net bir şekilde bağımlılara anlatılması kritik derecede önemlidir. Bu nedenle aşağıdaki bölümde bu risk faktörlerinin neler olduğu açıklanmıştır.



Resim 3 Betimleme: ellerini uzatarak korkunç bir yüz ifadesi ile akciğerlere doğru yaklaşan sigaradan korkan akciğer figürü

Sigara Bağımlılığı İçin Risk Faktörleri nelerdir?

Sigaraya içme davranışına başlama durumunun insan yaşamında birçok nedeni olabilir. Sosyoekonomik durum, arkadaş grubunun sigara içmesi, aile bireylerinin sigara kullanımı, özentisi, kişisel merak gibi pek çok neden sıralanabilir. Yapılan çalışmalar ve uzmanların bilgileri, genellikle sosyoekonomik durumu düşük bireylerin daha fazla sigara içtiği yönündedir. Diğer bir neden olan, arkadaş grubunda sigara içiliyor olması ise sigaraya başlama ve devam ettirme davranışını etkilemektedir. Yine aynı şekilde aile bireylerinden en az birinin sigara kullanıyor olması diğer aile üyeleri için örnek (rol modeli) olarak alınabilmektedir. Diğer risk

faktörleri olarak kabul edilen durumlar ise özentisi ve kişisel merak. Özellikle ergenlik ve gençlik dönemindeki bireylerde bu nedenlerle sigara başlayan kişi sayısının çok olduğu düşünülmektedir.

Sigara bağımlılığı cinsiyet ve yaş değişkenine göre ele alındığında; erkeklerin kadınlara oranla daha çok sigara içtiği görülmektedir. Bu durum, cinsiyetin de önemli bir risk faktörü olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Yaş değişkeni ele alındığında ise sigara kullanımının genellikle genç yaşlarda başladığı belirtilmektedir. Dolayısıyla tıpkı cinsiyet değişkeninde olduğu gibi bu durum da bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Tüm bu sıralanan risk faktörlerinin yanı sıra psikolojik durum, stres, genetik faktörler (sigara içmeye genetik olarak yatkın olma), reklamların etkisi, engellilik ve sosyal dışlanma sigara bağımlılığı için risk oluşturmaktadır (Doğan ve Ulukol, 2010; Kocataş ve Güler, 2019; Leelavathi, 2019; Santora ve ark., 2019; Sarısoy, 2019; Tanrikulu ve ark., 2009; Yiğman ve ark., 2022).

Sigara bağımlılığının oluşmasında pek çok risk faktörünün olduğu yukarıda açıklanmıştır. Bu faktörler kadar koşullu uyanların bu bağımlılığın ortaya çıkmasında ve sürdürülmesindeki rolünün de önemli olduğu düşünülmektedir. Aşağıdaki başlıkta koşullu uyanların sigara bağımlılığındaki rolü açıklanmıştır.



Resim 4 Betimleme: Ayağından sigaraya zincirlenmiş bir insan figürü

Sigara bağımlılığında koşullu uyanların rolü nedir?

Arkadaşının elinde gördüğü bir sigara, masa üzerinde gördüğü bir sigara paketi, daha önce sigara içtiği ortama ait görüntüler veya sesler, sigara içimi ile eşleşmiş ruh hali gibi nedenler sigara içme konusunda kişileri harekete geçiren ve içme isteğini

uyandıran koşullu tepkiye neden olmaktadır. Bu durumun sonucunda gün boyu yeniden aktif edilen sigara içme isteği durumu görülmektedir (Kocataş ve Güler, 2019).



Resim 5 Betimleme: Ağzlarında sigarayı bebek emziği gibi tutan ve birbirine yorgun ve umutsuz bakan ileri yaşta bir kadın ve bir erkek figürü

Önemseme/Ciddiyet Algısı

Sigara bağımlılığı ile ilişkilendirilecek önemli bir durum da önemseme/ciddiyet algısıdır. Sigara içme alışkanlığının sürdürülmesinde ciddiyet algısı önem taşımaktadır. Sigaranın zararlı etkilerinin farkında olma düzeyi, kişinin sigara içme davranışını etkiler. Şöyle ki sigaranın vücuduna, tüm organ ve sistemlere, çevresine, ekonomik durumuna olan zararlı etkilerine yönelik yüksek farkındalık geliştiren bir bireyin sigarayı bırakmaya karar vermesi ve ilerleyen süreçte sigara içme davranışından vazgeçmesi olasıdır. Bu nedenle sigara kullanımının genelde insan vücuduna, özelde gözlere verdiği zararların vurgulanması, özellikle görme engelli bireylerin sigarayı bırakmaya karar vermeleri üzerinde etkili olacaktır.

Sigaranın insan vücuduna verdiği zararlar nelerdir?

Sigara kullanımı başta akciğerler olmak üzere birçok kanser türünün (larinks, özofagus, ağız boşluğu, mesane vb.) görülmesine, solunum sistemi hastalıklarının (KOAŞ gibi) oluşmasına, ağız yaralarının oluşumuna, sindirim sistemi hastalıklarının oluşumuna, kalp damar hastalıklarının görülmesine ve bunun yanı sıra romatizmal hastalıklar, endokrin hastalıklar, böbrek hastalıkları, diş ve diş eti hastalıkları, erkek üreme sistemi hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğumsal

anomaliler, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olaylar ve anevrizmalar (atardamarların genişlemesi) gibi pek çok hastalığa neden olmaktadır (Zyriax ve ark., 2018; Huang ve Shi, 2019; Kocataş ve Güler, 2019; Sarısoy, 2019).

Sigaranın göz sağlığı üzerine etkileri nelerdir?

Sigara kullanımının birçok hastalığa neden olmasının yanı sıra göz sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sigara kullanımının miktar ve süresi arttıkça glokom (Göz içi basıncın yükselmesi/göz tansiyonunun yüksek olması) gibi sorunlar görülebilmektedir. Glokom açısından risk faktörleri varsa (ailesel yatkınlık, hipertansiyon hastalığı gibi) sigara kullanım sıklığı ve süresine bakılmaksızın bu rahatsızlığın görülme sıklığı artmaktadır (Çankaya ve ark., 2007).

Sigara içen bireyler; gözlerinin koroid tabakasında incelme, gözün koroid tabakasının kanlanması azalması gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir (Duman ve ark., 2018). Ayrıca sigara kullanımı ile birlikte gözde katarakt oluşumu artmakta buna bağlı olarak görme kayıpları ortaya çıkmaktadır. Öte yandan yaşa bağlı makula dejenerasyonu görülme riski sigara içmeyenlerle kıyaslandığında 3 kat daha fazla olmaktadır. Bunların yanı sıra sigara içenlerde göz kuruluğu, göz kaslarının bozulması ve buna bağlı şaşılık, ışığa karşı hassasiyetin fazla olması, gece görüşünün azalması ve ani görme kaybı riski sigara içmeyenlere kıyasla 16 kat daha fazla görülmektedir (Beltrán-Zambrano ve ark., 2018; Ham ve ark., 2020; Nam ve ark., 2018; Nuryunarsih, 2021; Taylor, 2021; Tunç ve ark., 2003; West, 2021).



Resim 6 Betimleme: Bir elinde havuç diğer elinde spor malzemesi olan sağlıklı bir göz figürü

Yarar Algısı

Sigaranın maliyetinin ortadan kaldırılması

Sigaranın kullanım miktarı ve süresi arttıkça hem ekonomik yükü hem de maliyeti artmaktadır (Dökmen ve ark., 2019). Sigaraya uygulanan vergilerin artırılmasıyla

özellikle yetişkinlerin sigarayı bıraktıkları ve bununla birlikte sigaranın neden olduğu hastalıkların azalarak ekonomik maliyetin düştüğü Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılındaki raporunda yer almaktadır (DSÖ, 2010). Aslında sigaraya harcanan para; gıda, barınma, eğitim ve sağlığa harcanamayan paradır. Sigara ve tütün kullanımının bırakılması ile birlikte sigaraya harcanan para bireylere kalacaktır. Bunun yanı sıra sigara veya tütün kullanımına bağlı gelişebilecek hastalıklar azalacağı için sağlık harcamalarını da azalacaktır (Işık 2019; Hızırıcı-Beşer ve Aşkın, 2019).

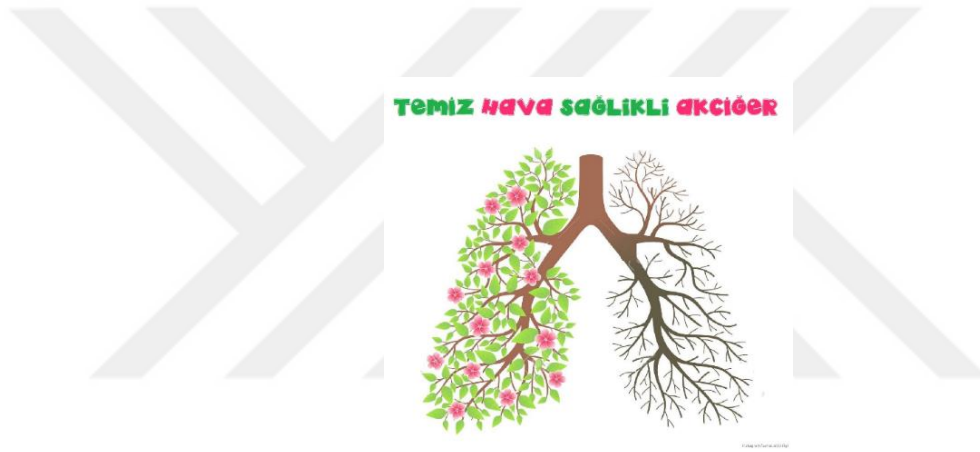
Sigara Kullanımını Bıraktıktan Sonra Vücudumuzda Meydana Gelen Değişimler;

- 20 dakika sonra nabız kan basıncı normale döner.
- 8 saat sonra CO azalır, oksijen artar. Kandaki oksijen seviyesi normal seviyeye gelir.
- 24 saat sonra karbonmonoksit vücuttan atılır. Kalp krizi olasılığı azalır.
- 48 saat sonra koku ve tat duyusu normale döner.
- 72 saat sonra soluk alıp vermek kolaylaşır, enerji düzeyi artar.
- 2-12 hafta sonra vücuttaki dolaşım düzelir, yürürken meydana gelen yorulma ve tıkanmalar azalır.
- 1 Ay sonra kan dolaşımını normale döner.
- 3- 9 ay sonra kısa süreli ve hırıltılı soluk almalar düzelir ve akciğer performansı %5 ila%10 artar.
- 1 yıl sonra kalp krizi riski %50 azalır.
- 12-36 ayda mesane kanserine yakalanma riski %50 azalır.
- 5 yılda solunum yollarıyla ilgili kanserlere yakalanma riski %50 azalır.
- 10- 15 yıl sigara içmemeye devam ettiğiniz sürece, kalp krizi geçirme olasılığı sigara içmeyenler ile aynı seviyeye iner ve akciğer kanserine yakalanma riski içenlere göre yarı yarıya azalır (Atlı ve ark., 2006; Bilir, 2007; Özcan ve ark., 2013; Dikbaş ve ark., 2016; Zyriax ve ark., 2018; Kocataş ve Güler, 2019; Yığman ve ark., 2022).

Göz Sağlığı Açısından Meydana Gelen Değişimler

- Sigara kullanımı ile birlikte göz sağlığının bozulmasına neden olan durumlar sigara içme davranışının bırakılması ile birlikte azalır.

- Glokom görülme riski zamanla sigara içmeyenlerle benzer oranda seyrederek.
- Koroid tabakasında incelme durmakta ve koroid dokunun kanlanması artar.
- Yaşa bağlı makula dejenerasyonu görülme riski azalır.
- Sigara dumanına maruz kalma ve sigara içme nedeni ile oluşan göz kuruluğu ortadan kalkar.
- Gözlerde ışığa karşı hassasiyet normale döner.
- Sigara içmeye bağlı gece görüşünün azalması ve ani görme kaybı riski ortadan kalkar (Tunç ve ark., 2003; Çankaya ve ark., 2007; Beltrán-Zambrano ve ark., 2018; Nam ve ark., 2018; Duman ve ark., 2018; Ham ve ark., 2020; Taylor, 2021; West, 2021; Nuryunarsih, 2021).



Resim 7 Betimleme: Ağaç dallarına benzetilen bir akciğer görseli. Akciğerin sağ tarafı sigara içen kurumuş dallar, sol tarafı ise yeşil yapraklar ve çiçekler ile sigara içmeyen sağlıklı akciğer şeklinde tasvir edilmiştir.

Sağlık Motivasyonu

Sigara kullanımının sonlandırılması ile birlikte bireylerin sağlık motivasyonlarını da sağlamak önemlidir. Sağlık motivasyonları için atacakları adımlar bireylerin yaşamlarını olumlu yönde etkileyecektir. Bu durumlar aşağıda açıklanmıştır.

Yeme Alışkanlığını Düzenleme

Sigara içme davranışı bırakıldığı zaman hızlı kilo alımı olacağı düşüncesi ile sigarayı bırakma düşünülmemektedir. Aksine bireyler, yeterli ve dengeli beslenme durumunda hem daha sağlıklı olacak hem de mevcut kilosunu koruyabileceklerdir (Chio ve ark., 2021; Mısırlıoğlu, 2019; Pederson ve ark., 2021). Beslenmede süt ve

ürünleri, et-yumurta-kuru baklagiller, sebze ve meyve ile ekme  ve tahıllardan yeterli miktarda alınmalıdır. Sigaranın vücutta neden olduğu toksik maddelerin atılabilmesi için her gün en az 2-2,5 litre su tüketmeye dikkat edilmelidir.

Sigara içmek tat almayı azalttığı için yemeklerin çok tatlı ya da tuzlu olmamasına dikkat etmek gerekmektedir. Sigarayı bırakma ile birlikte tat ve koku alma duyusu iyileştiği için besinleri yeterli miktarda tüketmek gerekmektedir.

Kilo kontrolünü sağlamak amacıyla; acıkıldığında ya da yeme ihtiyacı duyulduğunda tüketilecek besinlere dikkat edilmelidir (Chio ve ark., 2021; Pederson ve ark., 2021).

Sigara kullanımını bağırsak hareketlerini azalttığı için yeterli posa alınması kabızlığı önlemek açısından önemlidir. Şikayetlerin azaltılmasında haftada en az 3 kere yarım saat tempolu yürümek veya sabah kahvaltıdan önce 15 dakika boyunca karın kaslarının çalışmasını sağlamak da yararlı olacaktır (Avşar ve Türeyen, 2022).

Öte yandan uzmanlar tarafından, imkanlar dahilinde her gün mevsiminde bol bulunan sebze ve meyvelerden en az 5 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir. Sigarayı bırakan bireylerde savunma sistemini güçlendirmek için mevsimine göre meyve ve sebzelerden tüketilmesi faydalı olacaktır.

Uyku alışkanlığını düzenleme

Sigaranın içinde bulunan nikotin, nikotinic reseptörler aracılığı ile santral sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki yapar ve bu da uyku kalitesini bozarak uyku bozukluğuna neden olmaktadır. Sigara bağımlılarında ortalama gece uykusu süresi azalırken, gündüz uykulu hissetme halinin arttığı bildirilmiştir. Sigara kullanımına bağlı gelişen akciğer hastalıklarında gece boyunca hem öksürük yaşanmasına hem de düşen oksijen seviyesine bağlı olarak uyku kalitesi bozulmaktadır. Ayrıca içilen sigara sayısındaki artış, horlama miktarını artırarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yetersiz ve kalitesiz uyku bağışıklık sistemini etkileyerek daha kolay hastalanmaya da neden olmaktadır. Uykunun yeterli alınmaması ve dinlenmiş hissetmeme çalışma hayatında verimliliği düşürebilir ve bu durum ekonomik kayıplara neden olabilmektedir (Başpınar, 2021; Rujnan ve ark., 2019; Yalçın ve ark., 2021).

Sigarayı bırakma ile yukarıda belirtilen etkiler görülmeyecek ve dolayısıyla bireylerin uyku kalitesi artacaktır. Bireyler, gün içinde daha konsantre çalışabilecek ve gece uykularını daha düzenli hale getirerek dinlenmiş bir şekilde uyanabileceklerdir.



Resim 8. Betimleme: sabah 04:00 de uykusuz bir şekilde yatağına oturmuş bir karakter figürü

Egzersiz yapma

Sigara içen bireylerde egzersiz kapasitesinin düşük olması kandaki karbonmonoksit seviyesinin artmasına bağlı olarak kılcal damarlarda taşınan oksijenin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır (Eken, 2019; Hazar ve ark., 2019). Egzersiz bireylerin boş vakitlerini değerlendirebilecekleri ve sigara isteğinden uzaklaşabilecekleri önemli bir aktivitedir. Düzenli egzersiz yapıldığı zaman kanda bulunan karbonmonoksitin yerini oksijen almaya başlayacak ve böylece bireylerin egzersiz kapasiteleri de artacaktır. Aynı zamanda egzersiz, kan basıncını düşürür ve akciğerlerin kuvvetlenmesini sağlar. Bunların yanı sıra egzersiz yapma, vücutta mutluluk hormonu salgılanmasını sağlar ve yaşam kalitesini artırır (Murther ve ark., 2018; Çaycı ve ark., 2018; Cox-Markin ve ark., 2020; Çelebi, 2020; Konakma ve ark., 2022). Tüm bu nedenlerle bireylere egzersiz yapmaları önerilmektedir.

Stresli yaşam olaylarıyla etkili baş edebilme

Yaşanan yoğun stres sigaraya başlama ve sigara içme davranışını devam ettirmeye neden olmaktadır (Kelleci ve ark., 2012; Işıktaş ve ark., 2019; Dağtekin ve ark., 2020). Stres; bireylerin duygularında, düşüncelerinde ya da düşünme süreçlerinde, fiziki şartlarında meydana gelen gerilimler sonucunda kişinin yaşadığı durum ile baş edememesine denir. Stres vücudun asit üretmesine neden olmaktadır. Üretilen asit ise nikotini tüketmektedir. Vücuttan hızla çekilen nikotin sonucunda sigara içen bireyler

yoksunluk belirtileri yaşamaktadır. Bunun sonucunda da çok stresli olduklarını öne sürerek sigara içme davranışına devam ettikleri görülmektedir (Öz, 2017; Öztürk ve ark., 2018).

Oysaki bireylerin, stres ile baş edebilmeleri için; strese neden olan durumları belirlemeleri, bu durumların üstesinden nasıl gelineceği üzerine düşünceleri beklenmektedir. Bazı insanların manevi destek ile rahatladığı bilinirken, bazılarının olumlu düşünce geliştirme ile rahatladıkları bilinmektedir. Öte yandan derin nefes alma gibi gevşeme egzersizleri uygulamanın da stres üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Palmer ve Cooper, 2013; Karaçam ve ark., 2021). Önemli olan bireyin stres ile nasıl baş edeceğine karar vererek en uygun yöntemi seçerek uygulamasıdır.

Bireylerin, zihnindeki olumsuz ve gerçekçi olmayan düşüncelerden kurtulması onları olumlu düşünmeye yöneltecektir. Tüm bunların dışında aşağıdaki önerileri uygulamak da etkili olabilmektedir.

- Zihni meşgul etmek için kitap okumak,
- Sizin için eğlenceli olan aktivitelere katılarak kendinizi meşgul etmek,
- Hobiler edinerek elinizin ve zihninizin meşgul etmek,
- Uyku düzenini sağlamak,
- Dinlenmek,
- Kafein alımı stresi tetikleyebildiği için kafein alımını azaltmak,
- Hareket etmek (Palmer ve Cooper, 2013; Sulat, 2018; Kargın, 2018; Çoruh, 2019; Kaba, 2019) bu önerilerden bazılarıdır.

Depresyon bulguları sigara içen bireylerde içmeyenlere göre daha fazla görülmektedir (Cox Martin ve ark., 2020; Eldek, 2022; Rujnan ve ark., 2019). Sigara kullanımı bireylerde anksiyeteyi artırarak depresyon görülme sıklığını da arttırmaktadır (Rujnan, 2019). İnsanlar kendilerinde depresyona neden olan düşünce ve durumlardan uzak durarak ve kendilerini mutsuz ve sinirli yapan durumlardan kaçınarak kendilerini daha sakin ve huzurlu hissedebilirler. Dolayısıyla bireylerin sigara içme zamanlarında neler hissettiklerini tanımlamaya çalışmaları önemlidir. Çünkü onları sigara içmeye iten duygu ya da düşünceyi tanımlayabilirlerse onunla

baş etmeleri daha kolay olacaktır. Zaman yönetimi ve düzenli yapılan egzersizin de depresyon üzerine olumlu etkilerini ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Kaba, 2019).

Boş zamanları değerlendirecek eylemler bulma ve bu eylemleri uygulama

Boş zamanlarınızı değerlendirecek aktiviteler bularak gününüzün daha aktif ve dolu geçmesini sağlayabilirsiniz. Böylece sigara içme davranışından uzaklaşarak farklı eylemler yapabilirsiniz. Boş zamanlar hiçbir şey yapmadığımız ve size kalan zaman anlamına gelmektedir. Boş zamanlarınız da egzersiz yapabilir, ilgi alanınıza uygun kitap okuyabilir, bulmaca çözebilir, yeni hobiler edinebilir, bitki yetiştirebilir, müzik dinleyebilir, film izleyebilir ya da ilginiz varsa yeni tarifler deneyerek yeni lezzetler tadabilirsiniz (Çoruh, 2019; Ercan, 2021; Öztaş ve Kıyılıoğlu, 2021).

Engel Algısı


Sigarayı bırakma davranışında karşılaşılabilecek engeller nelerdir?

Nikotin yüksek oranda bağımlılık yapmakta ve bu nedenle sigarayı bırakma ile yoksunluk yaşanabilmektedir. Sigarayı bırakmaya çalışan kullanıcıların bir kısmı yeniden sigara kullanma isteği duyabilmektedir. Kullanıcıların bir kısmı sigaranın sebep olduğu riskleri tam olarak anlayamamakta ve gerçeği kabullenememektedir. Bir kısım kullanıcı ise olumsuz duygularla baş etme yöntemleriyle ilgili sınırlı birikime ve deneyime sahiptir. Bazı kullanıcıların sigara bırakmanın kolay bir iş olduğunu ve bununla uğraşmaya gerek olmadığı gibi yanlış bir düşünceye de sahip olabilmektedir. Öte yandan kullanıcıların bazıları ise daha önce sigarayı bırakmayı denemiş, başarısız olmuş ve bu konuda özgüvenini kaybetmiş olabilir. Dolayısıyla tekrardan bırakmaya cesaret edemiyor olabilir. Sigara kullanıcılarının çoğu sigarasız bir yaşamı hayal edememekte, bazı kullanıcılarda sosyal çevresinden yeterli desteği görememektedir. Bütün bu nedenler sigarayı bırakmayı zorlaştıran etmenler arasında sıralanabilir (Kocataş ve Güler, 2019). Ancak sigara kullanımının bireylerin sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri düşünülerek en kısa zamanda bu bağımlılıktan kurtulmaları önerilmektedir.

Bireysel Duyarlılık Algısı

Göz sağlığını korumak için neler yapılabilir?

Sigara içmeyi bırakabilirsiniz böylece göz sağlığını koruyabilir ve sigara içme nedeni ile gözünüzde oluşabilecek ekstra komplikasyonları önleyebilirsiniz. Düzenli egzersiz yaparak dokularınızın daha iyi oksijenlenmesini sağlayabilir böylece sağlığınızı dolayısıyla göz sağlığını koruyabilirsiniz. A vitaminden zengin beslenmeniz özellikle göz sağlığını korumak açısından oldukça önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenmek ve yeterli su içmek hem göz sağlığını korumak için önemlidir. Yalnızca sigarayı bırakmak değil aynı zamanda sigara içilen ortamda bulunmamak da (pasif içicilik) sahip olduğunuz görme düzeyinizi korumak için oldukça önemlidir (Çevik ve ark., 2021; Eken, 2019; Hazar ve ark., 2019).



Sigarayı Bırakma Konusunda Kararlı Olun ve Kendinize Güvenin.

Sigaraya Bağımlı Olmak Zorunda Değilsiniz. Kendinizi Özgür Bırakmak Sizin Elinizde...

KAYNAKLAR

- Atlı, M., Temur, A., Bay, A., Karadağ, H., & Öner, A. F. (2006). Düzenli egzersiz ve sigaranın lenfosit alt grupları Üzerine etkisi. *Van Tıp Dergisi*, 13(3), 97-102.
- Avşar, E., & Türeyen, A. (2022). Sigara Ve Konstipasyon İlişkisi İntestinal Bir Mit Mi?. *Acta Medica Nicomedia*, 5(2), 89-92.
- Başpınar, M. M. (2021). Türkiye’de Yapılan Tez Çalışmalarında Sigara İçiminin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi: Meta-analiz. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 8(1), 7-15.
- Beltrán-Zambrano, E., García-Lozada, D., & Ibáñez-Pinilla, E. (2019). Risk of cataract in smokers: A meta-analysis of observational studies. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología (English Edition)*, 94(2), 60-74.
- Bilir, N. (2007). Tütün ve Kanser İlişkisi, Ülkemiz Açısından Önemi. *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, 171-180.
- Bilir, N., Özcebe, H., Aslan, D., & Ergüder, T. (2008). Dünya Sağlık Örgütsel Tütün Salgını Raporu, 2008. Dsö Avrupa Bölge Ofisi Yayınları.
- Bozkurt, N., & Bozkurt, A. İ. (2016). Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (1), 45-51.
- Chio, J. P. G., Kittaneh, M., Aurif, F., Kaur, H., & Malik, B. H. (2021). Association of Acne to Smoking and Dietary Habits Among Adolescents and Young Adults. *The Journal of Middle East and North Afrika Sciences*; 7(03), 6-11.
- Cox-Martin, E., Cox, M. G., Basen-Engquist, K., Bradley, C., & Blalock, J. A. (2020). Changing multiple health behaviors in cancer survivors: smoking and exercise. *Psychology, health & medicine*, 25(3), 331-343.

- Çankaya, A. B., Elgin, U., Şimşek, T., & Batman, A. (2007). Normal Olgularda Sigara İçiminin Göz İçi Basıncına Etkisi. *Glokom-Katarakt/Journal of Glaucoma-Cataract*, 2(1).
- Çaycı, B., Günaydın, B., Yüksel, S., Söylemez, S., & Altundarak, C. (2018). Sigara içen ve içmeyen bireylerde orta derecede egzersizin oksidatif stres üzerine akut etkileri. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*; 9(1): 55-58.
- Çelebi, C. (2020). Sigara içen ve içmeyen sağlıklı kişilerde egzersiz kapasitesi, fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesi ve sigarayla ilişkili hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyinin karşılaştırılması.
- Çoruh, Y. (2019). Stres ve Sağlık Üzerine Boş Zamanlarda Yapılan Sporun Etkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 21(3), 73-78.
- Dağtekin, G., Emrah, A., Kılınç, A., Eyüboğlu, M., Eyüboğlu, D., Ünsal, A., & Arslantaş, D. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Sigara Tüketimi, Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(4), 350-356.
- Dikbaş, E., Bozkurt, N., Kılınçarslan, V., & Bozkurt, A. İ. (2016). Organize sanayi bölgesine açılan sigara bırakma polikliniği çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi.
- Doğan, D. G., & Ulukol, B. (2010). Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 17(3), 179-185.
- Dökmen, G., Pekkaya, M., & Saymaz, N. (2019). Sigara bağımlılığı ve devletin sigara tüketimi ile mücadele yöntemleri arasındaki ilişki. *Maliye Dergisi*, 176, 599-623.
- Duman, F., Kiraz, K., Çoban, D. T., Süren, E., & Erol, M. K. (2018). Sigara İçmeyi Bırakan Hastalarda Koroid Kalınlığı Değişiklikleri. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 4(3), 283-288.
- Eken, Ö. (2019). Sigara İçen Bayanların Bazı Performans Parametrelerinin İncelenmesi.
- Eldek, M. (2022). Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde aleksitimi ve depresyon düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Ercan, E. M. (2021). Boş Zaman Değerlendirmesi Açısından Z Kuşağı: Necmettin Erbakan Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Nitel Bir Araştırma (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
- First M, Williams J, Karg R, et al. Structured Clinical Interview for DSM-5 Clinician Version. American Psychiatric Publishing. 2016.

- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 266-322.
- Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The health belief model. *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 211-214.
- Han, X., Wu, C., Yan, X., Keel, S., Shang, X., Zhang, L., & He, M. (2020). Are smoking intensity and cessation related to cataract surgical risk in diabetic patients? Findings from the 45 and Up Study. *Eye*, 34(2), 383-391.
- Hazar, K., Şengür, E., Demir, O., & Hazar, S. (2019). Sigara Kullanma Durumunun Koşu Performansı, Toparlanma Süresi ve Oksijen Satürasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 13(2), 80-90.
- Huang, C., & Shi, G. (2019). Smoking and microbiome in oral, airway, gut and some systemic diseases. *Journal of translational medicine*, 17(1), 1-15.
- Işıқтаş, S., Karafistan, M., Dilan, A., & Yılmaz, A. (2019). Sigara içen ve içmeyen bireylerin stresle başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 102-107.
- Kaba İ. (2019). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81.
- Karaçam, Z., Dönmez, A., Üstündağ, H., & Doğan, H. (2021). Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Stres ile Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 60-69.
- Kargın, M., & Hiçdurmaz, D. (2018). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. *Bağımlılık Dergisi*, 19(2), 35-39.
- Kelleci, M., Gölbaşı, Z., İnal, S., & Kavakcı, Ö. (2012). Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları: Cinsiyetin etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(13), 9-16.
- Kocataş, S., Güler, N. (2019). Tüm Boyutlarıyla Tütün Bağımlılığı. Sivas, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Matbaası.
- Konakman, G. B., Ercan, N., & Çelik, B. (2022). EVDE YAPILAN AKTİVİTELER. *Rekreasyon ve Spor*, 69.
- Krahn, G. L. (2011). WHO World Report on Disability: a review. *Disability and health journal*, 4(3), 141-142.

- Leelavathi, L. (2019). Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation-An Overview. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(11).
- Li, Y., Zhang, S., Song, J., Tuo, M., Sun, C., & Yang, F. (2021). Effects of self-management intervention programs based on the health belief model and planned behavior theory on self-management behavior and quality of life in middle-aged stroke patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021.
- Mısırlıoğlu, Ő. (2019). DeđiŐen dđnyada dđzenli olarak sağlık eğitimi alan yetiŐkin kadınlarda, sigara iÇme alıŐkanlıklarının, beslenme durumu ve yaşam kalitesine etkisi (Master's thesis, Biruni Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Munther, S. (2018). The effects of cigarette smoking and exercise on total salivary antioxidant activity. *The Saudi dental journal*, 31(1), 31-38.
- Nam, S. W., Lim, D. H., Cho, K. Y., Kim, H. S., Kim, K., & Chung, T. Y. (2018). Risk factors of presenile nuclear cataract in health screening study. *BMC ophthalmology*, 18(1), 1-9.
- Nuryunarsih, D., Lewis, S., & Langley, T. (2021). Health risks of kretek cigarettes: a systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 23(8), 1274-1282.
- ÖZ, S., (2017). Sigara Kullanan Bireyler ile Kullanmayan Bireylerin Stresle Başa ıkma Becerileri ve Anksiyete Dđzeylerinin İncelenmesi. İstanbđl Arel Őniversitesi.
- Özcan, S., Taş, H. Y., etin, Y. (2013). Sigara ile mđcadelede toplumsal bilinŐ. *Hak İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 2(4), 152-175.
- Öztaş, Ő., & Kıyılıoğlu, L. (2021). Kapitalizmle İlişkisi Bağlamında Boş Zaman ve GenÇlik. *Kđltür Araştırmaları Dergisi*, (9), 338-358.
- Őztürk, Y., KıraŐ, A., KıraŐ, A., & Mermerkaya, Y. (2018). Sigara bırakma yorgunluğu ołŐeđinin tđrkŐe geŐerlik ve gđvenirlik alıŐması turkish validity and reliability study of smoking cessation fatigue scale. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(25), 1996-2003.
- Palmer, S., & Cooper, C. (2013). *How to deal with stress* (Vol. 143). Kogan Page Publishers.
- Pedersen, A. L. W., Lindekilde, C. R., Andersen, K., Hjorth, P., & Gildberg, F. A. (2021). Health behaviours of forensic mental health service users, in relation to smoking, alcohol consumption, dietary behaviours and physical activity—A mixed methods systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 444-461.

- Rujnan, T., Çaykara, B., Sağlam, Z., & Pençe, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 609-615.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sarısoy, A. N. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Bağımlılıklarının Nitel Araştırma Yöntemi ile İncelenmesi: Karabük Üniversitesi Örneği. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 2(3), 636-644.
- Sulat, J. S., Prabandari, Y. S., Sanusi, R., Hapsari, E. D., & Santoso, B. (2018). The validity of health belief model variables in predicting behavioral change: A scoping review. *Health Education*.
- Tanrikulu, A. Ç., Çarman, K. B., Palancı, Y., Çetin, D., & Karaca, M. (2009). Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 10(3), 101-106.
- Taylor, A. (2021). Nutritional and environmental influences on risk for cataract. In *Nutritional and environmental influences on the eye* (pp. 53-93). CRC Press.
- Tunç, M., Arbak, P., Balbay, Ö., Erbaş, M., & Bilen, A. (2003). Sigara kullanımına bağlı ağır KOAH gelişen olgularda oküler komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi*.
- Tunç, Z., & Kolburan, Ş. G. (2019). Ergenlik döneminde benlik saygısı ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 5(1), 55-70.
- Tutka, P., Vinnikov, D., Courtney, R. J., & Benowitz, N. L. (2019). Cytisine for nicotine addiction treatment: A review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction*, 114(11), 1951-1969.
- Uğurlu, T. T., Şengül, C. B., & Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.
- West, S. K. (2021). Smoking and the risk of eye diseases. In *Nutritional and environmental influences on the eye* (pp. 151-164). CRC Press.
- WHO (2010), *The Political Economy of Tobacco Taxation*. WHO Technical Manual on Tobacco Tax Administration, World Health Organization:
- World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. World Health Organization,
- World Health Organization. (2019). *World Health Organization. Tobacco Fact Sheet*.
- World Health Organization. (2022). *Tobacco and vision loss*.

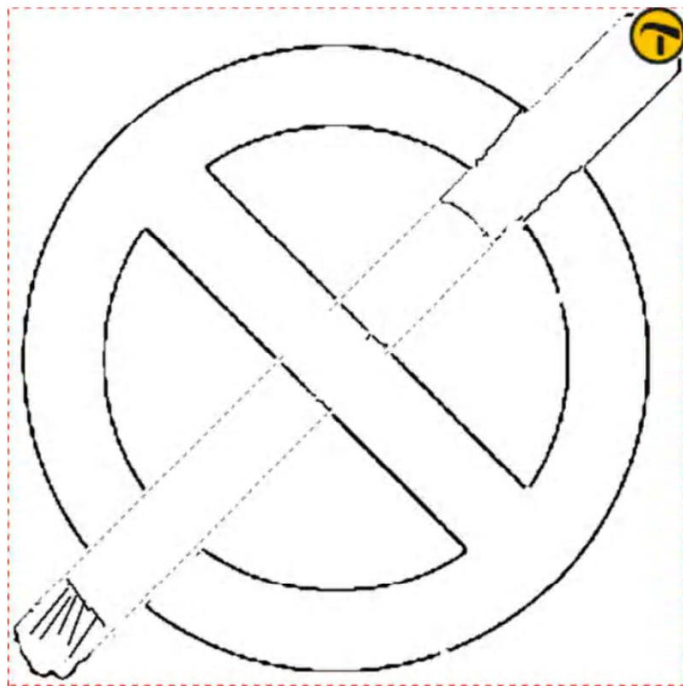
- Yalçın, B. M., Yalçın, E., & Karahan, T. F. (2021). Erken Sigara Bırakma Sürecinde Uyku Kalitesi ve Medikal Tedavi ile İlişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 12(1), 32-39.
- Yang, H., & Ma, J. (2021). How the COVID-19 pandemic impacts tobacco addiction: Changes in smoking behavior and associations with well-being. *Addictive Behaviors*, 119, 106917.
- Yengin, D. (2019). Teknoloji Bağımlılığı Olarak Dijital Bağımlılık. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 9(2), 130-144.
- Yığman, F., Ünver, H., Aksu, M., & Özdel, K. (2022). Sigara Bağımlısı ve Sigarayı Bırakan Kişilerde Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(2), 97-101.
- Zyriax, B. C., Vettorazzi, E., Hamuda, A., & Windler, E. (2018). Interaction of smoking and dietary habits modifying the risk of coronary heart disease in women: results from a case-control study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(12), 1673-1681.

Ek 4_ Görme Engelli Bireyler İçin Sigara Bırakma Eğitim Kitapçığı_Braille



התשובה היא: לא.
הסיבה היא: כי התשובה
היא: לא.
הסיבה היא: כי התשובה
היא: לא.

התשובה היא: לא.
הסיבה היא: כי התשובה
היא: לא.



התשובה היא: לא.
הסיבה היא: כי התשובה
היא: לא.
הסיבה היא: כי התשובה
היא: לא.

הַיָּמִים הַלְלוּ אֶת
אֱלֹהֵינוּ אֱלֹהֵי יִשְׂרָאֵל
יְהוָה יְהוָה
הַיָּמִים הַלְלוּ אֶת אֱלֹהֵינוּ
יְהוָה יְהוָה

וְעַתָּה

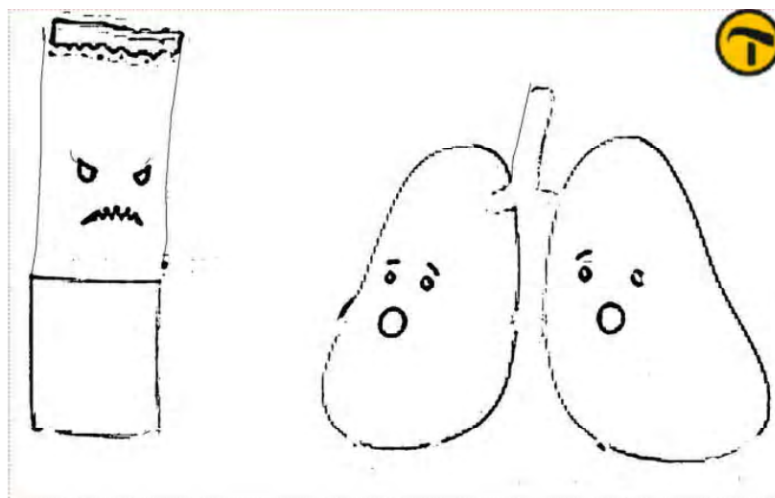
אֲנִי יְהוָה אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי
אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי אֲנִי

אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ
אֲנִי אֶחָד מֵעַמְּךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ



תהיה לך תחושה של אשמה
 ותחשוב שאתה לא צריך
 להתחייב לאלו שסובבים
 לך. תחשוב שאתה צריך
 להגן על עצמך. תחשוב
 שאתה צריך להגן על
 עצמך. תחשוב שאתה צריך
 להגן על עצמך.

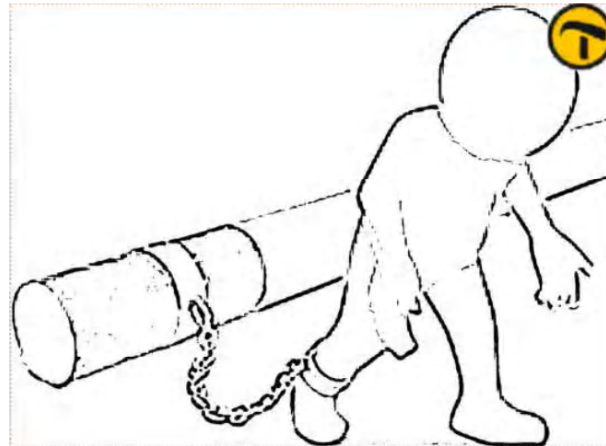
תחשוב שאתה צריך להגן
 על עצמך. תחשוב שאתה
 צריך להגן על עצמך. תחשוב
 שאתה צריך להגן על עצמך.
 תחשוב שאתה צריך להגן
 על עצמך. תחשוב שאתה
 צריך להגן על עצמך.



.הרבה .התחלתי .ללמוד
 ואתה .היה .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא

.הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא
 .הוא .הוא .הוא .הוא

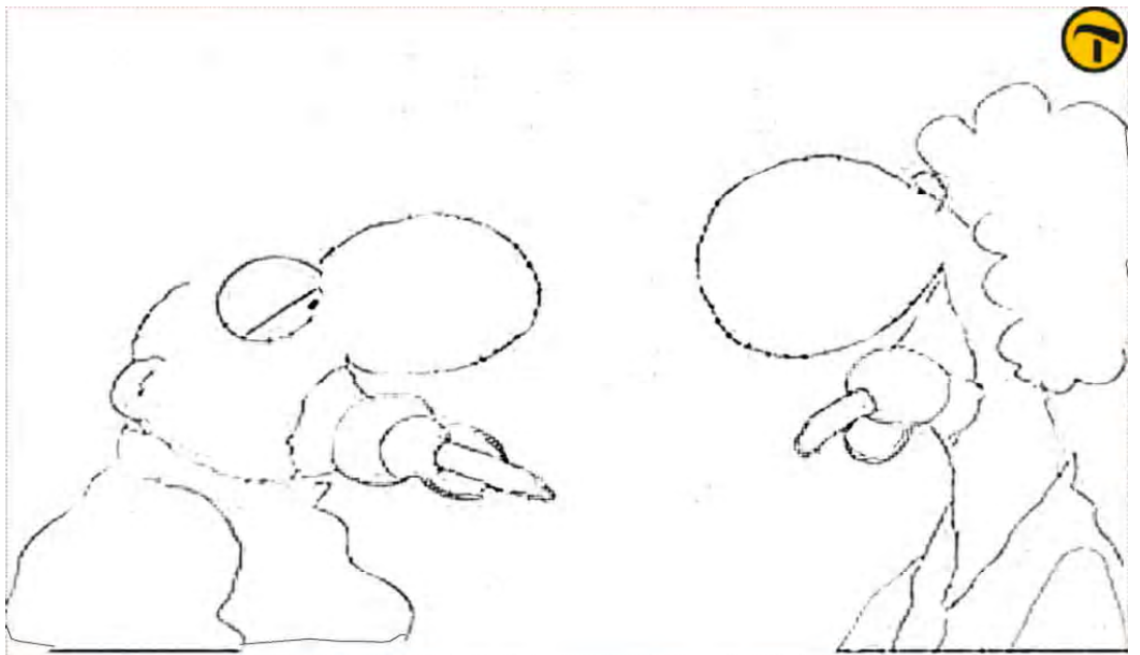
אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד



אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד

אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד
 אֲנִי מְבַרְכֵיךְ וְעוֹלָם וָעוֹד

אָן אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן



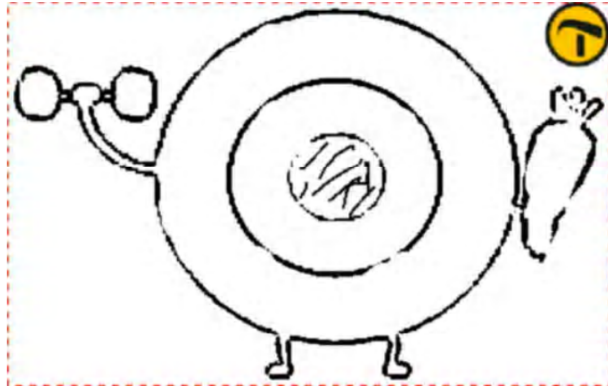
אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן

אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן
 אַרבעטן און אַרבעטן און אַרבעטן



וְעָשִׂיתָ לְיְהוָה אֱלֹהֶיךָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ
 יְהוָה אֱלֹהֶיךָ וְעָשִׂיתָ

אָפֿט אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן
אַ שְׂטײַל אַרײַן אַרײַן אַרײַן

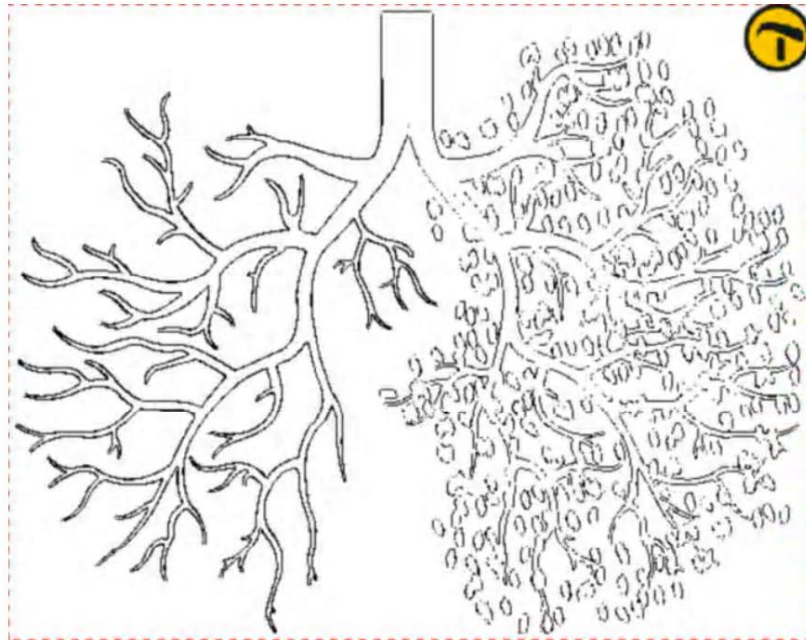


החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו

החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו
החכה לחלקי הציור... יתחברו יחד וישלמו

אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה
אֲנִי אֶפְרַיִם בְּעֵינֵי ה' אֵלֹהֵי אֵתְנָה





יתן ייחודותו יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן

יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן
 יתן יתן יתן יתן יתן

יֵשׁוּעַ הַמָּוֹתָוּן וְהַחַיִּים הַבְּרִיִּים

אֲנִי הָאֵל אֲשֶׁר הוֹרֵה בְּיָדְךָ

לְהִשָּׁרְתֵךְ מִלְּפָנָיו

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ

וְלַעֲבֹד אֶת הַיְיָ אֱלֹהֶיךָ



אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.

אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.
 אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.
 אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.
 אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.
 אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.
 אדם שמתחיל להרגיש
 כאילו הוא עומד על
 קצה המסילה, או שהוא
 צועד על קצה המסילה.

אֵלֶּיךָ יְיָ אֱלֹהֵינוּ יִשְׁמָע
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח

וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח

וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח

וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח
וְיִשְׁמַח בְּעֲבוּרֵנוּ יִשְׁמַח

Eğitici Rehberi Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

Dr. Öğr. Üyesi Önder İŞLEK

DEğERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekiyor	Öneri
Materyal amacına uygun.	x			
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	x			
Dikkatlice yazılmış.	x			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.	x			
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	x			
Kaynakları güncel.	x			
Dili yalın ve anlaşılır.	x			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	x			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	x			

Alt başlıklar kısmında erişilebilirlik düzenlemeleri gereklidir. Başlıkların stiller sekmesinden düzenlendiği zaman ekran okuyucu program kullanan görme engelli bireyler açısından daha erişilebilir olacaktır.

Görsellere ait betimleme metni eklenmesi gerekmektedir.

Okuyucuyu hedef alan birinci ağızdan yazılması tavsiye edilmektedir.

Doç. Dr. Zeliha KAYA ERTEN

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekliyor	Öneri
Materyal amacına uygun.			X	
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	X			
Dikkatlice yazılmış.	X			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.				
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	X			
Kaynakları güncel.	X			
Dili yalın ve anlaşılır.	X			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	X			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	X			

Materyal sigarayı bırakmak isteyen mi bıraktırmak isteyen mi rehber tam anlaşılmıyor.

Bazı yerler bırakmak isteyen bazı yerler eğitimci için gibi, SİM e göre yapılandırmada bence sorun yok. Ancak eğitim alan kişi gözüyle nasıl değişim yaratılacağı düşünülerek tekrar okunup düzenlenmeli.

Doç. Dr. Cem ASLAN

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekiyor	Öneri
Materyal amacına uygun.			X	Detaylı görüşlerimi aşağıda ayrıca yazdım.
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	X			
Dikkatlice yazılmış.	X			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.	X			
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	X			
Kaynakları güncel.	X			
Dili yalın ve anlaşılır.	X			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	X			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	X			

Materyalle ilgili madde:

Öncelikle elinize sağlık. Görme engelliler alanı için katma değeri olabilecek bir çalışma. Materyalle ilgili bazı endişelerim var. Kitapçığınızı görsel olarak dizayn edilmiş. Bunu bastırdığınız zaman daha da güzel görünebilir. Ancak görme engelli bireyler için bu 6-7 sayfalık içerik braille yazı ile çok daha uzun bir hale dönüşebilir. Ayrıca metin içindeki görsel kutular, sayfaların etrafındaki kalın çizgiler braille alfabesi için basım da zorluklar oluşturabilir. Tabi böyle dokunsal basılabilir ama asıl maksat o şekilden ziyade içeriğin verilmesi. Diğer taraftan metin içinde görseller bulunuyor. Bunlar bizim için iyi görünüyor ancak görme engelli çocuklar için bu resimler ne olacak sorusu akla geliyor. Bu nedenle burada değişimler yapmanız gerekir. Ya çıkarmanız ya da dokunsal hale getirmeniz gerekebilir. Bu nedenle görseller, kenar çizgileri, metin için diğer görsel kutular vb. görsel öğelerin kitapçığınızda düzeltilmesi lazım. Sigara bırakma konusu ile ilgili olarak içeriğe çok hâkim değilim ancak bu konuda görme engelli hangi bireyleri seçeceğiniz önem arz etmekte. Bu da son önerim olarak ifade edebilirim. İyi çalışmalar dilerim.

Uzman Özel Eğitim Öğretmeni Arş. Gör. Cahit ŞAHİN

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekliyor	Öneri
Materyal amacına uygun.	x			
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	x			
Dikkatlice yazılmış.	x			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.	x			
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	x			
Kaynakları güncel.	x			
Dili yalın ve anlaşılır.	x			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	x			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	x			

Hazırlamış olduğunuz eğitim materyali ile görme engelli bireylere yardımcı olacağınız ve literatüre katkı sağlayacağınız düşüncesindeyim. Metin içinde kullandığımız görsellere betimleme eklemenizin ekran okuma programı kullanan görme engelli bireyler için daha vurgulayıcı olacağını düşünüyorum. Elinize sağlık iyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekliyor	Öneri
Materyal amacına uygun.	x			
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	x			
Dikkatlice yazılmış.	x			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.	x			
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	x			
Kaynakları güncel.	x			
Dili yalın ve anlaşılır.	x			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	x			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	x			

Doç Dr. Alime SELÇUK TOSUN

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Uygun	Uygun Değil	Değişiklik Gerekiyor	Öneri
Materyal amacına uygun.	X			
Alt başlıklar organize ve mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında ilişki ve uyum var.	X			
Dikkatlice yazılmış.	X			
Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.	X			
Verilen bilgiler tutarlı ve tarafsız.	X			
Kaynakları güncel.	X			
Dili yalın ve anlaşılır.	X			
Gereksiz tekrar ve uzatmalar yok.	X			
Anlamayı zorlaştıran kelimeler yok.	X			