

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

**1-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN EVDE ÇEVRESEL TÛTÛN DUMANI
MARUZİYETLERİNİ AZALTMAYA YÖNELİK KAPSAMLI EĞİTİM
GİRİŞİMİNİN (EVDE İZLEM VE TELEFON DANIŞMANLIĞINA
DAYALI) DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI

DOKTORA TEZİ

Araştırma Görevlisi

Ummahan YÛCEL

DANIŞMAN

Doç. Dr. Zeliha ASLI ÖCEK

İZMİR, 2011

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

**1-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN EVDE ÇEVRESEL TÛTÛN DUMANI
MARUZİYETLERİNİ AZALTMAYA YÖNELİK KAPSAMLI EĞİTİM
GİRİŞİMİNİN (EVDE İZLEM VE TELEFON DANIŞMANLIĞINA
DAYALI) DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

**Araştırma Görevlisi
Ummahan YÛCEL**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Zeliha ASLI ÖCEK**

İZMİR, 2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan :Doç. Dr. Zeliha Aslı ÖCEK
(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Ali Osman KARABABA

Üye : Prof. Dr. Gülsün ÖZENTÜRK

Üye : Doç Dr. Meltem ÇİÇEKLIÖĞLU

Üye : Doç. Dr. Türkan GÜNAY

Doktora tezinin kabul edildiği tarih: **17.05.2011**

ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonlanmasına kadar her aşamasında yol göstermesi ve benimle birlikte çalışması yanı sıra tüm doktora eğitimim boyunca hem akademik hem manevi desteği ile bana güç veren değerli danışman hocam Doç. Dr. Zeliha ÖCEK'e ne kadar teşekkür etsem yetersiz kalır. Doktora eğitimimin başlamasından itibaren beş yıl boyunca ne zaman bir sıkıntım olsa verdiği destekle, yaktığı ışıkla yolum aydınlandı. Öğrettiği bilgi ve yöntemlerin, bundan sonraki akademik hayatımda da yolumu aydınlatmaya devam edeceğini biliyorum. Sonsuz sevgi ve saygılarımla üzerimdeki emeği için teşekkür ederim.

Halk Sağlığı doktora eğitimi, hem günlük hem de akademik yaşantım için bana çok şey öğretti. Çok değerli hocalardan çok şey öğrendim. Başta Dr. Ata SOYER'e teşekkür ederim. Çünkü kendisi bizleri, sadece doktora dersleri sırasında değil, güz okullarında, Halk Sağlığı komisyon toplantılarında, yazdığı makaleler, kitaplarla eğitti, öğretti ve bu eğitim devam edecek. Bizleri kucaklayan ve destekleyen yaklaşımı için kendisine çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimi sırasında dersleri ve yorumları ile Halk Sağlığı kavramının içini doldurarak bizlere öğreten değerli hocalarımız Prof. Dr. Feride AKSU TANIK, Prof. Dr. Ali Osman KARABABA, Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU, Doç. Dr. Şafak TANER, Doç. Dr. Meral TÜRK, Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU ve diğer hocalarımıza, her zaman güler yüzle ve misafirperverlikle bizleri karşılayan, aralarında kendimizi yabancı hissettirmeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda çalışan tüm arkadaşlara teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında her zaman görüş ve önerilerine başvurduğum ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen tez izleme komitesi üyesi hocalarım Prof. Dr. Gülsün ÖZENTÜRK, Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Araştırmanın laboratuvar analizlerinin Ege Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda yapılmasını sağlayan ve analizler sırasında danışmanlığına başvurduğum Ege Üniversitesi Farmakoloji Anabilimdalı Başkanı Prof. Dr. Sibel GÖKSEL'e ve analizleri yapan Laborant Gürhan MUTLU'ya çok teşekkür ederim.

Ayrıca Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Öğretim elemanlarına, manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim anneme, babama, kardeşlerime ve özellikle Bilge ERSAN ve Raziye ÖZDEMİR olmak üzere tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İZMİR, 17.05.2011

Arş. Gör. Ummahan YÜCEL

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
GRAFİFLER DİZİNİ.....	XII

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler	3
1.4. Varsayımlar.....	4
1.5. Araştırmanın Önemi	4
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	6
1.7. Tanımlar	7
1.8. Genel Bilgiler	8
1.8.1. Çevresel Tütün Dumanı.....	8
1.8.2. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti ve Sıklığı.....	9
1.8.3. Çevresel Tütün Dumanının Çocuk Sağlığına ve Sigara İçmeye Başlamaya Etkisi.....	11
1.8.4. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinin Ölçümü.....	13
1.8.5. Çocukların Çevresel Tütün Dumanından Korunması.....	16
1.8.6. Evlerde Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinden Korunma.....	18

1.8.7. Çocukları Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetlerini Azaltma Amacıyla Yapılan Girişim Araştırmaları.....	21
--	----

1.8.8. Eğitim Girişimlerinde Sağlık Davranış Modellerinin Önemi ve Planlı Davranış Kuramı.....	35
--	----

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	39
2.2. Kullanılan Gereçler	39
2.3. Kullanılan Yöntem.....	41
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
2.5. Araştırmanın Evreni	43
2.6. Araştırmada Örneklem	44
2.7. Değişkenler	46
2.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler.....	46
2.7.2. Etkinlik Değişkenleri.....	47
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	48
2.9. Verilerin Analizi.....	51
2.10.Süre ve Olanaklar.....	52
2.11. Etik Açıklamalar.....	53

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının İlk İzlem Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması.....	54
3.2. Kapsamlı Eğitim Grubundaki Değişimin Değerlendirilmesi.....	62
3.3. Sınırlı Eğitim Grubundaki Değişimin Değerlendirilmesi.....	68
3.4. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Son İzlem Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması.....	72
3.5. Tüm Araştırma Grubundaki Değişimin Değerlendirilmesi.....	76

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi.....	81
4.2. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Girişimlerinin Etkinliği.....	85
4.3. Annelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Çocuklarını Çevresel Tütün Dumanından Koruma Davranışına Yönelik Tutum, Sosyal Norm, Kontrol Algıları ve Niyetleri.....	92

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Öneriler.....	98
-----------------------------	----

BÖLÜM VI

ÖZET	101
------------	-----

ABSTRACT	103
----------------	-----

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR105

EKLER

EK 1 Eğitim Broşürü116

EK 2 İlk İzlem Anket Formu.....118

EK 3 Ara İzlem Anket Formu.....124

EK 4 Son İzlem Anket Formu.....127

EK 5 Kotinin Bildirim Mektubu.....132

EK 6 E.Ü Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri Bürosu, Proje Yazısı.....133

EK 7 E.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu, Araştırma Başvurusu Onay Yazısı.....134

EK 8 Bayraklı Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü İzin Yazısı.....135

Ek 9 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010, Sözlü Bildiri.....136

ÖZGEÇMİŞ.....138

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetlerini Azaltma Amacıyla Yapılan Müdahale Araştırmaları.....	26
Tablo 2. Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlık Durumu ve Bu Özellikler Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Grubunun Karşılaştırılması.....	54
Tablo 3. Ebeveynlerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri.....	56
Tablo 4. Ebeveynlerin Sigara İçme Durumu Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Grubunun Karşılaştırılması.....	57
Tablo 5. Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Grubunun Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6. Son Yedi Günde Ebeveynlerin Evde Sigara İçme Durumu.....	58
Tablo 7. Son Yedi Günde Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Grubunun Karşılaştırılması.....	59
Tablo 8. İlk İzlemde Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Grubundaki Ailelerde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı.....	60
Tablo 9. Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Açısından İlk İzlemde, Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 10. Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk, Ara ve Son İzlemde Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi.....	62
Tablo 11. Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk, Ara ve Son İzlemde Son Yedi Günde Çevresel Tütün Dumanı Etkilenim Düzeyleri.....	63
Tablo 12. Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk ve Ara İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı.....	64

Tablo 13. Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemede Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı.....	65
Tablo 14. Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk ve Son İzlemede, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları.....	66
Tablo 15. Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemede, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları.....	67
Tablo 16. Sınırlı Eğitim Grubundaki Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından İlk ve Son İzlemin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 17. Son Yedi Günde Sınırlı Eğitim Grubunda Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından İlk İzlem ve Son İzlemin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 18. Sınırlı Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemede Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı.....	69
Tablo 19: Sınırlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemede, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları.....	70
Tablo 20. Sınırlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemede, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları.....	71
Tablo 21. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Karşılaştırılması.....	72
Tablo 22. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Çocukların Son Yedi Günde Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Karşılaştırılması.....	73
Tablo 23. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Uygulama Durumuna Ait Son İzlem Sonuçları.....	75
Tablo 24. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	75

Tablo 25. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında Yer Alan Çocukların, Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından, İlk ve Son İzlem Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 26. Son Yedi Günde Her İki Eğitim Grubundaki Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından İlk İzlem ve Son İzlemin Karşılaştırılması.....	76
Tablo 27. Her İki Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı.....	77
Tablo 28. Her İki Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları.....	78
Tablo 29. Her İki Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları.....	79
Tablo 30. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında İzlemler Arası Gerçekleşen Değişimin Özeti.....	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Planlı Davranış Modeli.....	38
Şekil 2. Araştırmada Kullanılan Gereçler, Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	42
Şekil 3. Araştırmanın Evreni.....	43
Şekil 4. Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi.....	45
Şekil 5. Araştırmanın Süresi.....	52

GRAFİK DİZİNİ

Grafik No	Sayfa No
Grafik 1. İlk İzlem ve Son İzlemdeki Kotinin Farkı Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması.....	74

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)

Çevresel tütün dumanı (ÇTD), sigara içen kişi tarafından ortama verilen ve sigaranın yanmakta olan ucundan çıkan dumandan oluşur. ÇTD maruziyeti ise başkalarının içtiği tütün ve tütün mamullerinden dolayı kişinin kendi rızası dışında tütün içeriğine maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (58). Toksik bir hava kirletici olan ÇTD çok düşük düzeylerde bile tehlikelidir. Çocuklar açısından değerlendirildiğinde ÇTD'nin daha da riskli olduğu görülmektedir. Çünkü çocuklar daha hızlı nefes alırlar, fiziksel aktiviteleri genellikle yetişkinlerden daha fazladır ve tütün dumanındaki toksik kimyasalları yetişkinlerden daha fazla solurlar. Çocuklar aynı zamanda ÇTD'deki belli toksik maddeleri daha az metabolize edebilirler. Sonuç olarak bu maddeler vücutlarında daha uzun süreli kalır. Ayrıca küçük çocuklar daha büyük çocuklara veya yetişkinlere göre dumanlı ortamlardan kaçmamazlar ve rahatsız olduklarını belirtmezler. Bu nedenle ÇTD'ye daha uzun sürede ve daha yoğun miktarda maruz kalırlar (58, 73, 122). Çocukların ÇTD'ye maruz kalmaları sonucu oluşan sağlık sorunları hakkında her geçen yıl yeni kanıtlar elde edilmektedir (41, 76, 80, 103). Çocukların ÇTD maruziyetlerinin önlenmesi çocuk sağlığını korumak ve geliştirmek için oldukça önemlidir (91, 122).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünya çocuklarının yarısının (yaklaşık 700 milyon çocuk) tütün dumanına maruz kaldığı bildirilmektedir (58, 122). Türkiye'de yapılan prevelans çalışmaları da çocukların yüksek düzeyde ÇTD'ye maruz kaldığını göstermektedir (15, 16, 71). Çocuklar zamanlarını geçirdikleri pek çok farklı yerde ÇTD'ye maruz kalmaktadırlar. Fakat okul öncesi yaş grubundaki çocuklar en yoğun olarak, zamanlarının büyük bölümünü geçirdikleri ev ortamında ÇTD'ye maruz kalmaktadırlar (58, 80, 91, 121,

122). Pek çok ÷lkede kamusal alanlarda sigara içmek yasaklanmaktadır. Ancak evler hala özel ve kuralların yetişkinler tarafından konduğu alanlardır. Bu nedenle ebeveynlerin evde sigara içilmeye yönelik tutum ve davranışlarına yönelik girişimler çocukların maruziyetini önleme ve ÇTD'nin neden olduğu hastalık ve ölümleri azaltmada büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar evde uygulanan sigara yasaklarının çocukların maruziyetinin önemli düzeyde azalttığını kanıtlamış ve çocukları ÇTD maruziyetinden korumada evde sigara kullanımının önlenmesinin öncelikli bir girişim alanı olduğunu göstermiştir (12, 67, 101, 121). DSÖ özellikle düşük sosyal ve ekonomik şartlarda yaşayan çocukların sağlığını korumak ve geliştirmek için ebeveynlerin sigara içme düzeylerinin azaltılmasını temel eylem alanı olarak tanımlamış ve sağlık çalışanlarının ailelere, çocuklar için dumansız havanın önemi hakkında danışmanlık yapmaları gerektiğini bildirmiştir (122). Ancak çocukların ÇTD maruziyetini azaltmaya yönelik standart bir program önerisi bulunmamaktadır. Çocukların ÇTD'den korumasına yönelik yapılan araştırmalarda farklı eğitim girişim yöntemleri uygulanmış ve hangi girişim yönteminin daha etkili olduğu sınıanmıştır (47, 115). Çocuklarda ÇTD maruziyetini azaltmaya yönelik etkili girişim yöntemlerinin hangi bileşenlerden oluştuğunun bilinmesi önemlidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada 1-5 yaş arası çocukları TD'den korumayı hedefleyen ve annelere yönelik olan, üç ev ziyareti ve iki telefon izleminden oluşan kapsamlı bir eğitim girişiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıŐtır.

Bu amaçla, annelerine kapsamlı eğitim girişimi uygulanmış olan çocukların TD maruziyet düzeyleri; eğitim öncesi durum ve annelerine iki ev ziyaretinden oluşan sınırlı bir eğitim girişimi uygulanmış olan çocukların TD maruziyet düzeyleri ile karşılaştırılmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H₁: 1-5 yaş çocuğu olan annelere uygulanan kapsamlı eğitim girişiminin ardından ( ev ziyareti gerçekleŐtirilerek eğitim verme, eğitim broŐuru bırakma ve iki telefon izlemi) ocukların idrar kotinin düzeyleri, eğitim öncesi idrar kotinin düzeyine göre daha düşük olacak ve evde tam bir sigara içme yasağı uygulama yüzdesi artacaktır.

H₂: 1-5 yaş çocuğu olan annelere uygulanan sınırlı eğitim girişimi ardından (iki ev ziyareti ile eğitim verme ve eğitici broŐur bırakma) ocukların idrar kotinin düzeyleri, eğitim öncesi idrar kotinin düzeyine göre daha düşük olacak ve evde tam bir sigara içme yasağı uygulama yüzdesi artacaktır.

H₃: 1-5 yaş çocuğu olan annelere uygulanan kapsamlı eğitim girişimi ardından, sınırlı eğitim giriŐimine göre çocukların idrar kotinin düzeyleri daha düşük olacak ve evde tam bir sigara içme yasağı uygulama yüzdesi artacaktır.

1.4. VARSAYIMLAR

Bu çalışmada, araştırma grubundan elde edilecek sonuçların benzer sosyoekonomik yapıdaki, 1-5 yaş arası çocuklara genellenebilir özellikte olacağı varsayımından yola çıkılmıştır. 1-5 yaş arası çocukların ÇTD maruziyetinin evde ve araba içilen sigara dumanından oluştuğu kabul edilmiştir. Veri toplama aşamasında annelerin araştırmada kullanılan veri toplama formlarına doğru yanıt verdiği ve idrar kotinin ölçümünün çocuklarda ÇTD maruziyetini yansıttığı varsayılmıştır. Çalışmanın bir diğer varsayımı Planlı Davranış Teorisine dayalı geliştiren “annelerin çocuklarını evde tütün dumanından koruma davranışı” ölçeğinin ebeveynlerin çocuklarının yanında sigara içme davranışına yönelik açıklayıcı bilgi sağlayacağıdır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

ÇTD çocuklar için önemli ve önlenebilir bir morbidite ve mortalite nedenidir. Çocuklarda en az aktif sigara içiciliği kadar olumsuz etkilere yol açan ve genellikle anne-baba kaynaklı olan ÇTD etkilenimi tüm dünyada yaygındır. Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır (78). Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerin çocukları ÇTD’ye daha fazla oranda maruz kalmaktadırlar. Ayrıca gelişmiş ülkelerde kamusal alanlarda ve işyerlerinde uygulanan sigara içme yasağı açık alanlara kadar gelişmeye başlamıştır. Özel bir alan olarak görülen evlerde de çocukların ÇTD maruziyetinden korumaya yönelik önlemler alındığı ve yasal yaptırımların uygulandığı görülmektedir (5). Ülkemizde ise sigara içme prevalansı gittikçe artmaktadır. Bununla birlikte özellikle evlerde sigara içmeyen kişileri ÇTD etkileniminden korumaya yönelik uygulamalar sınırlıdır.

Zamanlarının nerede ise tamamını evlerinde geçiren 1-5 yaş çocukların evlerindeki ÇTD maruziyetinden korumaya yönelik uygulamalara büyük gereksinim vardır (58, 104). Evde uygulanan sigara yasağı çocukların ÇTD maruziyeti önemli düzeyde azalttığı görülmektedir (68, 101). Yetişkinler özellikle ebeveynler evlerinde sigara içme yasağı uygulayarak çocukları tütün dumanından koruyabilirler (122). Bu nedenle evlerde sigara içilmesinin önlenmesi ve dumansız yaşam alanı oluşturulması için ebeveynlerin eğitimi çok kritiktir. Ancak çocukları ÇTD etkileniminden korumak için standart bir eğitim programı yoktur. Son on yılda Dünya genelinde okul öncesi yaş grubu çocukların evlerdeki ÇTD etkilenimi azaltmaya veya önlemeye yönelik yapılan girişim çalışmaları artmıştır. Bu çalışmalarda farklı girişim yöntemleri uygulanarak hangi yöntemin etkili olduğu incelenmektedir. Araştırmalar, yoğun girişimlerin etkinliğini daha az yoğun girişim yada herhangi bir girişimin yapılmadığı kontrol grubu ile karşılaştırmaktadır. Yoğun girişimlerde genelde ev ziyaretleri, telefon veya elektronik posta ile izlem ve değerlendirme görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmeler sırasında ilk eğitimi destekleyen eğitimler verilmiş, davranış değişiklikleri değerlendirilmiş ve çocukların idrar kotinin düzeyleri bildirilmiştir. Girişim kapsamında broşür ve kitapçık kullanımı ve telefon izlemleri yaygındır. Araştırma sonuçları çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada yoğun girişimlerin daha etkili olduğunu göstermektedir (91). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan girişim araştırmaları sınırlıdır (31).

Bu araştırmada farklı yoğunluktaki iki eğitim girişiminin, çocukların ÇTD etkilenimini azaltma açısından etkinliği değerlendirilmiştir. Kapsamlı eğitim grubundaki annelere üç ev ziyareti ve iki telefon görüşmesi, sınırlı eğitim grubuna ise iki ev ziyareti yapılmıştır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, çocukları ÇTD etkileniminden korumaya yönelik çalışmalara ve eğitim girişimlerine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde ÇTD maruziyeti oldukça yoğun olmakla birlikte hatalı kişisel bildirimler ve kotinin ölçümü yapma

olanağı bulunmaması gibi yöntemsel sınırlılıklar nedeniyle, gerçek etkilenim düzeyi belirlenememektedir (11). Bu araştırmada çocukların TD maruziyetlerini belirlemek ve eğitimin etkinliğini değerlendirmek için idrar kotinin ölçümü yapılmıştır.

1.6. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırmada uygulanan girişim müdahalelerinin ev ziyaretleri, telefon izlemlerinden oluşması ve çocuklardan ev ziyaretleri sırasında idrar örneklere toplanması ve bu girişimlerin bir araştırmacı tarafından yürütülmesi nedeni ile örnekleme sayısının sınırlı tutulmuş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

Çocuklarda TD etkilenimini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından idrar örneklere toplanmıştır. Bazı ocukların, ev ziyaretinden kısa süre önce idrarını yapmış olması yada idrar rneği alınacak olmasına duygusal tepki göstererek idrarlarını uzun süre tutmaları idrara rneği alabilmek için araştırmacının beklemesini gerektirmiştir. Tuvalet eğitimini tamamlamamış olan iki çocuğa ise aşırı tepki gösterdikleri için idrar torbası yerleştirmek mümkün olmamıştır.

Çocukların TD etkilenimini, ebeveynlerin ve diğer kişilerin evde ve arabada sigara içme davranışlarını belirlemeye yönelik, kotinin ölçümü dışındaki veriler annelerin sözel bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Araştırma süresince çocukların yaşadıkları ev ve arabaları dışında maruz kaldıkları TD maruziyeti eğitim girişimi sonuçlarını etkilemiş olabilir. Ayrıca anneler çocuklarını TD maruziyetinden korumaya yönelik davranışları konusunda bilerek veya hatırlayamama nedeni ile yanlış bilgi vermiş olabilirler.

1.7. TANIMLAR

Tütün Dumanı: Tütün dumanı 4.000 kimyasal ve kansere neden olduğu bilinen 60 madde içeren bir gazdır. Tütün dumanı akciğerlere ulaşabilen ufak partükül ve nikotin, arsenik, karbon monoksit, siyanür ve diğer pek çok toksik kimyasal içermektedir (58).

Ana Akım Dumanı: Yanan bir sigaranın içici kişi tarafından solunması sonrası tekrar havaya yayılan dumandır (58).

Yan Akım Dumanı: Sigaranın yanması sonucu sigaranın ucundan doğrudan havaya yayılan dumandır (58).

Çevresel Tütün Dumanı: Ana akım dumanı ile yan akım dumanının bileşiminden oluşmaktadır. Toksik bir hava kirletici olan ÇTD çok düşük düzeylerde bile tehlikelidir ve A grubu karsinojen olarak sınıflandırılmaktadır (58).

Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti: ÇTD maruziyeti başkalarının içtiği tütün ve tütün mamullerinden dolayı kişinin kendi rızası dışında tütün içeriğine maruz kalması durumudur. İkinci el içicilik, gönüllü olmayan içicilik, pasif içicilik olarak çeşitli şekilde adlandırılmaktadır (58). Bu araştırmada Çevresel Tütün Dumanı kavramı kullanılmıştır.

Kotinin: Nikotinin ana metabolitidir. Tütün dumanı maruziyeti yoksa vücutta kotinin bulunmaz (58). Kotinin yarılanma ömrünün yaklaşık 20 saat olması nedeni ile 2-3 gün önceki maruziyeti belirlemede iyi bir göstergedir (12, 102).

1.8. GENEL BİLGİLER

ÇTD maruziyetinin neden olduğu sağlık sorunları, anne ve babalarının evde sigara içmeleri nedeni ile özellikle zamanlarının çoğunu evde geçiren küçük yaşta çocuklar için önemli, yaygın ve önlenbilir bir halk sağlığı sorunudur. Özel alan olarak görülen ve kuralların yetişkinler tarafından konduğu evlerde çocukların ÇTD maruziyetinden korumak için özellikle ebeveynlerin bu konuda eğitimi önemlidir.

1.8.1. Çevresel Tütün Dumanı

Tütün dumanı 4.000'in üzerinde kimyasal madde içeren gaz ve partikülden oluşur. Bu maddelerin 60'ının kansere neden olduğu bilinmektedir. ÇTD sigara içen kişi tarafından ortama verilen ana akım dumanı ve sigaranın yanmakta olan ucundan çıkan yan akım dumanından oluşur. ÇTD'nin ana bileşeni yan akım dumanıdır. Yan akım dumanı, eksik yanma nedeniyle ana akım dumandan kimyasal olarak farklı yapıdadır. Yan akım dumanında kanserojen maddelerin yoğunluğu ve nikotin miktarı daha fazladır. Benzoapyrene ve diğer polisiklik aromatik hidrokarbonlar, formaldehit, 4-aminobipheyl, benzen ve nitroamin, kadmiyum ve karbonmonoksit gibi mutajenik ve karsinojik maddeler içeren önemli bir iç hava kirleticisidir. Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (Environmental Protection Agency-EPA) ÇTD'yi güvenli bir düzeyi olmayan "Grup A" karsinojen olarak tanımlamıştır (58).

1.8.2. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti ve Sıklığı

ÇTD maruziyeti tüm ülkelerde ve kültürlerde insanları etkileyen yaygın bir sorundur. Bu sorun, günlük hayatta ev, işyeri, okul ve oyun alanları gibi pek çok yerde karşımıza çıkmaktadır. İnsanların çoğu hayatlarının yaklaşık %90'ını ev ve iş gibi kapalı alanlarda geçirirler. Kapalı alanlarda, özellikle evlerde ÇTD etkileniminin boyutu daha fazladır. Çocuklar buldukları yerde bir kişinin sigara içmesi veya buldukları odanın havasına her hangi bir yerden sigara dumanının girmesi sonucu sigara dumanına maruz kalmaktadırlar (58).

Dünya'da sigara içen kişilerin üçte ikisi Türkiye'nin de içinde bulunduğu on ülkede yaşamaktadır (108). Son yıllarda gelişmiş ülkelerde toplumun sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmesi ve topluma açık, kapalı ortamlarda sigara içilmesini kısıtlayan yasal önlemlerin yaygınlaşması sonucu sigara içme eğiliminde azalma görülürken gelişmekte olan ülkelerde sigara içme davranışı hızla artmaktadır. Bu artış ÇTD'ye maruz kalan çocuklar ve sigara içmeyen yetişkinler açısından önemli bir sorundur (108). DSÖ küresel olarak çocuklarının yaklaşık %50'sinin ÇTD'ye maruz kaldığını bildirmektedir. Dünyada 700 milyon çocuğun evinde en az bir kişi sigara içmektedir (122).

Yapılan araştırmalarda bildirilen ÇTD maruziyeti prevalansı araştırmanın yöntemine ve yapıldığı yere bağlı olarak oldukça değişiklik göstermektedir. Ulusal düzeydeki büyük çalışmalar ile karşılaştırıldığında küçük ölçekli çalışmalarda maruziyetin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (18). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2 ay ve 5 yaş arası çocuklar arasında yapılan bir araştırmada çocukların %38'inin evlerinde ÇTD'na maruz kaldıkları bildirilmiştir (41). ABD'de yapılan diğer bir araştırmada çocukların %39'unun bir ve daha fazla sigara içen kişi ile yaşadığı belirtilmiştir (55). 2007'de yapılan Amerika Ulusal

Çocuk Sağlığı Araştırması'nda ise çocukların %8'inin (5.5 milyon çocuk) evin içinde sigara içen bir kişi ile yaşadığı saptanmıştır (98). Almanya Çocuklar için Ulusal Çevre Araştırması, 3-14 yaş arası çocukların üçte birinin evlerinde ÇTD'ye maruz kaldığını belirtmiştir (24). İskandinav ülkelerinde çocukların %57'sinin, İran'da %36'sının düzenli olarak ÇTD'ye maruz kaldığı bildirilmiştir (79, 97).

Türkiye'de ÇTD etkilenimi oldukça sık olmakla birlikte, hatalı bildirimler ve kotinin ölçümü yapma olanağı bulunmaması gibi yöntemsel güçlükler nedeniyle, gerçek etkilenim düzeyini belirlemek mümkün olmamaktadır (1). Ayrıca Türkiye'de pasif maruziyet konusunda ülkeyi temsil eden yeterli bilimsel veri yoktur. 2003 yılı Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS) sonuçlarına göre; çalışmaya katılanların %89'u evde, %90'ı halka açık alanlarda pasif maruziyete uğramaktadır (104). Türkiye'de farklı kentlerde pasif sigara dumanı etkilenimi prevalansı ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar temel alındığında, evlerin %60-%82'sinde sigara içen en az bir kişinin bulunduğu, bu kişinin de çoğunlukla evin babası olduğu görülmektedir. Okul çocuklarında evde anne ve babasından en az biri sigara içen çocuk oranı Kahramanmaraş'ta %87, Kocaeli'nde %72, İstanbul'da %74 olarak belirlenmiştir (16, 31, 71). Balıkesir-Burhaniye'de 0-5 yaş grubu çocukların %71'inin anne veya babasının sigara içtiği belirlenmiştir (87).

Sigara içme davranışı sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (3, 50, 97). Yapılan araştırmalar, düşük sosyo-ekonomik durumda olan ve eğitim düzeyi düşük olan ailelerde sigara içme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Babaların sigara içme yüzdesi annelere göre oldukça yüksektir (3, 97). Örneğin İran'da yapılan bir çalışmada ebeveynlerden birinin sigara içme prevalansı %36, sadece babanın sigara içme prevalansı %98, anne ve babanın sigara içme prevalansı ise sadece %2 olarak bulunmuştur (97).

Tayland'da yenidoğanların ÇTD etkilenimlerinin incelendiği bir araştırmada ise evde en az bir sigara içicisi bulunma oranının %47, babanın sigara içme oranının %35, annenin sigara içme oranının ise % 0.3 olduğu bildirilmiştir (3). Ancak eğitim durumu yükseldikçe kadınların sigara içme yüzdesi artmaktadır (15, 71). Türkiye'de yapılan bir çalışmada evlerinde sigara içilen çocukların %7'sinin sadece annesi, %42'sinin sadece babası, %25'inin ise hem annesi hem de babasının sigara içtiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada okuma-yazması olmayan annelerde ve ilkokul mezunu annelerde sigara içme oranı %36 ve %33 ile en düşük olarak saptanırken, ortaokul mezunu annelerde sigara içme oranı %61 olarak belirlenmiştir (71). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada çocukların %70'inin evinde en az bir sigara içicisi olduğu, annelerde eğitim seviyesinin artışı ile sigara içme oranının arttığı, buna karşılık babalarda ise eğitim düzeyi artışı ile sigara içme oranının düştüğü saptanmıştır (15).

1.8.3. Çevresel Tütün Dumanının Çocuk Sağlığına ve Sigara İçmeye Başlamaya Etkisi

Halk sağlığını tehdit eden en yaygın tehlikelerden biri olan tütün kullanımı, sadece sigara içen kişileri değil ortama yayılan ÇTD nedeniyle sigara içmeyen kişilerde de önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Son elli yılda ÇTD maruziyetinin sağlığa zararlı etkisi ile ilgili kanıtlar artmıştır (123). ÇTD çocuklar için yetişkinlere göre daha ciddi bir tehlike kaynağıdır. Çünkü çocuklar daha hızlı nefes alırlar ve fiziksel aktiviteleri genellikle yetişkinlerden daha fazladır. Tütün dumanındaki toksik kimyasalları yetişkinlerden daha fazla solurlar. Çocuklar aynı zamanda ÇTD'deki belli toksik maddeleri daha az metabolize edebilirler. Bu maddelerin vücutlarında daha uzun süre kalması nedeniyle çocuklarda maruziyet daha uzun süreli ve daha yoğundur (58). ÇTD etkileniminin çocuk sağlığına etkisi ile ilgili çalışmalar ilk olarak 1960'lı yıllarda yapılmaya başlanmıştır ve çocuk sağlığına zararları ile ilgili güçlü kanıtlar elde edilmiştir (123). Yapılan araştırmalar çocukların ÇTD

maruziyeti ile çocuklarda görülen bronşit, bronşiyolit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, wheezing epizodu, orta kulak enfeksiyonu, orta kulak effüzyonu, üst solunum yolu irritasyonu, astım, azalmış akciğer fonksiyonu, ani bebek ölüm sendromu, düşük doğum ağırlığı, kronik solunum hastalığı ve akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi açıkça göstermektedir (41, 76, 80, 103). ABD’de ÇTD etkilenimi nedeni ile çocuklarda yılda 3.400 akciğer kanseri, 46.000 kardiyak nedenli hastalıklar, 430 ani bebek ölümü sendromu, 24.300 ile 71.900 arasında düşük doğum ağırlığı veya preterm doğum, 202.300 astım epizodu, 150.000 ile 300.000 arasında alt solunum yolu enfeksiyonu, 789.700 orta kulak enfeksiyonu vakası meydana gelmektedir (112, 123).

ÇTD fiziksel sağlık sorunları yanında, uzun süre maruziyet sonucu davranışsal, bilişsel bozukluklara da neden olmakta ve çocukların okul başarısını olumsuz etkilemektedir (111, 112). Yapılan bir araştırmada evde ÇTD’ye maruz kalan 5494 okul öncesi yaş grubundaki çocukta, davranış problemleri riskinin arttığı saptanmıştır. Aynı araştırmada sosyoekonomik faktörler, düşük doğum ağırlığı ve annenin gebelikten önce ve gebelik sırasında sigara içme durumu dışlandığında evde ÇTD maruziyetinin, çocukların %11-25’inde psikolojik problemleri etkileyen bir faktör olduğu bildirilmiştir (111).

Çocukluk döneminde, kontrolleri dışında ÇTD’ye maruz kalan çocuklar ileride sigara içme alışkanlığı kazanarak sigaranın zararlı etkilerine maruz kalmaya devam ederler. Yapılan çalışmalar küçükken anne ve/veya babası sigara içen kişilerde sigara içme oranının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (6, 91). Ayrıca tam bir sigara içme yasağı uygulanmayan evlerde yaşayan gençlerde sigara içme prevalansı daha yüksek ve sigara bırakma başarısı daha düşüktür (35). Gençlerin ve çocukların sigara içen kişiler ile aynı ortamda bulunmaları ve ÇTD’ye maruz kalmaları bir davranış modeli oluşturmasının yanı sıra kimyasal yolla da çocukların ileride sigara bağımlısı olma riskini artırır. Nikotin, tütün kullanımının bağımlılığa

dönüşmesinde rol oynayan en önemli psikoaktif bileşendir. Tütün dumanından kaynaklı nikotinin, gelecekteki sigara içme davranışını etkileyebilmesi için fonksiyonel, davranışsal veya sinirsel etkilere yol açabilecek miktarda absorbe edilmesi gereklidir. Yapılan çalışmalar ÇTD'ye maruz kalan kişilerin bu etkilere neden olabilecek düzeyde nikotin aldıklarını göstermiştir. (85, 91). Hiçbir zaman sigara içmemiş veya sigarayı bırakmış kişiler nikotinin ruh hali üzerindeki akut pozitif etkilerine karşı daha az, akut tiksindirici etkilerine karşı ise daha fazla duyarlıdır. Bununla birlikte nikotinin ruh hali üzerindeki pozitif etkilerinin ancak tiksindirici etkilerine karşı tolerans geliştikten sonra ortaya çıktığı belirtilmiştir. Aktif sigara kullanımı ile tekrarlayan maruziyet nikotinin tiksindirici etkilerine karşı tolerans gelişmesine neden olur. Uzun süreli ÇTD maruziyetinin, nikotinin tiksindirici etkilerine karşı benzer bir tolerans geliştirmesi ve sigara içmeyen bir kişinin daha ilk denemelerinde tütün kullanımının pozitif etkilerinin ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Sigara içmeye başlayan ama her gün içmeyen adölesanlar içmedikleri zaman bazı yoksunluk semptomları yaşadıklarını bildirmektedir. Bu da nikotin toleransının ve bağımlılığının aslında düzenli sigara kullanımından önce başladığını göstermektedir. Tiksindirici etkiye karşı tolerans sigara içme davranışının bırakılmamasında önemli bir rol oynamazken, tütün kullanımına başlamayı kolaylaştırmaktadır (85).

1.8.4. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinin Ölçümü

ÇTD maruziyetini belirlemek için üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler; kişisel bildirim, havadaki ÇTD ölçümü ve vücuda alınmış olan tütün dumanındaki bileşenlerin biyolojik belirteçler ile saptanmasıdır (21, 26, 54, 58). Çocuklarda ÇTD maruziyetini belirlemek için kişisel bildirim ve biyolojik ölçümlerin birlikte kullanılması daha doğru bilgi sağlamaktadır (26, 60).

1. Kişisel bildirim: Sigara içme durumu ile ilgili kişisel bildirim, sigaranın sağlığa zararlı etkilerini belirlemek, danışmanlık hizmetlerini planlamak ve diğer koruyucu girişimlerin etkilerini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte sigara içmenin tıbbi olarak uygun görülmemesi ve sosyal baskılardan dolayı kişisel bildirimlerin güvenli olmayabileceği belirtilmektedir (93). Araştırmalar ÇTD maruziyetinin belirlenmesinde sözlü bildirimlerin nicel ölçümlere göre daha az güvenilir olduğunu göstermektedir (15, 16, 118). Ayrıca sigara dumanının tam olarak ne kadar solunduğunu ve sigara içme davranışına bağlı olarak değişen emilim düzeyini hesaplamak zordur. Bu zorluklardan dolayı sigara içme durumunu ve ÇTD maruziyetinin somut olarak belirlenebilmesi ve ebeveynlere yönelik eğitim programlarının etkililiğini değerlendirmek amacı ile biyolojik ölçümlerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (16, 58, 93).

2. Havada ÇTD ölçümü: Havada bulunan çeşitli ÇTD bileşenlerinin ölçümü yapılabilir. Havada ölçümü yapılan en yaygın bileşenler nikotin, karbonmonoksit ve solunabilir ufak partiküllerdir. Bu maddeler kişilerin üzerine yerleştirilen bireysel monitörlerle doğrudan veya zamanlarını geçirdikleri çeşitli yerlere yerleştirilen monitörlerle dolaylı olarak ölçülebilmektedir. Nikotin kolay ölçüldüğü ve tütün dumanına özel olduğu için yaygın olarak kullanılan bir ölçüttür (58). Tütün dumanının karmaşık bir bileşim olmasından dolayı tek bir kimyasal ölçümü maruziyeti tam olarak yansıtmaz. Buna rağmen ÇTD maruziyetini değerlendirmek için yapılan araştırmalarda biyolojik belirteçlerin kullanımı yaygındır (16, 58, 93). Çocukların ÇTD maruziyetini azaltmaya yönelik yapılan otuzaltı kontrol programının incelendiği bir çalışmada, çocukların ÇTD maruziyetlerini belirlemek için beşinde havada nikotin ölçümü onüçünde ise idrarda ve tükürkte kotinin ölçüldüğü görülmüştür (91).

3. Biyolojik belirteçlerin ölçümü: ÇTD'nin bir çok bileşeni vücut sıvılarında saptanabilir. Vücut sıvılarında karbon monoksit, tiosiyanat, nikotin ve kotinin ölçümleri yapılmaktadır. Karbon monoksit ve tiosiyanat sigara dışında başka çevre kirleticileri tarafından da ortaya çıktığından dolayı, ÇTD maruziyetini ölçmek için spesifik değildir (12, 57, 75, 93, 102). ÇTD maruziyetinin belirlenmesinde en temel biyolojik belirteçler nikotin ve nikotinin ana metaboliti olan kotinindir (58, 75, 90). Nikotin ve kotinin ölçümü ÇTD etkilenimini ölçmeye özeldir ve ÇTD maruziyetinin geçerli bir niceliksel ölçütü olarak kabul edilmektedir. Ancak nikotinin yarılanma ömrü (2 saat) kotininin yarılanma ömrüne (20 saat) göre daha kısadır. Bu nedenle araştırmalarda kotinin ölçümü tercih edilmektedir. Kotinin yarılanma ömrünü yaklaşık 20 saat olduğu için kotinin ölçümü ile iki-üç gün önceki maruziyet belirlenmektedir. Tütün dışında nikotin, sebze gibi gıdalarda düşük düzeyde bulunur ancak kotinin düzeyine önemli bir etkisi yoktur (9).

Nikotin tüm tütün ürünlerinde bulunan bir kimyasaldır (9). İşlenmiş sigaradaki tütün 6 ile 12 mg arasında nikotin içermektedir. İnsan vücuduna ortalama olarak yaklaşık sigara başına 1 mg nikotin alınır. Nikotinin %75 veya daha fazlası yan akım dumanı olarak havaya salınır. Bu nedenle ÇTD içinde fazla miktarda nikotin bulunmaktadır. Tütün ürünleri ve sigara dumanını pasif soluma durumunda nikotin akciğer veya ağzın mukoz membranları aracılığı ile emilir. Nikotin akciğerler ile vücuda alındığı zaman kan dolaşımına karışır ve karaciğer, böbrekler gibi çeşitli organları dolaşır. Yaklaşık %5-10'u değişmeden idrarda atılır. Nikotin absorbe edildikten sonra hızlıca parçalanır ve yaklaşık %70-80'i kotinine dönüşür. Kotininin %10-15'i idrarda atılır (9). Kotinin saç, tükürük, serum ve idrar örneklerinde ölçülmektedir (12, 15, 16, 71, 93, 102). Kotininin tükürük, kan ve idrardaki oranları arasında kuvvetli korelasyon vardır (9).

1.8.5. Çocukların Çevresel Tütün Dumanından Korunması

Dünya Sağlık Örgütü 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde üye ülkelerce kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) 150'den fazla ülke tarafından imzalanması ile tütünle mücadele konusunda küresel düzeyde fikir birliği sağlanmıştır. Bu sözleşme uluslar arası yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme bakımından önemlidir. Sözleşmeye taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak halklarının sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. DSÖ 2008 yılı, Küresel Tütün Salgını Raporu MPOWER'da, ülkelere bu yönde yardımcı olmak amacıyla tütün kontrolü konusunda etkili altı politika belirtilmiştir (108). Bu politikalar arasında vergileri ve fiyatları artırmak, reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak gibi direkt politik ve mali alanları içeren konular ve sağlık çalışanlarının önemli görev ve sorumluluk üstlenmesini gerektiren politikalar yer almaktadır. Sağlık çalışanlarından beklenen sorumluluklar arasında ise toplumları ÇTD etkileniminden korumak, herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak, sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olmak, salgın ve koruyucu uygulamaları izlemek yer almaktadır (108).

Ülkemizde, TKÇS sigarayla mücadele çalışmalarına ivme kazandırmış ve 1996 yılından itibaren var olan 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Önlenmesi ile ilgili kanunu desteklemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2008-2012 Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'nda 2010 yılına kadar çocukların ÇTD maruziyetinin anlamlı ölçüde azaltma hedefi yer almaktadır. Bu hedefe ulaşmak için belirlediği stratejiler arasında ÇTD'nin sağlık riskleri konusunda halkın eğitimler yolu ile düzenli bilgilendirilerek bilinçlendirilmesi bulunmaktadır (104).

Çocuk sağlığı için zararları bilimsel olarak kanıtlanmış olan ÇTD'den basit yöntemlerle korunmanın mümkün olduğu bilinmektedir (122). Tütün dumanının güvenli bir dozu yoktur. Bu nedenle iç ortamlardan dumanın tamamen elimine edilmesi ÇTD'nin zararlı etkilerinden koruyan ve bilimsel temeli olan tek önlemdir (122, 123). Dumansız ortamlar hem sigara içmeyenleri koruyan, hem de sigara içenleri bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır (108). Sigara yasağı politikalarının uygulandığı yerlerde ÇTD maruziyetinin azaldığı ve sağlığın geliştiği görülmektedir. Ayrıca bu uygulamalar özellikle tütün endüstrisi tarafından geliştirilen etkili olmayan "alternatif yöntemler" ile karşılaştırıldığında son derece maliyet etkin olduğu görülmektedir. Tütün endüstrisinin önerdiği bu yöntemler aynı havayı paylaşan sigara içen ve içmeyen kişilerin yerlerinin ayrılması ve sigara içme alanlarında havalandırma ve filtrasyonun artırılmasıdır. Bu yöntemlerin ÇTD maruziyetini azaltmadığı bilinmektedir (123). DSÖ'ne göre, %100 dumansız ortamlar tütün dumanı maruziyetinden korunmak için tek etkili stratejidir ve bu ortamlar ancak yasalar ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle tüm işyerleri ve kamuya ait iç ortamların %100 dumansız olmasını zorunlu hale getirecek yasalar oluşturulmalıdır. Kapalı ortamlarda sigara yasaklarının uygulanması insan haklarının korunması açısından da oldukça önemlidir. Uluslar arası insan hakları yasası ve pek çok ulusal yasada, sağlık hakkı, yaşama hakkı ve sağlıklı çevrede bulunma hakkı yer almaktadır. Bu hakların korunması için ÇTD maruziyetinin yasalarla engellenmesi gerekmektedir. Maruziyetin önlenmesinin isteğe bağlı uygulamalara bırakılmasının devletin, insanların sağlığını koruma sorumluluğu ile bağdaşmadığı belirtilmektedir. Çünkü isteğe bağlı uygulamalar ile her zaman istenen sonuç alınamamaktadır. Örneğin İrlanda' da sigara yasağı uygulamasından üç ay sonra barların %97'sinin dumansız ortamlar olması sağlanmıştır. Birleşik Krallık'ta ise isteğe bağlı uygulamalar ile ancak barların %1'inin dumansız ortamlar olması sağlanmıştır (123). Ancak sadece yasaların oluşturulması yeterli değildir. Bu yasaların uygun şekilde uygulanması ve ihlal edilmeleri durumunda gerekli yaptırımların uygulanması

gerekmektedir. Ülkelerin, tütün endüstrisinin bu yasaların uygulanmaması ve iptaline yönelik yapacağı çalışmalar ve açacağı davalar ile de mücadele etmesi gerekmektedir. Ayrıca yasaların uygulanabilmesi için halk eğitimleri, ilgili taraflarla görüşme ve halk sağlığını koruma açısından yasaların önemini anlatma çalışmaları sürdürülmelidir (123).

1.8.6. Evlerde Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinden Korunma

Pek çok ülkede özellikle çocukları ve adölesanları ÇTD maruziyetinden korumak amacı ile kamusal alanlarda, kafe, restoran, okul ve benzeri yerde yasal uygulamalar mevcuttur. Yasalar çocukları kamusal alanlarda yabancıların içtiği sigara dumanından korurken, en çok ÇTD'ye maruz kaldığı yer olan evlerinde kendi anne babalarının evde içtikleri sigara dumanından koruyamamaktadır (5, 122). Çocuklar en fazla ev ortamında ÇTD'ye maruz kaldıkları için çocukları evlerdeki etkilenimden korumak önemlidir. Çocukları evlerinde ÇTD'den korumanın tek yolu evde tamamen sigara içmenin yasaklanmasıdır. Yapılan çalışmalar evde uygulanan sigara içme yasağının çocukların ÇTD maruziyetini azalttığını göstermektedir (12, 101).

DSÖ, evlerde ÇTD etkilenimini azaltmak için eğitim stratejilerinin uygulanmasını önermektedir. Ayrıca işyerlerinde uygulanan yasaklarla ilgili halkın farkındalıkları artırılarak evlerde yasak uygulama konusunda istekli olmalarının sağlanabileceği belirtilmektedir. ÇTD etkileniminin riskleri, sağlıklı bir çevre hakkının nasıl elde edilebileceği ve ÇTD'nin zararlarından ailelerini nasıl koruyabilecekleri konusunda herkesin bilgilene hakkı vardır (123).

Evlerde sigara ile ilgili kurallar aile üyeleri tarafından isteğe bağlı olarak uygulanmaktadır. Bu kurallar evin hiçbir yerinde, hiçbir zaman sigara içilmesine izin verilmeyen tam yasak veya belli zamanlarda, belli yerlerde (çocuğun bulunmadığı zaman, belli odalarda sigara içilmesi gibi) sigara içmenin kısıtlandığı kısmi yasak şeklinde uygulanmaktadır. Evde sigara içmeyen kişileri ve çocukları ÇTD etkileniminden korumanın en etkili yolu tam yasak uygulamasıdır (109). Yapılan araştırmalar kısmi yasak uygulamalarının ÇTD maruziyetin önlenmesinde etkili olmadığını göstermektedir (12). Kısmi yasaklar nikotin maruziyeti açısından kısmen bir azalma sağlayabilse de, tütün dumanında bulunan ve havadan daha uzun sürede elimine olan diğer tehlikeli maddelerden (örneğin isoprene) korunmanın mümkün olmadığı vurgulanmaktadır (116). Ayrıca, elbiselerin veya evdeki yüzeylerin üzerinde biriken partiküller tekrar havaya karışabilmekte ve diğer ortamlara taşınabilmektedir. Bir diğer önemli konu evdeki sigara yasaklarının hiçbir şekilde delinmemesidir. Sigara yasağı uygulanan, fakat bu yasağın zaman zaman delinebildiği evlerde çocukların idrarlarındaki kotinin kreatinin oranının, sigara içmeye belli yerlerde izin verilen evlerdeki çocuklar ile fark göstermediği belirlenmiştir (116).

Pek çok ülkede kamusal alanlarda sigara içmenin yasaklanmasına rağmen evlerin özel bir alan olduğu ve bu alana müdahale edilmemesi gerektiği yaklaşımı evlerde sigara yasağının kamusal alanlardaki yasağa göre daha az destek bulmasına neden olmaktadır. Diğer yandan çocukları fiziksel ve cinsel istismardan koruyan, okula ve bağışıklama programlarına vb. devam etmelerini sağlayan yasalar dikkate alındığında evin her zaman “özel bir alan” olarak kabul edilemeyeceği de görülmektedir. Her ne kadar evde sigara içilmesi ile ilgili yasalar olmasa da mahkemeye yansıyan bazı olgular görülmektedir (5). DSÖ, ilk defa 2010 yılında 130 bin çocuğun ev ortamında pasif içici olduğu ve çocukların yüzde 20’sinde astım ve

solunum yolları hastalığı olduğu Norveç'te ev ve arabalarda sigara içmenin yasaklanmasını önermiştir. Norveç Sağlık Bakanlığı öneriyi inceleyeceklerini bildirmiştir (29).

Henüz evlerde sigara içme davranışına yönelik yasal bir yaptırımların olmamasından dolayı evlerdeki yasak uygulama sıklığı sigara içme davranışının toplum tarafından sosyal kabul görme durumu ve ebeveynlerin tutumu ile yakından ilişkilidir (109). Son yıllarda yapılan araştırmalar tütün kontrol çalışmalarının etkisi ile bazı ülkelerde evde sigara içme yasağında önemli artış olduğunu göstermektedir. Avustralya'da 1995 yılında sigara içenlerin %20'si evlerinde sigara içme yasağı uygularken bu oran 1997 yılında %28'e yükselmiştir. Amerika'da evlerinde yasak uygulandığı bildiren sigara içenlerin oranı 1992 yılında %16 iken bu oran üç kat artarak 1998 yılında %49'a yükselmiştir (100). Kaliforniya'da Koreli Amerikalılarda yapılan beş yıllık izlem araştırmasında evde yasak uygulama oranı 2001 yılında %59'dan 2006 yılında %91'e yükselmiştir. Finlandiya'da evde yasak uygulama oranı %58'dir (92). Bazı Avrupa ülkelerinde evde sigara yasak uygulama oranı oldukça yüksektir. Fransa'da %60, İrlanda'da %64, İtalya'da %61, Çek cumhuriyeti'nde %75, İsveç'te %87'dir (53). Dünyanın en fazla tütün üreten ve tüketen ülkesi Çin'de evde yasak uygulama oranı %26'dır (65). Ülkemizde ise evlerde yasak uygulama oranı oldukça düşüktür. Elazığ'da yapılan bir araştırmaya katılan 15-49 yaş arası kadınların (n=610) %17'si evlerinde sigara içilmesine asla izin vermediklerini bildirmiştir (8). Balıkesir-Burhaniye'de 0-5 yaş arası çocuğu olan anneler ile yapılan başka bir araştırmada ise evde tam yasak uygulama yüzdesi %16'dır (87). Yapılan başka bir araştırmada ise astımlı çocukların %65'inin evlerinde sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır (70).

Bazı ülkelerde yıllar içersinde evlerde sigara içme yasağı uygulamasında görülen artış, sigara yasakları ile ilgili yasaların, toplumun ve ebeveynlerin ÇTD'nin zararları ve korunma

konusunda verilen eğitimlerin, özellikle evlerde sigara içmenin sosyal olarak kabul gören bir davranış olmaktan çıkarmaya yönelik yapılan çalışmaların başarılı olduğunu göstermektedir. Halk eğitimleri özellikle sigarayı tam olarak bırakamayan kişilerin evde sigara içme yasağı uygulamasını sağlayarak çocukları ve sigara içmeyenleri ÇTD etkileniminden korumaktadır. Evde uygulanan sigara içme yasağı sadece sigara içmeyen kişileri pasif içicilikten korumakla kalmaz, sigara içen kişilerin günlük sigara tüketimini azaltmakta ve sigara bırakma oranını arttırmaktadır (109).

1.8.7. Çocukları Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetlerini Azaltma Amacıyla Yapılan Girişim Araştırmaları

Ebeveynlerin evde sigara içilmesi ile ilgili tutum ve davranışlarına yönelik girişimler çocukların maruziyetini önleme ve ÇTD'nin neden olduğu çocuk hastalık ve ölümlerini azaltmak için önemlidir. Özellikle son yıllarda hangi girişimlerin daha etkili olduğunu saptamak için yapılan araştırma sayısı artmıştır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda girişimler özellikle annelere yöneliktir. Annelerle genellikle çocuk polikliniklerine başvuruları sırasında veya ev ziyaretlerinde görüşülmüştür. Araştırmaların çoğunda kitapçık, bireysel yardım rehberi, broşür, sigara içilmez çıkartmaları gibi eğitim araçları kullanılmıştır. Araştırmaların diğer önemli özelliği telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri, elektronik posta gibi farklı yöntemler kullanılarak izlem görüşmeleriyle eğitimlerin pekiştirilmesidir. Ayrıca bu izlem görüşmelerinde ebeveynlerin evde sigara içme davranışlarındaki ve çocukların ÇTD etkilenim düzeyindeki değişiklikler değerlendirilmiştir. Araştırmalarda çocukların ÇTD maruziyetini azaltma veya engelleme amacı ile yapılan girişim genellikle, daha düşük yoğunlukta girişim yapılan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır (20, 32, 48, 49, 61, 117). Bazı araştırmalarda ise

girişim grubu herhangi bir girişimin yapılmadığı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır (19, 22, 33, 37, 47). Uygulanan girişim yöntemlerinin bazıları, çocukların ÇTD maruziyetini azaltmada etkili olurken bazılarının etkili olmadığı görülmektedir. Yapılan bazı girişim araştırmaları Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1’deki dört araştırmada girişim grubuna uygulanan yöntemlerin kontrol grubuna göre çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiştir (19, 32, 61, 115).

Wahlgren ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, San Diego pediatri alerji tıp merkezine gelen 6-17 yaş arası astımlı 91 çocuğun ebeveynlerinden birini yada bakıcılarını davranışsal danışmanlık grubu, izlem kontrol grubu ve genel bakım kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayırmıştır. İlk görüşmeden sonra 2., 6., 9., ve 12. aylarda ev ziyaretleri ve klinik ziyaretler sırasında her üç gruba görüşülmüş ve çocukların ÇTD maruziyeti, genel sağlık durumları ve ebeveynlerin sigara içme durumları hakkında bilgi alınmıştır. Genel bakım kontrol grubundan farklı olarak izlem kontrol grubu ve danışmanlık grubundaki ebeveynlerden sigara içme durumu ve ÇTD maruziyeti ile ilgili kayıt tutmalarını istenmiştir. Ayrıca altıncı ayda yapılan görüşmede danışmanlık grubuna eğitim verilmiştir. İzlemlerden iki yıl sonra gruplar karşılaştırılmış ve danışmanlık grubundaki çocukların ÇTD etkilenim düzeylerindeki azalmanın kontrol gruplarına göre daha fazla olduğu görülmüştür (115).

Hovell ve arkadaşları dört yaş altı çocuğu olan ve beslenme programına katılan, 108 anne ile yaptıkları araştırmada ilk görüşmeden sonra anneleri girişim ve kontrol grubuna ayırmıştır. Girişim grubundaki annelere üç ay süreyle üçü yüz yüze, dördü telefon görüşmesi olmak üzere yedi danışmanlık yapılmıştır. Danışmanlıkları, konu ile ilgili 20 saatlik eğitim

alan üniversite öğrencileri vermiştir. Birinci danışmanlıkta annelerden çocuklarının ÇTD maruziyetlerini azaltmak için uzun vadeli amaçlar belirlemeleri ve sözleşme imzalamaları istenmiştir. Danışmanlar çocukların ÇTD maruziyetinin aşamalı olarak azaltılması için neler yapılabileceğini açıklamışlar ve annelere iki haftalık amaçlar yazmalarına yardımcı olmuşlardır. Anneler iki görüşme arasındaki sürede, sigara içme durumlarını ve çocukların maruziyetlerini resimli grafiklere kaydetmişlerdir. Ayrıca annelere sigara içilmez yazı ve işaretlerin bulunduğu çıkartmalar verilmiştir. Danışmanlar her görüşmede, bir önceki görüşmeye göre ÇTD etkilenimi azaltmada gösterilen başarıyı değerlendirmiş, engeller karşısında yapılabilecek olası çözümleri konuşmuşlar, yeni amaç ve yöntem belirlemişlerdir. Danışmanlar, belirledikleri amaçları yerine getirmede başarılı olan anneleri övgüler ve düşük maliyetli hediyelerle ödüllendirmişlerdir. Son danışmanlıkta annelere, maruziyeti azaltmadaki başarıları sürdürmeleri için ve daha da azaltmaları için yeni amaçlar yazmalarına yardımcı olunmuştur. Girişim grubuna yapılan bu yedi danışmanlık görüşmesine karşın kontrol grubuna, genel beslenme eğitimi verilmiş, sigarayı bırakmaları ve çocuklarını ÇTD etkileniminden korumaları için basit önerilerde bulunulmuştur. Son danışmanlıktan sonra 3., 6., ve 12. ayda yapılan değerlendirmelerde girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Girişim grubundaki çocukların evde haftalık maruz kaldığı sigara sayısı üçüncü ay yapılan izlemde 27.3'den 4.5'e, onikinci ayda ise 3.6'ya düşmüştür. Kontrol grubunda ise ilk izlemde 24.7 olan sigara sayısı üçüncü ayda 12.1, onikinci ayda ise 8.4'tür. Gruplar arasında sigara sayılarındaki azalma istatistiksel olarak da anlamlıdır. Araştırmada ayrıca her iki grupta, ilk izlem ile onikinci ayda yapılan izlem idrar kotinin düzeyleri değerlendirilmiştir. Girişim grubundaki çocukların ilk izlemdeki idrar kotinin düzeylerinde çok az bir azalma olmuş 10.9 ng/ml'den on ikinci aydaki izlemde 10.5 ng/ml'ye düşmüştür. Kontrol grubuna ise 9.4 ng/ml'den 17.5'e yükselmiştir (61).

Emmons ve arkadaşları birinci basamak sağlık kurumunda ulaştığı üç yaştan küçük çocuğu olan, düşük gelir düzeyine sahip 291 sigara içen ebeveyni veya bakıcıyı randomizasyonla motive edici girişim grubu ve kendine yardım grubu olarak isimlendirilen kontrol grubuna ayırmıştır. Motive edici gruba, ev ziyaretleri sırasında sağlık eğitimcisi tarafından 30-45 dakikalık motive edici eğitim görüşmesi yapılmış ve dört telefon danışmanlığı verilmiştir. Bu gruba girişimin bir bileşeni olarak katılımcılarda karbon monoksit düzeyi ve mutfak ve diğer odalardaki hava nikotin ölçümü yapılmış ve katılımcılara bildirilmiştir. Kontrol grubuna ise ÇTD etkilenimini azaltmaya yönelik yazılı materyal verilmiş, elektronik posta ile kaynak rehber gönderilmiş ve hava nikotin ölçümü yapılmıştır. Girişimlerden üç ve altı ay sonra izlem görüşmeleri yapılmıştır. Araştırmada her iki grupta ilk görüşme, üçüncü ve altıncı ayda yapılan görüşmelerde alınan idrar örnekleri karşılaştırılmıştır. Girişim grubunda izlemler arasında nikotin düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Kontrol grubunda ise izlemler arasında nikotin düzeyinde azalma görülmemiştir (32).

Chan ve Lam, Hong Kong'ta dört büyük hastanenin pediatri servisinde, kendisi sigara içmeyen, eşi sigara içen ve hasta çocuğu olan 1483 anne ile yaptıkları araştırmada, ilk izlem anket formu uygulandıktan sonra randomizasyonla annelerin 752'sini girişim, 731'ini kontrol grubuna ayırmıştır. Girişim grubuna 87 hemşire tarafında standart sağlık önerileri sunulmuş, maruziyeti önleme ve babaların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için hazırlanmış eğitim kitapçığı verilmiştir. Ayrıca annelerden, babalara evde sigara içmemelerini hatırlatmak amacıyla hazırlanmış sigara içilmez resimlerini evlerine asmaları istenmiştir. Bir hafta sonra da annelerle telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Her iki gruba girişimden sonra 3., 6., ve 12. ayda telefon görüşmesi yapılarak izlem anketleri doldurulmuştur. Üçüncü ayda yapılan değerlendirmede, girişim grubunda

eşleri sigara içerken çocuklarını kesinlikle uzaklaştırdıklarını söyleyen annelerin yüzdesinin kontrol grubuna göre önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (19).

Tablo 1'deki on araştırmada uygulanan girişimlerin sonucunda, çocukların ÇTD etkilenim düzeyleri azalmakla birlikte girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (22, 31, 33, 37, 47, 48 59, 81, 117, 119).

McIntosh ve arkadaşları Michigan Tıp Fakültesindeki dört pediatri kliniğinde yaptıkları araştırmada, 6 aylık ile 17 yaş arasında astımlı çocuğu olan 92 aileyi randomizasyonla girişim grubu (n=37) ve kontrol grubuna (n=35) ayırmıştır. İlk görüşme muayene için kayıt sırasında ikinci görüşme 4-6 ay sonraki klinik ziyaret sırasında yapılmıştır. Her iki gruptaki ebeveynlere, ÇTD ile ilgili sağlık problemleri, sigarayı bırakmayı veya evde sigara içmeme önerilerini içeren genel bilgi verilmiştir. Bilgileri pekiştirmek amacı ile ÇTD'nin tanımı, çocuk sağlığına zararları ve çocukların ÇTD'ye maruz kaldığı ortamlar ve maruziyeti azaltmaya yönelik yöntemlerin yer aldığı broşür verilmiştir. Ayrıca görüşmeler sırasında çocuklardan idrar örneği toplanmıştır. Girişim grubuna görüşmeden bir ay sonra çocukların idrar kotinin düzeyinin bildirildiği ve ebeveynleri evin dışında sigara içmeleri konusunda cesaretlendirildiği bir mektup ve el kitabı gönderilmiştir. El kitabında davranış değişikliği yöntemleri, kendini izleme, davranışları kontrol altında tutmaya çalışma, gevşeme ve sorun çözme yöntemleri gibi konular yer almıştır. Araştırma sonucuna göre, eğitimden dört ay sonra girişim grubunda evde sigara içme yasağı uygulama oranı %35, kontrol grubunda ise %17'dir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde çocukların idrar kotinin düzeyleri eğitim sonrasında her iki grupta azalmıştır ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (81).

Tablo 1. Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetlerini Azaltma Amacıyla Yapılan Girişim Araştırmaları

Araştırma Adı/Yazarlar	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	İzlem (ay)	Çıktı	Sonuç
Astımlı çocuklarda ÇTD maruziyetini azaltma:2 yıllık izlem/Wahlgren ve ark. (115)	- davranışsal danışmanlık - ev ziyareti , 2., 6., 9., 12. aylarda klinik ziyaret -kayıt; günlük sigara İçimi, ÇTD maruziyeti - 6. ay danışmanlık - 12. ay yazılı materyal - 20. ve 30. aylarda izlem	- 1. kontrol grubuna bireysel izlem - 2. kontrol grubuna genel bakım - ev ziyareti, 2., 6., 9., 12. aylarda klinik ziyaret - kayıt; günlük sigara kullanımı, ÇTD maruziyeti - 12. ay yazılı materyal	2, 6, 9, 12	- ÇTD bildirimini - pulmoner fonksiyon testi	girişim grubundaki eğitim daha etkili
Annelere verilen danışmanlığın çocukların ÇTD maruziyetine etkisi/ Hovel ve ark. (61)	- 7 danışmanlık (3 ayda); 3 ü yüz yüze, 4'ü telefon görüşmesi - maruziyet durumuyla ilgili kayıt - sigara içilmez etiketi - 3. ay görüşme, idrar örneği - 6. ay görüşme - 12. ay görüşme, idrar örneği	- beslenme danışmanlığı - sigarayı bırakma önerisi - çocukların ÇTD den korunması yönelik öneri - 3. ay görüşme, idrar örneği - 6. ay görüşme - 12. ay görüşme, idrar örneği	3, 6, 12	- çocukların maruz kaldığı sigara sayısı - idrar kotinin düzeyi - annenin tükürük kotinin düzeyi	girişim grubundaki eğitim daha etkili
Küçük çocuklu düşük gelirli ailelerde pasif sigara maruziyetini azaltmak için randomize çalışma/Emmons ve ark. (32)	motive edici eğitim; - evde eğitim (30-40 dk) - 4 telefon görüşmesi	bireysel yardım; -broşür -kitapçık -email ile kaynak	6	- hava nikotin düzeyi	girişim grubundaki eğitim daha etkili
Annelerin pasif sigara dumanına maruz kalan hasta çocuklarını koruma davranışları:hemşirelik girişimi randomize kontrol çalışması/Chan ve Lam (19)	- standart sağlık önerileri - broşür - sigara içilmez çıkartması - telefon görüşmesi	girişim yok	3, 6, 12	- annenin çocuğu sigara içilen yerden uzaklaştırma davranışı	eğitim sadece 3. ayda etkili
Astımlı çocuğun çevresinde sigara dumanını azaltma: kotinin yardımı, en az iletişikle müdahale/McIntosh ve ark. (81)	- danışmanlık - elektronik posta ile idrar kotinin bildirimini ve bireysel yardım klavuzu gönderme	- danışmanlık	4	- idrar kotinin düzeyi - evde sigara içme yasağı	gruplar arasında fark yok

Araştırma Adı/Yazarlar	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	İzlem (ay)	Çıktı	Sonuç
Düşük gelirli ailelerin astımlı çocukları arasında evde sigarayı azaltma tavsiyesi verme ve idrar kotinin bildirim etkisi/Wakefield ve ark. (117)	- idrar kotinin düzeyi bildirimi - kitapçık - 2 telefon görüşmesi	-sigara hakkında genel öneriler	6	- evde sigara içme yasağı - idrar kotinin düzeyi - hava nikotin düzeyi	gruplar arasında fark yok
Yenidoğan döneminde çevresel sigara maruziyetini azaltmak için kotinin yardımı: başarısız bir girişim stratejisi/Chilmonczyk ve ark. (22)	- telefonla idrar nikotin bildirimi - mektup	- genel bakım	2	- idrar kotinin düzeyi	gruplar arasında fark yok
Yenidoğan bebeklerde pasif içiciliği ve solunum hastalığını azaltmada evde girişim programının değerlendirilmesi/Greenberg ve ark. (47)	- 4 ev ziyareti	girişim yok	12	- idrar kotinin düzeyi - ÇTD maruziyet miktarı (sigara adet/gün) - alt solunum yolu hastalığı semptom sıklığı	gruplar arasında fark yok
Okul öncesi yaş grubunda çocuğu olan ailelerde sigara içme davranışı üzerine bilginin etkisi/Eriksen ve ark. (33)	- eğitim - 3 broşür	girişim yok		- sigara miktarında değişim - evde sigara içme yasağı	gruplar arasında fark yok
Annelerin sigara içme davranışı üzerinde kısa girişimin etkisi/Groner ve ark. (48)	1. girişim grubu: eğitim (sigara-çocuk sağlığı) 2. girişim grubu: eğitim (sigara-anne sağlığı) - sağlık inanç modeline dayalı; danışmanlık, kitapçık - davranışsal modele dayalı; bırakma stratejisi, kitapçık, - 2.ve 4. haftalarda elektronik posta ile hatırlatma	- çocukların yaşına uygun genel sağlık eğitimi - 2.ve 4. haftalarda elektronik posta ile hatırlatma	1, 6	-sigara içme durumunda evre değişimi - sigara içme yeri -ÇTD etkisi bilgisi	gruplar arasında fark yok

Araştırma Adı/Yazarlar	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	İzlem (ay)	Çıktı	Sonuç
Latin çocuklarda astım yönetimi ve ÇTD maruziyetini azaltma: kontrollü çalışma/Hovell ve ark. (59)	- eğitim (astım, ÇTD) Koçluk; - 7 oturum (evde, 45 dakikalık) - telefon görüşmesi - sözleşme (amaçlar, ödül) - formlar; 2 haftalık amaç - ÇTD ve korunma davranışı ile ilgili kayıt	- eğitim (astım, ÇTD)	4, 7, 10, 13	- ÇTD bildirimi - idrar kotinin düzeyi - havada nikotin düzeyi - annenin tükürük kotinin düzeyi	gruplar arasında fark yok
Çocukların sigara dumanı maruziyetinden korumak için danışmanlığın değerlendirilmesi: birey merkezli iletişim/Fossum ve ark. (37)	- birey merkezli yaklaşım - 2 günlük başlangıç eğitimi - “dumansız çocuklar” standart eğitimi, - video izletme - rol play	girişim yok	1, 3	- annenin tükürük kotinin düzeyi	gruplar arasında fark yok
Astımlı düşük gelirli çocuklarda çevresel sigara dumanını azaltma girişimi kontrollü çalışma/Wilson ve ark. (119)	- 3 danışmalık oturumu - davranış değişikliği stratejisine göre ÇTD eğitimi - astım eğitimi - idrar kotinin bildirimi	- astımla ilgili genel eğitim	6, 12	- idrar kotinin düzeyi - astım nedeni ile hastaneye başvuru	gruplar arasında fark yok
Bir grup Türk ilkokul öğrencisinde çevresel sigara dumanı maruziyetinin değerlendirilmesi ve önleme için girişim yöntemi geliştirme/Ekerbiçer ve ark. (31)	- telefon ile eğitim - idrar kotinin bildirimi	- idrar kotinin bildirimi	9	- idrar kotinin düzeyi	gruplar arasında fark yok

Wakefield ve arkadaşları, Güney Avustralya'da 1-11 yaş arası astımlı çocuğu olan düşük gelirli ailelere, evde sigarayı azaltma konusunda verilen eğitimin ve idrar kotinin bildiriminin etkisini incelemiştir. Araştırmada, 292 aile girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Araştırmada ilk görüşme hasta çocuk polikliniği bekleme salonunda yapılmış ve bu görüşme sırasında çocuklardan idrar örnekleri toplanmıştır. Girişim grubundaki ebeveynlere postayla çocukların idrar kotinin düzeylerini bildiren mektup ve eğitim kitabı gönderilmiştir. Ayrıca bu gruptaki ebeveynlerle, evde sigara yasağı ile ilgili iki telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise doktor ve hemşireler tarafından sadece sigara hakkında genel bilgi verilmiştir. Girişimden altı ay sonra ev ziyareti yapılmış izlem anket formu doldurulmuş ve çocuklardan tekrar idrar örneği alınmıştır. Bu değerlendirmede evde yasak uygulama oranının girişim grubunda %21, kontrol grubunda ise %12 olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında evde ve arabada yasak uygulama yüzdesi, çocuğun yanında sigara içme sıklığı, evde içilen sigara sayısı ve çocukların idrar kotinin düzeyleri arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır. (17)

Chilmonczyk ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, iki hastanedeki 28 doktor muayenehanesine, getirilen 518 bebeğin anneleri ile görüşülmüş ve çocuklardan idrar örnekleri alınmıştır. Günde on ve daha fazla sigara içtiğini bildiren 103 anne randomizasyonla girişim (n=52) ve kontrol (n=51) grubuna ayrılmıştır. Girişim grubundaki annelere doktorlar tarafından, telefonla çocukların idrar kotinin düzeyleri bildirilmiş ve ÇTD etkilenimini azaltmaya yönelik önerilerin yer aldığı mektup gönderilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Girişimden iki ay sonra çocukların idrar kotinin düzeyleri tekrar ölçüldüğünde kotinin miktarındaki azalma açısından gruplar arasında fark olmadığı görülmüştür. Araştırma sonucunda düşük yoğunluktaki girişim stratejisinin bebeklerin ÇTD maruziyetini azaltmada etkili olmadığı belirtilmiştir (22).

Greenberg ve arkadaşları yenidoğanların ÇTD etkilenimini ve solunum yolu hastalıklarını azaltmak için yaptıkları araştırmada, hastanede doğumdan hemen sonra yenidoğanları kayıt etmiş ve randomizasyonla dört gruba ayırmıştır. Dört grup ise tam veri toplanan ve eksik veri toplanan grup olarak iki ana gruba ayrılmıştır. Bu iki grupta kendi içinde girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Tam veri toplanan gruptaki bebeklere onsekizinci günde, yedinci ve onikinci ayda ev ziyaretleri yapılmıştır. Ayrıca onikinci aya kadar iki hafta ara ile telefon görüşmesi yapılmıştır. Bu gruptaki girişim grubuna ayrıca onsekizgün ve onikinci aylar arasında eğitim verilmiştir. Eksik veri toplanan iki gruba ise yedinci ve onikinci aylarda ev ziyareti yapılmış ancak bebeklere onsekizinci gündeki ev ziyareti ve telefon görüşmeleri yapılmamıştır. Bu gruptan girişim grubuna diğer tam veri toplanan grubu girişim grubuna yapıldığı gibi onsekizgün ve onikinci aylar arasında eğitim verilmiş, kontrol grubuna ise bu eğitim verilmemiştir. Ev ziyaretleri sırasında hemşireler tarafından yapılan eğitimler, sosyal öğrenme teorisine dayalı olarak hazırlanmış ve yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Hemşireler eğitimler sırasında ÇTD'nin tanımını, sağlığa zararları, ÇTD maruziyet kaynakları, ve korunma önlemleri hakkında bilgi içeren eğitim kitapçıkları kullanmıştır. Ayrıca anneler ile birlikte yenidoğanların ÇTD maruziyetini azalmaya yönelik yöntemler belirlenmiştir. Bir sonraki ev ziyaretinde annelerin, bu yöntemleri uygulayabilme durumları değerlendirilmiş ve anneler bu konuda desteklenmiştir. Araştırma sonucuna göre girişim grubunda yer alan çocukların sadece günlük maruz kaldığı sigara sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Girişim grubundaki yenidoğanlar arasında solunum yolu hastalık belirtileri prevalansı %15 iken kontrol grubunda %34 bulunmuştur. Gruplar arasında İdrar kotinin düzeyi açısından ise fark bulunamamıştır (47).

Eriksen ve arkadaşları yaptıkları araştırmada Norveç'te sağlıklı çocuk merkezlerine başvuran ve kendisi ve/veya eşi sigara içen 443 anneyi randomizasyonlu girişim (n=221) ve kontrol (n=222) gruba ayırmıştır. Sağlık personeli müdahale grubundaki annelere sigara konusunda eğitim ve üç adet broşür vermiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamıştır. Araştırma sonuçları, günlük içilen sigara sayısı ve evde sigara içme yasağı uygulama gibi ebeveynlerin sigara içme davranışlarındaki değişim açısından değerlendirilmiştir. Sigara içme davranışındaki değişim açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır (34).

Groner ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, bir çocuk hastanesindeki düşük sosyoekonomik durumdaki ailelere hizmet veren temel bakım merkezine başvuran 12 yaş altı çocukların annelerini üç gruba ayırmıştır. Bu gruplar çocuk sağlığı grubu, anne sağlığı grubu ve kontrol grubu olarak isimlendirilmiştir. Çocuk sağlığı grubunda yer alan annelere sigaranın çocuk sağlığına zararları ve sigarayı bırakmaları, anne sağlığı grubundakilere ise sigaranın anne sağlığına zararları ve sigarayı bırakmaları konusunda bilgi verilmiştir. Sigarayla ilgili eğitim verilen bu iki grup girişim grubu olarak tanımlanmıştır. Sağlık inanç modeline dayalı olarak hazırlanan eğitimler, hemşireler tarafından verilmiş ve 10-15 dakika sürmüştür. Müdahale gruplarına ikinci hafta ve dördüncü ayda hatırlatma mektubu gönderilmiş ve birinci ayda ve altıncı ayda telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise sadece çocuğun yaşına uygun güvenliği ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırma sonucuna göre sigarayı bırakma hızı, günlük içilen sigara sayısı açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Ancak çocuk sağlığı grubunda evde sigara içme yasağı uygulama sıklığı ve ÇTD'nin zararları konusundaki bilgi düzeyi önemli düzeyde artmıştır (48).

Hovell ve arkadaşları Kaliforniya’da astımlı Latin çocuklarda ÇTD azaltmak amacı ile koçluğun etkisini incelemek için yaptıkları araştırmaya, 3-17 yaş arası, astım tanısı almış olan ve ebeveynlerinden en az biri sigara içen çocukların ailelerini (n=204) dahil etmişlerdir. Ailelerin tümü astım yönetimi konusunda eğitim aldıktan sonra randomizasyonla girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Girişim grubuna ÇTD maruziyetini azaltmak amacı ile evlerde her biri yaklaşık 45 dakika süren yedi koçluk oturumu yapılmıştır. Araştırmacılar girişim grubuna yapılan girişimi danışmanlıktan farklı olarak sporculara koçluk yapma gibi davranışları sürekli değerlendirip, geliştirmeye çalışmalarına benzettiklerini ifade etmişlerdir. Koçluk uygulamasında ebeveynlerle sürekli bir sözleşme yapılmış, ÇTD maruziyetini azaltmaya yönelik amaçlar ve hedef davranışlar belirlenmiştir. Yerine getirilen davranış ödüllendirilmiştir. Örneğin çocuk sigara içen babasının yanında ödevini yapıyorsa, çocuğun başka bir odada ödevini yapmasını sağlamak için ödül verilmiştir. Oturumlardan dört ay sonra yapılan değerlendirmede girişim grubundaki ebeveynlerin bildirimine göre, çocuklarının ÇTD maruziyetlerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca girişim grubundaki çocukların idrar kotinin düzeyleri azalırken kontrol grubunda artmıştır (59).

Fossum ve arkadaşları yaptıkları araştırmada İsveç çocuk sağlığı merkezinde hemşirelere “dumansız çocuklar” yöntemini anlatmışlardır. Hemşireler tarafından annelere uygulanan bu yöntemde beş ana konu yer almaktadır. Birincisi annelerin kendilerine, sigaranın çocuklar üzerindeki etkileri hakkında ne bildiklerini sormaları, ikincisi çocukları yanlarındayken ne kadar sigara içtiklerini kaydetmeleri, üçüncüsü annenin kendi sigara içme davranışını izlemesi ve anneye sigara içme alışkanlığı ile ilgili ne düşündüğünün sorulması, dördüncüsü davranış değişikliği yapabileceği girişimleri destekleme ve karşılaşılabileceği problemleri tartışma, beşincisi sigarayı bırakan kadınların sigaraya başlamaması için destek olmaktır. Bu yöntem girişim grubunda yer alan yeni doğum yapmış annelere doğumdan sonra

birinci ay ve üçüncü ayda hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri sırasında uygulanmıştır. Görüşmeler sırasında annelerden tükürük kotinin ölçümü için örnek alınmıştır. Kontrol grubundaki annelere ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırma sonucunda girişim grubunda kotinin düzeyi 185 ng/ml'den 165 ng/ml'ye düşmüştür. Kontrol grubunda ise 245 ng/ml'den 346 ng/ml'ye yükselmiştir (37).

Wilson ve arkadaşları düşük gelirli, astımlı çocuklarda, davranışa dayalı eğitim ve kotinin bildirimini ÇTD maruziyetini ve sağlık hizmeti kullanımını azaltmadaki etkinliğini değerlendirmişlerdir. Araştırmaya, çocuk hastanesi solunum servisine getirilen 3-12 yaş arası çocukların anneleri (n=87) dahil edilmiştir. İlk veriler toplandıktan sonra katılımcılar randomizasyonla girişim (n=44) ve kontrol (n=43) grubuna ayrılmıştır. Girişim grubuna beş hafta ara ile üç davranışa dayalı danışmanlık yapılmıştır. Her görüşmede eğitim hemşiresi annelere, astım ve ÇTD'nin önlenmesi gibi konuları içeren yazılı tedavi protokolünü okutmuştur. Bu gruptaki annelere ayrıca, ailenin şartlarına göre düzenlenebilen davranış değişikliği yöntemleri anlatılmıştır. Bu yöntemler; çocukların ÇTD maruz aldığı zamanın ve ortamın gözlenmesi, sigara içen diğer kişiler ile görüşülmesi, onlara rol model olunması ve olumlu davranış gösterildiğinde geri bildirim verilmesidir. Girişim ve kontrol grubundaki çocuklardan ilk görüşmede, altıncı ve onikinci ayda idrar örneği alınmıştır. İlk görüşmede alınan idrar örneklerinin kotinin sonucu girişim grubuna bir sonraki görüşmede bildirilmiştir. Kontrol grubuna ise sadece astım ve tedavisi ile ilgili genel eğitim verilmiştir. Araştırma sonucuna göre, girişim grubundaki çocukların astım nedeni ile hastane başvuru sayısı, kontrol grubuna göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur. Ancak gruplar arasında kotinin düzeyi ve evde sigara yasağı uygulama açısından fark saptanmamıştır (119).

Ülkemizde çocukların ÇTD etkilenimden korumaya yönelik yapılan girişim çalışmaları sınırlıdır. Ekerbiçer ve arkadaşları tarafından yapılan girişim araştırmasında, girişim grubuna idrar kotinin bildirimi ve iki telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise sadece idrar kotinin düzeyi bildirilmiştir. Her iki grupta da girişim sonrası kotinin düzeylerinde azalma olmuştur. Ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır (31).

1.8.8. Eğitim Girişimlerinde Sağlık Davranış Modellerinin Önemi ve Planlı Davranış

Kuramı

ÇTD'yi azaltma amacı ile yapılan araştırmalarda, katılımcılara ÇTD'nin sağlığa zararları konusunda eğitim verilmekte ve sigara içme davranışında değişiklik yapmak amaçlanmaktadır. Bu araştırmalarda ÇTD'nin zararları konusunda bilgi artışı görülürken, çocukların ÇTD maruziyetini azaltma ve sigara içme davranışında değişiklik oluşturmada aynı başarı elde edilememektedir. Katılımcıların bilgilerinden çok davranış ve tutumlarındaki değişikliğe odaklanan eğitim girişimi çalışmalarının sonuçları ise daha başarılıdır (91). Bu nedenle karmaşık yapısı olan sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve istenilen sağlık davranışını geliştirmek için uygulanan eğitim girişimlerinde sağlık davranış modelleri ve teorileri yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar sağlık davranış değişikliği oluşturmada belli bir kurama ve modele dayalı eğitim programlarının daha etkili olduğunu göstermektedir (84). Kuramlar ve modeller ihtiyaç belirleme, program planlama, uygulama ve değerlendirme, sağlık bilgi kaynaklarını harekete geçirmede, sağlık eğitimcileri tarafından kullanılan önemli eğitim araçlarıdır ve özellikle girişim araştırmalarında sıkça kullanılmaktadır (30). 2000-2005 yılları arasında sağlık davranışları ile ilgili yapılan araştırmalarda kullanılan kuramların incelendiği bir çalışmada, girişim araştırmalarının %62'sinde, girişim uygulanmayan araştırmaların ise %26'sında en az bir kuramın kullanıldığı belirlenmiştir (89).

Ajzen'in Planlı Davranış Kuramı (Theory of Planned Behavior) egzersiz, güvenli cinsel ilişki, ilaç kullanımı ve sigara gibi sağlık davranışlarını inceleyen araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir kuramdır (23, 36, 39, 45, 49, 63). Sağlık davranışları ile ilgili yapılan 2901 araştırmada kullanılan kuramların incelediği bir çalışmada, araştırmaların %30'unda (884 araştırma) Planlı Davranış Kuramı'nın kullanıldığı görülmüştür (84).

Planlı Davranış Kuramı (Theory of Planned Behavior)

Ajzen'in Planlı Davranış Kuramı "Akla Dayalı Eylem Kuramı"nın (Theory of Reasoned Action) genişletilmiş şeklidir. Akla Dayalı Eylem Kuramı, karar verme süreçlerinin yer aldığı davranışların anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Kişinin, psikolojik özelliklerini yansıtan inanç, niyet, tutum ve davranışları arasındaki sebep-sonuç ilişkilerini inceler. Davranışlarının yaşamlarına olumlu sonuçlar getireceğine inanan kişiler, bu davranışları benimsemek konusunda olumlu bir tutum içinde olurlar. Aynı zamanda, belirli kişiler veya gruplar, koruyucu davranışın geliştirilmesi hakkında pekiştirici mesajlar verirlerse, inanç ve buna bağlı olarak niyet artar (4, 45, 113).

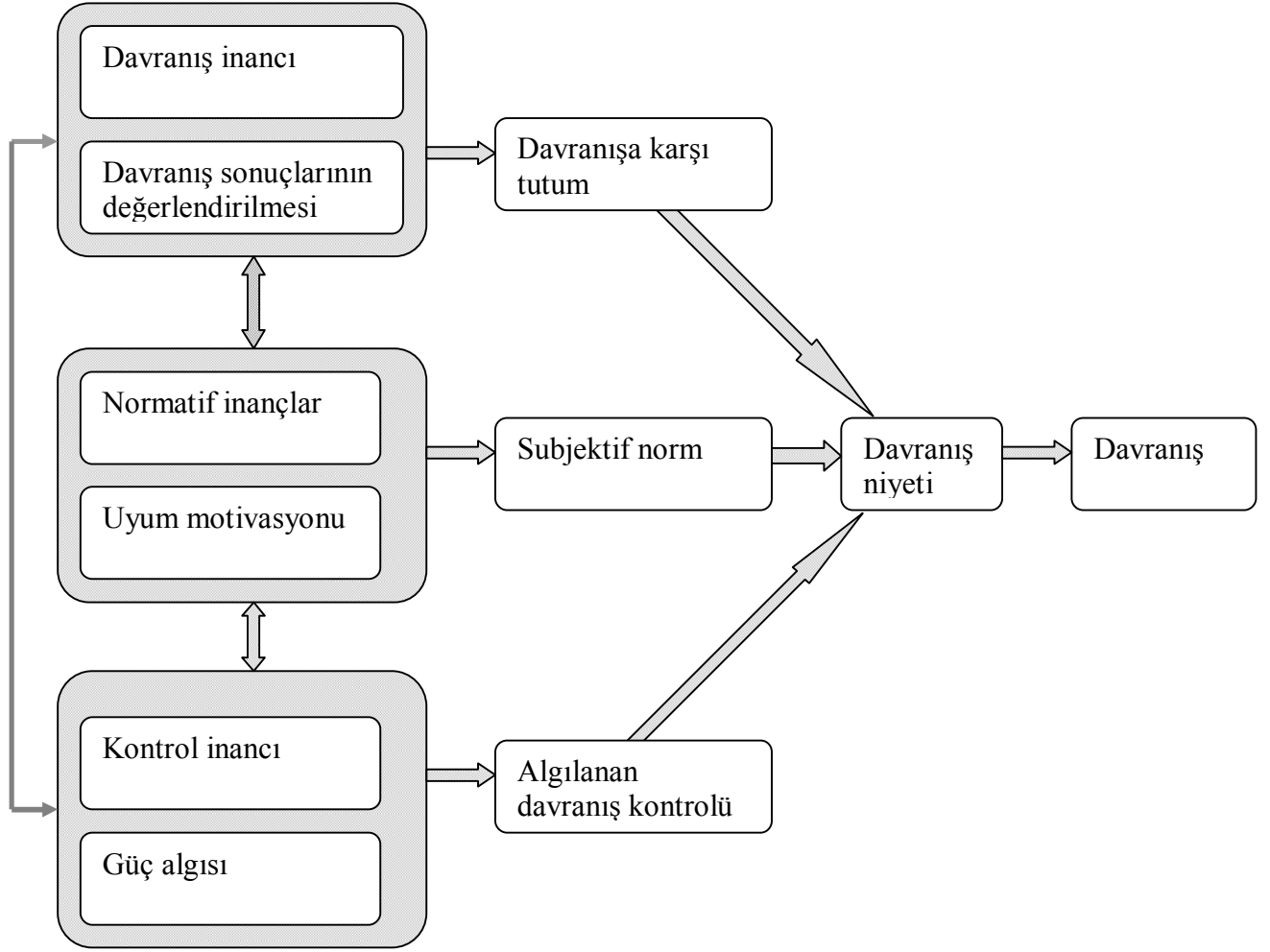
Bu açıdan bakıldığında inanç ile davranış arasındaki ilişki esas olarak iki koşula bağlıdır.

- 1) Bireysel etki: Davranışın ortaya çıkaracağı sonuçla ilgilidir. Bir davranışın olumlu sonuçlar getireceğine inan kişi, davranışı gerçekleştirmeyle ilgili olumlu bir tutum içine girmektedir. Sonuç davranışı belirlemektedir.
- 2) Sosyal etki: Sosyal çevreyi oluşturan kişilerin veya grupların beklentileriyle ilgilidir. Bireylerin, değer sistemleri içerisinde yer aldıkları kişilerin veya grupların bir davranışı kabul etmeleri veya ona karşı koymalarıyla ilgili algıları vardır. Bu da "subjektif norm"ların oluşmasına yol açan "sosyal baskı"dır. Böylece sosyal baskıların subjektif normları belirleyerek davranışı yönlendirdiği görülmektedir (4, 7, 113).

Yapılan çalışmalar, pek çok sağlık davranışının, kişi tarafından istenildiği zaman ve kolaylıkla yapılamadığını göstermektedir. Sağlık davranışları, bazı beceri, bazı koşullar, kaynaklar ve işbirliği gerektirmektedir. Bu sebeple, ortaya çıkan eksiklikleri gidermek için, akla dayalı eylem kuramındaki değişkenlerin dışında bazı değişkenlerde eklenerek, yeni bir

kuram geliştirilmiştir. Bu kurama **Planlı Davranış Kuramı** denilmektedir. Planlı Davranış Kuramı'na “davranış kontrolünün algılanması” boyutu yeni bir değişken olarak eklenmiştir. Kurama, davranış kontrolünün algısı eklenerek bireyin yapması gereken koruyucu sağlık davranışının zorluğu veya kolaylığı konusundaki algısı da dikkate alınmıştır. Bu algıyı, kişilerin karşılaştıklarını düşündükleri engeller ve geçmişteki deneyimleri şekillendirmektedir. Algılanan davranış kontrolünün ortaya çıkacak olan sağlık davranışı üzerine iki nedenden dolayı doğrudan etkisi vardır. Birincisi, davranış üzerindeki kontrol algısı yüksek olan birey, niyetini sabit tutarak davranışı yapmayı daha çok denemekte ve kontrol algısı düşük olan bireye göre daha çok gayret etmektedir. İkincisi, davranışların gerçekleşmesini olumsuz etkileyebilecek gerçek engelleri görebilmesi ve bunlara karşı kendisini güçlendirebilmesidir. Söz konusu edilen üç değişken *bireysel tutum, subjektif norm ve davranış kontrolü konusundaki algıda*, olumlu ve etkin değerler oluşabilirse, sağlık davranışının uygulanması mümkün olmaktadır. Bu değişkenlerin tümünün niyeti doğrudan etkilediği düşünülmektedir (Şekil 1). (7, 45, 113). Davranış niyeti ise kişinin davranışının en iyi göstergesidir (38). Bireylerin daha önceki yaşantıları ne kadar olumluysa ve engellerle karşılaşmayacağı umudu ne kadar yüksek olursa, davranışı yerine getirme niyeti o kadar fazla olmaktadır (30).

Şekil 1: Planlı Davranış Modeli (Theory of Planned Behavior) (1)



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Randomize kontrollü deneysel alan araştırmasıdır.

2.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmanın verileri ilgili literatür (19, 61, 87, 117) taraması sonucu oluşturulan anket formları ve idrar kotinin ölçümü kiti aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmada ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bir eğitim broşürü kullanılmıştır (EK 1). Bu gereçlerin kullanıldığı aşamalar şekil 2’de gösterilmiştir.

İlk izlem anket formu (EK 2): İlk izlem anket formu altı başlık altında gruplandırılmıştır. Bu başlıklar; 1) ailenin sosyo-demografik özellikleri, 2) çocuğun sağlık durumu, 3) ailenin sigara içme durumu, 4) çocuğun ÇTD maruziyeti, 5) evde ve arabada sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar, 6) planlı davranış kuramına (Theory of Planned Behavior) dayalı değişkenler (4, 38, 45, 49) şeklindedir. Planlı davranış kuramına dayalı olarak annelerin çocuklarını evde ÇTD’den koruma davranışına yönelik 17 soru oluşturulmuştur. Bu sorulardan 1-8 arasındaki sorular tutum, 9-12 arasındaki sorular sosyal norm, 13-16 arasındaki sorular kontrol ve 17. soru niyet sorularıdır. Bu soruların güvenilirliği 166 anne ile yapılan bir ön çalışma ile test edilmiştir. Yapılan güvenirlik analizi sonucu tüm sorular için Cronbach’s alpha değeri 0.87’dir. Tutum, sosyal norm ve kontrol algısı olmak üzere üç alt faktörlü yapıya sahip olan ölçeğin bu faktörlerin Cronbach Alpha değerleri ise; tutum 0.92, sosyal norm 0.73, kontrol algısı 0.86’dır. Alt ölçeklerden alınabilecek en yüksek puana yakın değerler olumlu, en düşük puana yakın değerler ise olumsuz yanıtları yansıtmaktadır. Alt ölçek ve niyete

yönelik sorulardan alınabilecek en düşük puan sırasıyla tutum 8, sosyal norm 4, kontrol algısı 4, niyet 1 en yüksek puan ise tutum 56, sosyal norm 28, kontrol algısı 28 ve niyet için 7'dir (125).

Ara izlem anket formu (EK 3): Bu anket formunda ailenin sigara içme durumu, çocuğun ÇTD maruziyeti, evde ve arabada sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar ile ilgili sorular yer almıştır. Ankette ayrıca planlı davranış kuramına dayalı olarak hazırlanmış olan evde tam bir sigara yasağı uygulamaya yönelik niyet sorusu yer almıştır.

Son izlem anket formu (EK 4): Son izlem anket formunda ailenin sigara içme durumu, çocuğun ÇTD maruziyeti, evde ve arabada sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar ve planlı davranış kuramına dayalı değişkenler yer almıştır.

İdrar kotinin ölçümü kiti: ÇTD maruziyet durumlarını belirlemek için çocuklardan ilk ve son ev ziyaretinde idrar örnekleri toplanmıştır. İdrar kotinin ölçümleri; spektrofotometrik olarak hızlı ve güvenilir ölçüm yapan enzim immünassay kiti (DRI Cotinine EIA ASSAY;Microgenics Corporation) ile yapılmıştır (93).

Broşür: İlk ev ziyaretinde annelere araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “**Çocuklarımız İçin Sağlıklı Evler: Dumansız Hava Sahası**” başlıklı eğitici broşür verilmiştir (EK 1).

Broşürde yer alan konu başlıkları aşağıda sıralanmıştır.

- Çevresel tütün dumanı nedir?
- Çevresel tütün dumanı çocuk sağlığına zararlıdır
- Çocuklar evdeki tütün dumanından daha çok zarar görürler
- Evde hiç kimse sigara içmemeli
- Evinizi nasıl dumansız hava sahası yapabilirsiniz ?

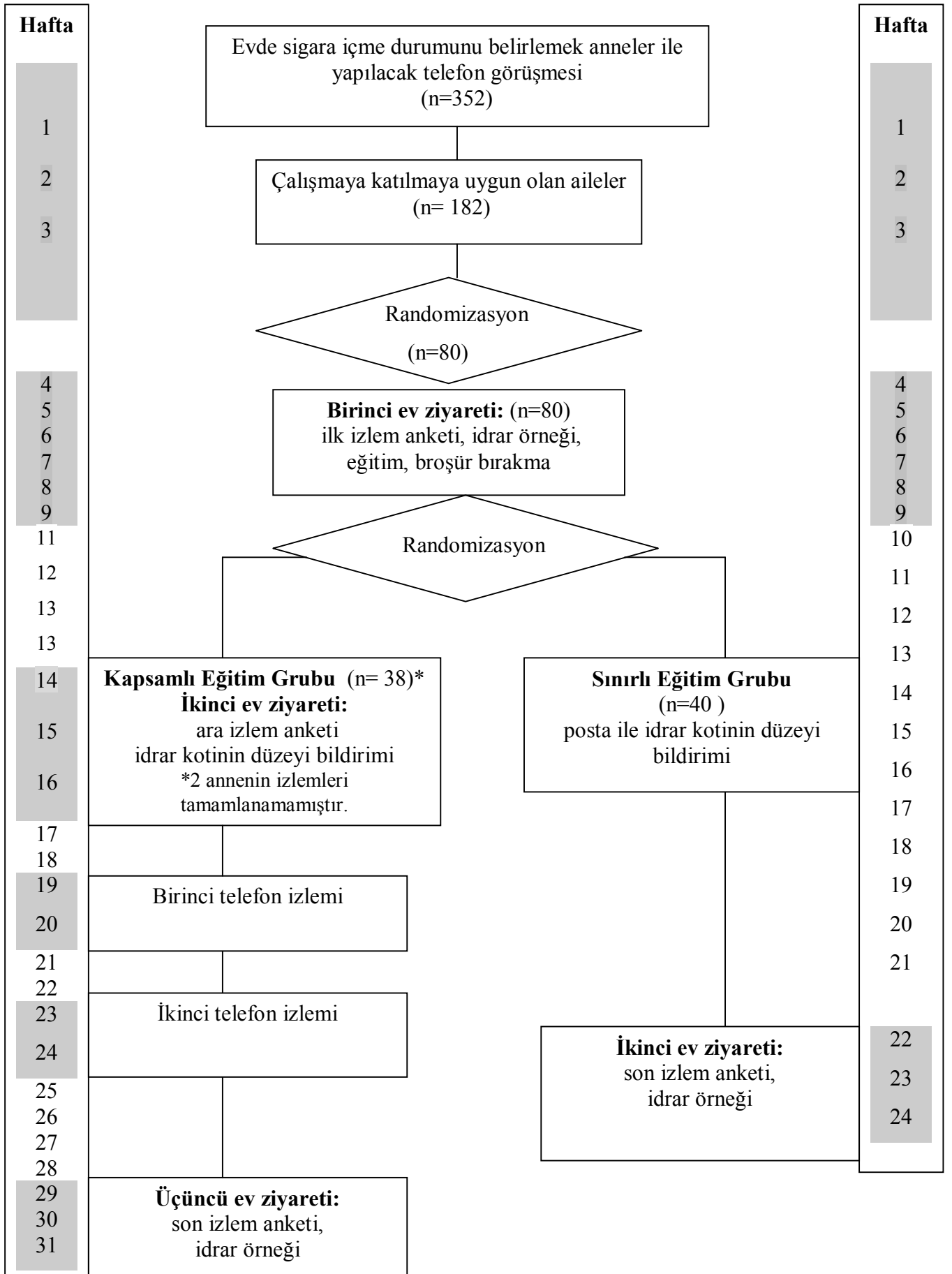
2.3. Kullanılan Yöntem

Araştırmanın veri toplama yöntemi şekil 2’de sunulmuştur. Buna göre; ilk ev ziyaretinde tüm annelere ilk izlem anket formu uygulanmış, ardından eğitim broşüründe yer alan konularda eğitim verilmiş ve eşlerinin de okuması için eğitim broşürü bırakılmıştır. Ayrıca çocuklardan idrar örneği toplanmıştır. İlk ev ziyaretleri tamamlandıktan sonra 40 çocuk kapsamlı eğitim grubunda, 40 çocuk da sınırlı eğitim grubunda olmak üzere iki grup oluşturulmuştur.

Kapsamlı eğitim grubuna ilk ev ziyaretinden bir ay sonra ikinci ev ziyareti yapılmıştır. Bu ev ziyareti sırasında annelere ara izlem anket formu uygulanmış ve ilk ev ziyaretinde çocuklardan alınan idrar örneklerinin kotinin sonuçları bildirilmiştir. Aynı gruptaki anneler iki hafta arayla iki kez telefon ile aranarak evde sigara içme durumu ile ilgili görüşme yapılmıştır. Kapsamlı eğitim grubuna ikinci telefon görüşmesinden bir ay sonra üçüncü ev ziyareti yapılmıştır. Bu ev ziyaretinde annelere son izlem anket formu uygulanmış ve çocuklardan ikinci kez idrar örneği alınmıştır.

Sınırlı eğitim grubuna ise birinci ev ziyaretinden sonra idrar kotinin sonuçları bildiri mektubu ile postayla bildirilmiştir. Bu gruba birinci ev ziyaretinden üç ay sonra ikinci ev ziyareti yapılmıştır. Bu ev ziyaretinde annelere son izlem anket formu uygulanmış ve çocuklarından idrar örneği alınmıştır (Şekil 2).

Şekil 2: Araştırmada Kullanılan Gereçler, Veri Toplama Yöntemi ve Süresi



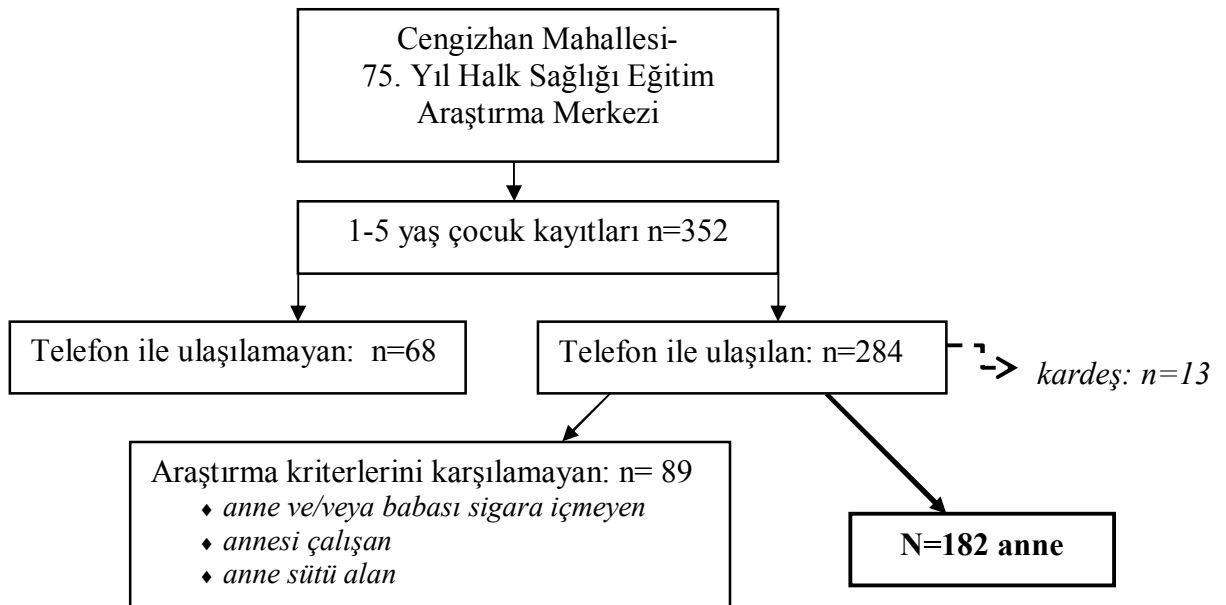
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri İzmir-Bayraklı ilçesi Cengizhan Mahallesi'nde, 10 Kasım 2009-20 Haziran 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın hedef grubu, Bayraklı Belediyesi, Cengizhan mahallesinde oturan, 1-5 yaş arasında çocuğu olan ve kendisi ve/veya eşi sigara içen çocukların anneleridir. Hedef grubu oluşturan anneler, 75. Yıl Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezindeki çocuk kayıtları aracılığıyla belirlenmiştir. 75. Yıl Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezine kayıtlı, Cengizhan mahallesinde oturan, 1-5 yaş arası çocuk sayısı 352'dir. Bu çocuklardan 21'inin kayıtlarda telefon numarası bulunmadığı, 47'sine de telefon cevap vermediği veya telefon kapalı olduğu için ulaşılamamıştır. Evine telefon ile ulaşılabilen 284 çocuğun 195'inin ebeveynlerden en az biri sigara içmektedir. Bu çocukların 13'ü kardeştir. Sonuç olarak araştırmanın evreni 182 anneden oluşturulmuştur. Araştırmanın evreni şekil 3'de özetlenmiştir.

Şekil 3: Araştırmanın Evreni

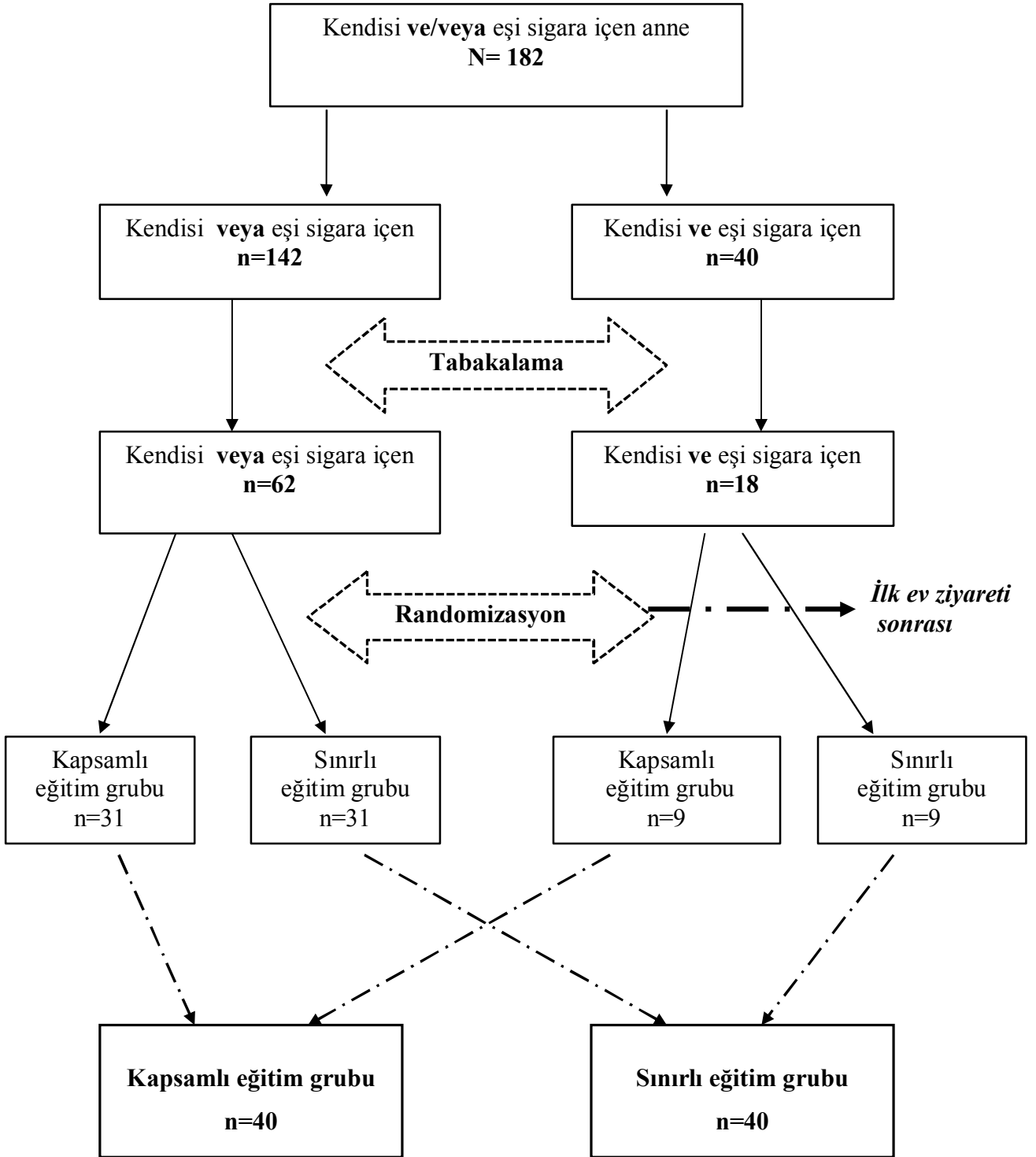


2.6. Araştırmada Örneklem

Araştırmada iki grup arasında daha önce yapılmış olan çalışmalara dayalı bir etki farkı öngörülemediği için örnek büyüklüğünün, iki grupta da istatistiksel analiz yapmaya olanak sağlayacak birey sayısı dikkate alınarak belirlenmesine karar verilmiştir. Şekil 4'te örnek büyüklüğü ve örnekleme yöntemi özet olarak gösterilmiştir. Evreni oluşturan 182 anneden 142'sinin kendisi veya eşi, 40'ının ise hem kendisi hem de eşi sigara içmektedir. Sigara içen ebeveyn sayısına göre tabakalama uygulanarak kendisi veya eşi sigara içen 62, hem eşi hemde kendisi sigara içen 18 anne olmak üzere 80 anne basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme alınmıştır. Aynı yöntemle yedek liste oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (2 anne), çocuğundan idrar örneği alınamayan (1 ocuk), araştırmaya katılma kriterlerine uymayan (ocuğun anne sütü alması, annenin çalışıyor olması) ve taşınacak olan (2 anne) annelerin yerine yedek listedeki anneler araştırmaya alınmıştır. Aynı evde 1-5 yaş arası iki ocuk olması durumunda idrar örneği alma kolaylığı nedeni ile büyük ocuk araştırmaya dahil edilmiştir.

İlk ev ziyareti yapıldıktan sonra ebeveynlerden birinin veya her ikisinin sigara içme durumuna göre SAS (Statistical Analysis System) programında gerçekleştirilen tabakalı randomizyon tablosuna göre eşi yada kendisi sigara içen 31 anne ve hem kendisi hem de eşi sigara içen 9 anne şeklinde olmak üzere 40'ar anne kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına ayrılmıştır (Şekil 4). Kapsamlı eğitim grubundaki iki anneden biri taşındığı birinin de eşi izlemleri kabul etmediği için izlemleri tamamlanamamıştır. Veri değerlendirmeleri izlemleri tamamlanan 78 anne (katılım oranı: %97.5) üzerinden yapılmıştır.

Şekil 4: Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi



2.7. Değişkenler

2.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler

- Annenin öğrenim durumu
- Babanın öğrenim durumu
- Babanın işi
- Ailenin gelir algısı:

Annenin ailesinin gelir algısını belirlemek için anneye “sizce ailenizin gelir düzeyi nasıl? soru sorulmuştur. Sorunun yanıtı için seçenekler; çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü, bilmiyorum/fikrim yok şeklindedir.

- Çocuğun cinsiyeti
- Çocuğun yaşı
- Kardeş sayısı
- Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu
- Sağlık güvencesi
- Evdeki oda sayısı
- Evde yaşayan kişi sayısı
- Herhangi bir hastalık tanısı alma
- Çocuğun sağlığı ile ilgili annenin algısı:

Annenin çocuğunun sağlığını nasıl algıladığını belirlemek için anneye sorulan “sizce çocuğunuzun sağlık durumu nasıl ?” sorusunu çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü seçeneklerinden birini belirterek yanıtlaması istenmiştir.

- Ailede sigara içen kişi sayısı

- Annenin sigara içme durumu:
Tüm yaşamı boyunca en az yüz sigara içmiş olan ve halen haftada en az bir gün sigara içen anneler sigara içiyor olarak tanımlanmıştır. Tüm yaşamı boyunca yüz sigara içmiş ancak haftada bir günden daha az sıklıkta sigara içen anneler sigarayı bırakmış olarak tanımlanmıştır. Tüm yaşamı boyunca yüz sigaradan daha az sigara içmiş olan ve halen haftada bir günden daha az sıklıkta sigara içen veya hiç içmeyen anneler sigara içmiyor olarak değerlendirilmiştir.
- Annenin haftada sigara içtiği gün sayısı
- Annenin bir günde içtiği sigara sayısı
- Babanın sigara içme durumu: Babanın sigara içme durumu belirlenirken annenin sigara içme durumuna yönelik uygulanan tanımlama yöntemi kullanılmıştır.
- Babanın haftada sigara içtiği gün sayısı
- Babanın bir günde içtiği sigara sayısı

2.7.2. Etkinlik Değişkenleri

Birincil etkinlik değişkenleri:

- İdrar kotinin ölçümlerinde gerçekleşen azalma:
Son ev ziyaretinde çocuklardan alınan idrar örneklerinde saptanan kotinin miktarı ilk ev ziyaretindeki kotinin miktarından çıkarılmıştır.
- Evde tam bir sigara yasağı uygulandığını bildirme:
Annelere evde sigarayla ilgili uygulanan kurallara yönelik iki soru sorulmuştur. Bu sorulardan birincisi; “Bazı evlerde insanların nerede ve ne zaman sigara içebilecekleri ile ilgili kurallar olur. Aşağıdaki ifadelerden hangisi evinizde nerde sigara içildiğini tanımlıyor?” dur. İkincisi ise “Bazen evin kuralları misafirlere uygulanamaz. Misafirleriniz evinizde sigara içebilir mi?” şeklindedir. Bu iki

soruya da “Evin içinde hiçbir şekilde sigara içilemez” yanıtını veren annelerin evlerinde tam sigara içme yasağı var şeklinde tanımlanmıştır.

İkincil etkinlik değişkenleri:

- Evde içilen sigara sayısı
- Son yedi günde evde sigara içilen gün sayısı
- Son yedi günde evde içilen sigara sayısı
- Son yedi günde annenin evde sigara içtiği gün sayısı
- Son yedi günde annenin evde içtiği sigara sayısı
- Son yedi günde babanın sigara içtiği gün sayısı
- Son yedi günde babanın evde içtiği sigara sayısı
- Son yedi günde çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı
- İdrar kotinin düzeyi
- Planlı davranış kuramına göre tutum, sosyal norm, kontrol ve niyet’e yönelik oluşturulan sorularının puan ortalamaları

2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırmanın veri toplama yöntemi ve süresi şekil 1’de özetlenmiştir. Bayraklı Belediyesi 75. Yıl Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezinde kayıtlı 1-5 yaş arası çocuğu olan ailelerin kayıtlardan telefon numaraları ve adresleri alınmıştır. Telefon görüşmesi ile ebeveynlerin sigara içme durumları sorularak kendisi ve/veya eşi sigara içen anneler belirlenmiştir. Telefon görüşmeleri üç hafta sürmüştür. Örnekleme alınan annelere ilk ev ziyareti yapılmıştır. Bu ziyaretten sonra anneler kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına ayrılmıştır. Kapsamlı eğitim grubundaki annelere iki ev ziyareti ve iki telefon izlemi daha yapılmıştır. Sınırlı eğitim grubuna ise ilk ev ziyaretinden sonra sadece bir ev ziyareti daha

yapılmıştır. İlk ev ziyaretinde çocuklardan alınan idrar örneklerinin kotinin sonuçları posta yolu ile bildirilmiştir (EK 5).

İlk Ev Ziyareti: Araştırmaya katılmaya uygun ailelerin evlerine gidilerek ilk ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette ebeveynlere çalışmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler araştırmaya dahil edilmiştir. Bir günde ortalama beş annenin ziyareti yapılarak ilk ev ziyaretleri altı haftada tamamlanmıştır. Anket formları anneler ile yüz yüze görüşerek doldurulmuş ardından annelere eğitim broşürü aracılığı ile eğitim verilmiştir. Bu broşür anne ve babaların daha sonra da okumaları için evlerde bırakılmıştır. Çocukların ÇTD maruziyetini belirlemek için ziyaret sırasında çocuklardan idrar örneği toplanmıştır. Tuvalet eğitimini tamamlayan çocuklardan idrar kabı ile, tuvalet eğitimini tamamlamamış çocuklardan idrar torbası ile idrar örnekleri alınmıştır. Anket formu uygulama, eğitim ve idrar örneği alma 60-90 dakika sürmüştür.

İdrar Kotinin Ölçümü: Araştırmacı tarafından toplanan idrar örnekleri idrarın alındığı gün içinde Ege Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı Laboratuvarı'na getirilmiştir. Tüm idrar örneklerinin birlikte analiz edilmesi için örnekler analiz yapılacağı güne kadar laboratuvarda fraksiyonlar halinde -20°C sıcaklıkta bekletilmiştir. Kotinin ölçümlerinin yapıldığı gün tüm örnekler oda sıcaklığında çözüldükten sonra 4000 devir/dak hızda santrifüj edilerek sedimenti çöktürülmüştür. İdrarda kotinin ölçümü, kullanıma hazır ve homojen, sıvı formda bir enzim immünassay kiti (DRI[®] Cotinine Assay, Microgenics Corporation, ABD) aracılığıyla 12 μL 'lik idrar örnekleri kullanılarak otoanalizörde (Olympus AU640 Immuno Analyzer, Alternative Biomedical Solutions-ABS, ABD) gerçekleştirilmiştir. Kitin çalışma prensibi, kit sıvısında bulunan glukoz-6-fosfat dehidrojenaz (G6PD) enzimi ile işaretli kotinin ile idrar örneğindeki serbest kotininin, kotinine-spesifik sabit bir antikor bağlanma bölgesi için

yarışması şeklindeğir. G6PD aktivitesi, enzimin nikotin adenin dinökleotidi (NAD⁺) NADH'a çevirme yeteneğinin 340 nm dalga boyunda spektrofotometrik olarak öłümü ile belirlenir. Kitin minimum saptama sınırı (detection limit) 0.34 ng/ml, öłüm sınırı (limit of quantification) ise 1 ng/ml olarak belirtilmektedir (117). Kiti üreten firma (Microgenics Corporation) tarafından çapraz reaksiyon ve yanlış pozitiflik verebilecek niasinamid, nikotin, nikotidik asid, nikotidik asid N-oksidi gibi bileşikler test edilmiş ve çapraz reaksiyon alınmadığı saptanmıştır. Denenen bileşikler arasında sadece 3-hidroksi-kotinin ile 12500 ng/ml gibi oldukça yüksek bir konsantrasyonda çapraz reaksiyon gözlenmiştir ve pasif içicilerde bileşiğin bu düzeye çıkması olası değildir. Kitin kalibrasyon eğrisi çizdirmek için kullanılan hazır kalibratörler 0, 100, 250, 500, 1000 ve 2000 ng/mL'lidir. Ancak pasif olarak sigara dumanına maruz kalan çocuklarda idrarda kotinin öłümünde düşük değerlerin saptanması beklendiğinden öłüm öncesi tüm kalibratörler 0 ng/mL'lik kalibratörle 1:4 (v:v) oranında dilüe edilmiş ve 0, 20, 50, 100, 200 ve 400 ng/mL'lik kalibratörler elde edilerek 6 noktalı kalibrasyon eğrisi oluşturulmuştur (95). En yüksek kalibratör değerü 400 ng/mL olduğu için bu değerü üstünde kotinin düzeyi saptanan idrar örnekleri negatif kalibratörler 1:4 (v:v) oranında sulandırılmış ve çıkan sonuç 5 ile çarpılarak hesaplanmıştır.

İdrar örneklerinin tümünün saklanması ve analizleri aynı laboratuvar çalışanı tarafından yapılmıştır.

İdrar Öłüm Sonuçlarının Bildirimi:

Ev ziyareti sırasında bildirim: Kotinin öłüm sonuçları kapsamlı eğitim grubundaki annelere, ikinci ev ziyareti sırasında bildirilmiştir.

Posta ile bildirim: Sınırlı eğitim grubuna ise sonuçlar bildiri mektubu yazılarak (EK 5) postayla bildirilmiştir. Yapılan son ev ziyaretinde tüm mektupların annelerin eline ulaştığı görülmüştür.

Ara İzlem Ziyareti ve Telefon İzlemi: Ara izlem ve telefon izlemleri sadece kapsamlı eğitim grubuna yapılmıştır. Kapsamlı eğitim grubuna ilk ev ziyaretinden bir ay sonra yapılan ara izlem sırasında idrar kotinin sonuçları bildirilmiş ve ara izlem anket formu doldurulmuştur. Kapsamlı eğitim grubundaki annelere ara izlemden sonra iki hafta ara ile iki telefon izlemi yapılmıştır. Telefon izlemlerinde anneler ile evde sigara içilme durumu ve evde sigara içme ile ilgili kurallar hakkında görüşülmüştür.

Son Ev Ziyareti: Kapsamlı eğitim grubuna son telefon görüşmesinden bir ay sonra, sınırlı eğitim grubuna ilk ev ziyaretinden üç ay sonra son ev ziyareti yapılmıştır. Son ev ziyaretinde tüm annelere anket formu uygulanmış ve çocuklardan ikinci kez idrar örnekleri alınmıştır.

2.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız gruplarda ki-kare testi, t-testi, varyans analizi ve Fisher'in Kesin testi kullanılmıştır. Ayrıca bağımlı gruplarda varyans analizinde değişkenler arasında fark belirlenmesi durumunda, farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni düzeltmesi ile t analizi yapılmıştır.

İlişkiler % 95 güven aralığında değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

2.10. Süre ve Olanaklar

Şekil 5'te araştırmanın süresi özetlenmiştir.

Şekil 5: Araştırmanın Süresi

Yıl	2008	2009	2009	2009	2009	2010	2010	2010	2011	2011
Ay	09-12	01-03	04-06	07-09	10-12	01-03	04-06	07-12	03-04	05
Konu Seçimi										
Kaynak İnceleme										
Tez Önerisi										
Projelendirme										
Ön çalışma										
Veri Toplama										
Laboratuvar analizi										
Veri Girişi										
Analiz										
Yazım										
Sunum										

Araştırmanın maddi giderlerinin karşılanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri için başvurulmuş ve araştırma proje olarak kabul edilmiştir (EK 6). İdrar kotinin ölçümleri proje bütçesinden alınan kit aracılığı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Ayrıca Farmakoloji Anabilim Dalı'nda görevli bir öğretim üyesinden analizler sırasında danışmanlık alınmıştır.

2.11. Etik Açıklamalar

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK 7). Araştırmanın Cengizhan mahallesinde yürütülebilmesi için T.C. İzmir Bayraklı Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden (EK 8) gerekli onay alınmıştır.

Ayrıca ilk ev ziyareti sırasında eğitim verilecek annelere çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. KAPSAMLI VE SINIRLI EĞİTİM GRUPLARININ İLK İZLEM SONUÇLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 2: Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlık Durumu ve Bu Özellikler Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup		Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		İstatistik analiz
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
Çocuğun cinsiyeti							
Kız	36	46.2	16	42.1	20	50.0	$\chi^2=0.489$ p=0.484
Erkek	42	53.8	22	57.9	20	50.0	
Kardeş sayısı							
Tek çocuk	15	19.2	6	15.8	9	22.5	$\chi^2=1.331$ p=0.514
İki kardeş	38	48.7	21	55.3	17	42.5	
Üç ve üzeri kardeş	25	32.1	11	28.9	14	35.0	
Kaçıncı çocuk							
Birinci çocuk	28	35.9	13	34.2	15	37.5	$\chi^2=1.426$ p=0.490
İkinci çocuk	30	38.5	17	44.7	13	32.5	
Üç ve üzeri	20	25.6	8	21.1	12	30.0	
Sağlık güvencesi							
Yok veya Yeşil Kart	14	17.9	10	26.3	4	10.0	$\chi^2=2.730$ p=0.098
Bağ-kur ²	8	10.3	4	10.5	4	10.0	
SSK	56	71.8	24	63.2	32	80.0	
Herhangi bir hastalık tanısı alma							
Hayır	50	64.1	26	68.4	24	60.0	$\chi^2=0.601$ p=0.438
Evet	28	35.9	12	31.6	16	40.0	
Annenin çocuğunun sağlığı ile ilgili algısı							
Çok iyi	14	17.9	9	23.7	5	12.5	$\chi^2=1.950$ p=0.377
İyi	42	53.8	18	47.4	24	60.0	
Orta	22	28.2	11	28.9	11	27.5	
Toplam	78	100.0	38	100.0	40	100.0	

¹ Sütun yüzdesi

² Sağlık güvencesi Bağ-kur olan 8 kişi analiz sırasında “yok veya yeşilkart” grubu ile birleştirilmiştir

Çocukların ilk ev ziyaretinde elde edilen tanımlayıcı özellikleri ve bu özellikler açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarındaki dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırma grubundaki çocukların yaklaşık yarısı kız, yarısından biraz fazlası erkektir. Kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarında yer alan kız ve erkek çocukların dağılımları değerlendirildiğinde bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çocukların sadece beşte biri ailenin tek çocuğudur. Diğerlerinin bir veya daha fazla kardeşi vardır. Kardeş sayısına göre iki eğitim grubu arasında anlamlı bir fark yoktur. Çocukların yaklaşık olarak dörtte üçünün sağlık güvencesi SSK’dır. Çocukların çoğunluğu herhangi bir hastalık tanısı almamıştır ve annelerin dörtte üçü çocukların sağlığını iyi veya çok iyi olarak algılamaktadırlar. Çocukların sağlık güvencesi, hastalık tanısı alma durumu ve annenin çocuğunun sağlığını algılama durumu açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 3: Ebeveynlerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

Değişken	Her iki grup		Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		İstatistik analiz
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
Annelerin Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı eğitim	61	78.2	26	68.4	35	87.5	$\chi^2=4.162$ p=0.041
İlkokul üzeri eğitim	17	21.8	12	31.6	5	12.5	
Babaların Eğitim Durumu							
İlkokul mezunu	49	62.8	26	68.4	23	57.5	$\chi^2=1.210$ p=0.546
Ortaokul mezunu	13	16.7	6	15.8	7	17.5	
Lise ve üzeri eğitim	16	20.5	6	15.8	10	25.0	
Babaların Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	7	9.0	6	15.8	1	2.5	-
İşçi	62	79.5	29	76.3	33	82.5	-
Serbest meslek	9	11.5	3	7.9	6	15.0	-
Ebeveynlerin Oturdukları Eve Sahip Olma Durumu							
Hayır	39	50.0	24	63.2	15	37.5	$\chi^2=5.132$ p=0.023
Evet	39	50.0	14	36.8	25	62.5	
Toplam	78	100.0	38	100.0	40	100.0	

¹Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan annelerin %78'inin ilkokul ve ilkokul altı eğitim aldıkları, eşlerinin %63'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Annelerin eğitim durumları açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Babaların eğitim durumları açısından ise her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Babaların %80'i işçi olarak çalışmaktadır. Ailelerin %50'sinin oturdukları ev kendilerine aittir. Oturulan eve sahip olma açısından her iki grup arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Ebeveynlerin Sigara İçme Durumu Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup		Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		İstatistik analiz
	n=78	% ¹	n=38	% ¹	n=40	% ¹	
Ebeveynlerin sigara içme durumu							
Anne veya baba içiyor	60	76.9	29	76.3	31	77.5	$\chi^2=0.015$
Her ikisi içiyor	18	23.1	9	23.7	9	22.5	p=0.901
Annenin sigara içme durumu							
Hiç içmemiş/bırakmış	58	74.4	29	76.3	29	72.5	$\chi^2=0.149$
İçiyor	20	25.6	9	23.7	11	27.5	p= 0.700
Babanın sigara içme durumu							
Hiç içmemiş/bırakmış	2	2.6	0	0.0	2	5.0	-
İçiyor	76	97.4	38	100.0	38	95.0	-

¹ Sütun yüzdesi

Ebeveynlerin sigara içme durumu açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim grubu arasında istatistiksel açıdan bir fark yoktur (Tablo 4). Annelerin üçte biri, babaların ise yaklaşık olarak tamamı sigara içmektedir

Tablo 5: Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup		Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort+SD	Ort+SD	Ort+SD	Ort+SD	
Evde bir günde içilen sigara sayısı	7.22±9.38	8.55±11.03	5.95±7.40	t=1.229; p=0.223	
Kotinin düzeyi (ng/ml)	87.37±82.38	82.81±77.74	91.71±87.33	t=-0.475; p=0.636	

Tablo 5'te çocukların ÇTD etkilenimi değerlendirilmiştir. Buna göre, kapsamlı eğitim grubunda evde bir günde içilen sigara ortalaması sınırlı eğitim grubuna göre daha yüksek, çocukların idrar kotinin ortalaması ise sınırlı eğitim grubunda kapsamlı eğitim grubuna göre daha yüksektir. Ancak, eğitim grupları arasında, bu iki özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 6: Son Yedi Günde Ebeveynlerin Evde Sigara İçme Durumu

Değişken	Her iki grup		Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		İstatistik analiz
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
Annenin evde sigara içme durumu							
Hayır	61	78.2	30	79.0	31	77.5	$\chi^2=0.024$ p=0.877
Evet	17	21.8	8	21.0	9	22.5	
Babanın evde sigara içme durumu							
Hayır	15	19.2	5	13.2	10	25.0	$\chi^2=1.759$ p=0.185
Evet	63	80.8	33	86.8	30	75.0	

¹Sütun yüzdesi

İlk ev ziyaretinde değerlendirilen anne ve babaların son yedi günde evde sigara içme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6).

Tablo 7: Son Yedi Günde Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup	Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Evde sigara içilen gün sayısı	5.29±2.70	5.37±2.58	5.23±2.84	t=0.233, p=0.816
Evde içilen toplam sigara sayısı	42.64±65.58	50.39±82.18	35.28±44.38	t=1.018, p=0.320
Babanın evde sigara içtiği gün sayısı	4.77±2.94	5.00±2.82	4.55±3.06	t=0.674, p=0.502
Babanın evde içtiği sigara sayısı	23.88±32.25	27.11±38.00	20.83±25.77	t=0.858, p=0.394
Annenin evde sigara içtiği gün sayısı	1.36±2.69	1.13±2.38	1.58±2.96	t=-0.726, p=0.470
Annenin evde içtiği sigara sayısı	9.62±26.41	11.18±32.59	8.13±19.10	t=0.509, p=0.612
Çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı	3.21±2.95	3.26±2.84	3.15±3.08	t=0.168, p=0.867

Tablo 7’de kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları son yedi günde çocukların ÇTD etkilenimi açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla iki grup evde sigara içilen gün sayısı, babanın evde sigara içtiği gün sayısı, annenin evde sigara içtiği gün sayısı ve çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı açısından karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler açısından her iki grup birbirine çok benzer olup, gruplar arasında bulunan fark istatistiksel olarak da anlamlı değildir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte evde içilen toplam sigara sayısı, babanın ve annenin evde içtiği sigara sayısı kapsamlı eğitim grubunda daha yüksektir.

Tablo 8: İlk İzlemede Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarındaki Ailelerde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı

Evde tam sigara içme yasağı ²	Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		Toplam		İstatistik analiz
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
Tam yasak var	2	5.3	2	5.0	4	5.1	Fisher's
Tam yasak yok	36	94.7	38	95.0	74	94.9	Exact Test
Toplam	38	100.0	40	100.0	78	100.0	p=1.000

¹Sütun yüzdesi

²Ev halkı + misafire yönelik yasak

Her iki grup birlikte değerlendirildiğinde ilk izlemede annelerin sadece %5.1'i evde tam sigara içme yasağı uyguladığını belirtmişlerdir (Tablo 8). Evde tam sigara içme yasağı uygulama açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları arasında bulunan fark istatistiksel olarak da anlamlı değildir.

Her iki eğitim grubunda ailelerin sadece %3.8'inin arabada sigara içme yasağı uyguladıkları belirlenmiştir.

Tablo 9: Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Açısından İlk İzlemde, Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması

Planlı davranış kuramına dayalı ölçek	Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Ölçek toplam puan	81.13±12.00	86.23±17.20	t=-1,509; p=0.135
Tutum puanı	54.13±4.48	55.38±12.12	t=-0.595; p=0.554
Sosyal norm puanı	14.37±6.91	17.55±7.19	t=1,991; p=0.050
Kontrol puanı	12.63±7.77	13.30±7.53	t=-0.386; p=0.701
Niyet puanı	2.86±2.04	2.47±2.06	t=0.872; p=0.400

İlk izlemde saptanan ÇTD'den korunmaya yönelik tutum, sosyal norm, kontrol, niyet puanları açısından kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları arasında bulunan fark istatistiksel olarak da anlamlı değildir (Tablo 9).

3.2. KAPSAMLI EĞİTİM GRUBUNDAKİ DEĞİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 10: Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk, Ara ve Son İzlemde Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi

Değişken	İlk izlem	Ara izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Evde bir günde içilen sigara sayısı	8.55±11.03	5.53±9.04	2.61±4.26	F=10.728; p=0.000
Kotinin düzeyi	82.81±77.74		26.33 ± 30.72	t= 6.123; p=0.000

Tablo 10’da kapsamlı eğitim grubundaki çocukların ÇTD etkilenim düzeyinin izlemler arasındaki değişimi değerlendirilmiştir. Birinci, ikinci ve üçüncü ev ziyaretlerinde evde bir günde içilen sigara sayısının her bir izlemde bir önceki izleme göre azaldığı görülmüştür. Bağımlı gruplarda varyans analizi sonucuna göre, izlemler arasındaki azalma istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri (Tip 1 hata olasılığı) $0.05/3=0.017$ olarak kabul edilerek uygulanan t testi sonucuna göre ilk izlem ile ara izlem ($t=3.680$; $p=0.001$) ve ilk izlem ile son izlem ($t=4.379$; $p=0.000$) arasında bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı iken, ara izlem ile son izlem ($t=2.477$; $p=0.018$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kapsamlı eğitim grubunda yer alan çocukların ilk izlem ile son izlem idrar kotinin düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kotinin düzeyi son izlemde ilk izleme göre önemli ölçüde azalmıştır.

Tablo 11: Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk, Ara ve Son İzlemlerde Son Yedi Günde Çevresel Tütün Dumanı Etkilenim Düzeyleri

Değişken	İlk izlem	Ara izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Evde içilen toplam sigara sayısı	50.39±82.18	32.50±46.07	18.55±31.92	F=4.985; p=0.012
Babanın evde içtiği sigara sayısı	27.11±38.00	16.61±21.89	9.42±14.56	F=5.526; p=0.008
Annenin evde sigara içtiği gün sayısı	1.13±2.38	1.29±2.65	1.05±2.44	F=1.575; p=0.221
Annenin evde içtiği sigara sayısı	11.18±32.59	6.87±18.06	5.61±14.74	F=1.941; p=0.158

Kapsamlı eğitim grubunda, evde içilen toplam sigara sayısı ve babanın evde içtiği sigara sayısı izlemler arasında azalma göstermiştir (Tablo 11). İzlemler arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Bonferroni düzeltmesi ile t analizi sonucuna göre (p değeri $0.05/3=0.017$ kabul edilmiştir) evde içilen toplam sigara sayısı açısından ilk izlem ile ara izlem ($t=3.739$; $p=0.001$) ve ilk izlem ile son izlem ($t=3.146$; $p=0.003$) arasında bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı iken, ara izlem ile son izlem ($t=2.477$; $p=0.018$) arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca babanın evde içtiği sigara sayısı açısından ilk izlem ile ara izlem ($t=2.580$, $p=0.014$) ve ilk izlem ile son izlem ($t=3.356$; $p=0.002$) arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Son izlemlerde ara izleme göre azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($t=2.379$, $p=0.023$). Annenin evde sigara içtiği gün sayısı ve evde içtiği sigara sayısında ise, izlemler arasında azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Tablo 12: Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk ve Ara İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı

İlk izlemde	Evde tam sigara içme yasağı ³				Toplam		İstatistik analiz
	Ara izlemde						
	Tam yasak var		Tam yasak yok		n	% ²	
n	% ¹	n	% ¹	n	% ²		
Tam yasak var	2	100.0	0	0.0	2	5.3	McNemar p=0.031
Tam yasak yok	6	16.7	30	83.3	36	94.7	
Toplam	8	21.1	30	78.9	38	100.0	

¹ Satır yüzdesi

² Sütun yüzdesi

³ Ev halkı ve misafire yönelik evde sigara içme yasağı

İlk izlemde sadece iki ailenin evde hem ev halkına hem de misafire yönelik tam sigara içme yasağı uyguladığı görülmüştür (Tablo 12). Ara izlemde evde tam yasak uygulayan aile sayısı artmış ve ilk izlemde yasak uygulamayan ailelerin %16.7'si ara izlemde tam yasak uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 13:Kapsamlı Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasası (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı

İlk izlemde	Evde tam sigara içme yasası ³					İstatistik analiz	
	Son izlemde				Toplam		
	Tam yasak var		Tam yasak yok				
n	% ¹	n	% ¹	n	% ²		
Tam yasak var	2	100.0	0	0.0	2	5.3	McNemar p=0.001
Tam yasak yok	11	30.6	25	69.4	36	94.7	
Toplam	13	34.2	25	65.8	38	100.0	

¹ Satır yüzdesi

² Sütun yüzdesi

³ Ev halkı ve misafire yönelik evde sigara içme yasası

Tablo 13’de kapsamlı eğitim grubundaki ailelerin ilk izlem ile son izlem ziyaretinde evde tam sigara içme yasasındaki değişim değerlendirildiğinde ilk izlemde yasak uygulamayan ailelerin %30.6’sı son izlemde yasak uyguladıklarını belirtmişlerdir. İzlemler arasındaki bu artış istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Tablo 14: Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk ve Son İzlemede, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları

Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları	İlk izlem	Son izlem
	Ort±SD	Ort±SD
Tutum		
Çocuk olan evlerde sigara içilmesi kötüdür	6.95±0.32	6.97±0.16
Evlerinin içinde sigara içilmesini yasaklayan anne babalar haklıdır	6.82±0.61	6.97±0.16
Anneler çocuklarının sağlığı için evde sigara içmemelidir	6.89±0.65	7.00±0.00
Anneler çocuklarının sağlığı için eşlerini evde sigara içmemeleri için uyarmalıdır	6.76±0.82	6.97±0.16
Anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.34±1.34	6.39±1.37
Babalar çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.79±1.02	6.66±1.19
Anne ve babaların evin içinde sigara içmeleri çocuklarının sağlıklı büyümesini engeller	6.87±0.58	7.00±0.00
Misafirlerin evimizde sigara içmeleri çocuğumun sağlıklı büyümesini engeller	6.71±1.11	7.00±0.46
Sosyal Norm		
Yakınlarım (arkadaş, akraba vb.) evde kimseye sigara içirtmemem gerektiğini düşünür	3.26±2.29	3.71±2.34
Yakınlarımın çoğu evimizin içinde sigara içilmemesini destekler	4.11±2.41	4.82±2.41
Yakınlarımın çoğu evlerinde sigara içmez	2.84±2.35	3.11±2.50
Yakınlarım misafirlerimi evimizde sigara içmemeleri için uyarmamı destekler	4.16±2.38	4.68±2.39
Kontrol		
Evimizde sigara içirtmemek benim için kolaydır	2.13±2.07	3.68±2.60
Misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim	3.79±2.56	5.13±2.59
Evimizde sigara içen birisine içmemesini söyleyebilirim	4.26±2.62	5.76±1.94
Evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir	2.45±2.24	3.45±2.68
Niyet		
Evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim	2.87±2.42	4.42±2.61

Tablo 14'te kapsamlı eğitim grubundaki annelerin çocuklarını evde tütün dumanından koruma davranışı ölçeğine ait ilk izlem ve son izlem madde puanları belirtilmiştir.

Tablo 15: Kapsamlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları

Planlı davranış kuramına dayalı ölçek	İlk izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Ölçek toplam puan	81.13±12.00	89.32±15.71	t=-3.476; p=0.001
Tutum puanı	54.13±4.48	54.97±2.63	t=-1.440; p=0.158
Sosyal norm puanı	14.37±6.91	16.32±7.47	t=-1.523; p=0.136
Kontrol puanı	12.63±7.77	18.03±8.56	t=-3.662; p=0.001
Niyet puanı	2.87±2.04	4.42±2.61	t=-3.811; p=0.001

Tablo 15’de görüldüğü gibi kapsamlı eğitim grubundaki annelerin ÇTD’den korunmaya yönelik tutum ve sosyal norm puanları açısından ilk ve son izlem ziyaretleri arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak kontrol, niyet ve toplam puan ortalamaları son izlemde ilk izleme göre artmış olup, izlemler arasında bulunan farklar istatistiksel olarak da anlamlıdır.

3.3. SINIRLI EĞİTİM GRUBUNDAKİ DEĞİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 16: Sınırlı Eğitim Grubundaki Çocukların Çevresel Tütün Dumani Etkilenimi Açısından İlk ve Son İzlemin Karşılaştırılması

Değişken	İlk izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Evde bir günde içilen sigara sayısı	5.95±7.40	2.65±3.21	t=3.281; p=0.002
Kotinin düzeyi	91.71 ± 87.33	38.20 ± 41.90	t=5.218; p=0.000

Tablo 16’da sınırlı eğitim grubunda yer alan çocukların ilk izlem ile son izlem ziyaretlerinde ÇTD etkilenimi değerlendirilmiştir. Son izlemde evde bir günde içilen sigara sayısı ve çocukların idrar kotinin düzeyleri ilk izleme göre daha da azaldığı saptanmış olup, ilk izlem ile son izlem arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 17: Son Yedi Günde Sınırlı Eğitim Grubunda Çocukların Çevresel Tütün Dumani Etkilenimi Açısından İlk İzlem ve Son İzlemin Karşılaştırılması

Değişken	İlk izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Evde sigara içilen gün sayısı	5.23±2.84	3.90±3.14	t=3.241; p=0.002
Evde içilen toplam sigara sayısı	35.28±44.37	15.65±19.40	t=3.629; p=0.001
Babanın evde sigara içtiği gün sayısı	4.55±3.06	3.35±3.19	t=2.532; p=0.015
Babanın evde içtiği sigara sayısı	20.83±25.77	9.13±12.60	t=3.308; p=0.002
Annenin evde sigara içtiği gün sayısı	1.58±2.96	0.75±2.133	t=2.341; p=0.024
Annenin evde içtiği sigara sayısı	8.12±19.10	3.60±11.52	t=1.806; p=0.079
Çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı	3.15±3.08	2.13±2.77	t=2.675; p=0.011

Son izlemde, sınırlı eğitim grubunda, evde sigara içilen gün sayısı, evde içilen toplam sigara sayısı, babanın evde sigara içtiği gün sayısı ve evde içtiği sigara sayısı, annenin evde sigara içtiği gün sayısı ve evde içtiği sigara sayısı ve çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı ilk izleme göre azalma göstermiştir (Tablo 17). Annenin evde içtiği sigara sayısı dışındaki tüm bu değişkenler açısından ilk izlem ile son izlem arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 18: Sınırlı Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı

İlk izlemde	Evde tam sigara içme yasağı ³						İstatistik analiz
	Son izlemde						
	Tam yasak var		Tam yasak yok		Toplam		
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Tam yasak var	2	100.0	0	0.0	2	5.0	McNemar p=0.125
Tam yasak yok	4	10.5	34	89.5	38	95.0	
Toplam	6	15.0	34	85.0	40	100.0	

¹ Satır yüzdesi

² Sütun yüzdesi

³ Ev halkı ve misafire yönelik evde sigara içme yasağı

Sınırlı eğitim grubundaki ailelerin ilk izlem ile son izlem ziyaretinde evde tam sigara içme yasağı durumunda değişim değerlendirildiğinde ilk izlemde yasak uygulamayan ailelerin %10.5'inin son izlemde yasak uyguladıkları belirlenmiştir. İzlemler arasındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 19: Sınırlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları

Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları	İlk izlem	Son izlem
	Ort±SD	Ort±SD
Tutum		
Çocuk olan evlerde sigara içilmesi kötüdür	6.95±0.32	6.97±0.16
Evlerinin içinde sigara içilmesini yasaklayan anne babalar haklıdır	6.97±0.16	6.97±0.16
Anneler çocuklarının sağlığı için evde sigara içmemelidir	6.75±0.81	6.97±0.16
Anneler çocuklarının sağlığı için eşlerini evde sigara içmemeleri için uyarmalıdır	6.90±0.63	7.00±0.00
Anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.30±1.20	6.47±1.06
Babalar çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.80±0.52	6.90±0.50
Anne ve babaların evin içinde sigara içmeleri çocuklarının sağlıklı büyümesini engeller	6.80±0.99	6.87±0.65
Misafirlerin evimizde sigara içmeleri çocuğumun sağlıklı büyümesini engeller	6.15±1.86	6.55±1.38
Sosyal Norm		
Yakınlarım (arkadaş, akraba vb.) evde kimseye sigara içirtmemem gerektiğini düşünür	4.20±2.45	4.20±2.52
Yakınlarımın çoğu evimizin içinde sigara içilmemesini destekler	5.32±2.13	5.02±2.17
Yakınlarımın çoğu evlerinde sigara içmez	3.12±2.56	3.75±2.80
Yakınlarım misafirlerimi evimizde sigara içmemeleri için uyarmamı destekler	4.90±2.33	5.27±2.31
Kontrol		
Evimizde sigara içirtmemek benim için kolaydır	2.52±2.01	3.00±2.34
Misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim	3.82±2.55	4.85±2.45
Evimizde sigara içen birisine içmemesini söyleyebilirim	4.50±2.26	5.28±2.15
Evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir	2.45±2.21	2.98±2.42
Niyet		
Evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim	2.47±2.06	5.00±2.22

Tablo 19’da sınırlı eğitim grubundaki annelerin çocuklarını evde tütün dumanından koruma davranışı ölçeğine ait ilk izlem ve son izlem madde puanları belirtilmiştir.

Tablo 20: Sınırlı Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları

Planlı davranış kuramına dayalı ölçek	İlk izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Ölçek toplam puan	86.23±17.20	89.08±13.80	t=-1.356; p=0.183
Tutum puanı	55.38±12.12	54.73±2.51	t=0.353; p=0.726
Sosyal norm puanı	17.55±7.19	18.25±7.43	t=0.635; p=0.529
Kontrol puanı	13.30±7.53	16.10±7.54	t=-3.105; p=0.004
Niyet puanı	2.48±2.06	5.00±2.22	t=-7.161; p=0.000

Sınırlı eğitim grubunda, ilk ve son izlem ziyaretleri arasında toplam puan, tutum, sosyal norm puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte kontrol ve niyet puanları son izlemde artmış olup, bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 20).

3.4. KAPSAMLI VE SINIRLI EĞİTİM GRUPLARININ SON İZLEM SONUÇLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 21: Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup	Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Evde bir günde içilen sigara sayısı	2.63±3.74	2.61±4.26	2.65±3.21	t=-0.053; p=0.958
Kotinin düzeyi	32.42±37.13	26.33±30.72	38.20±41.90	t=-1.432; p=0.157

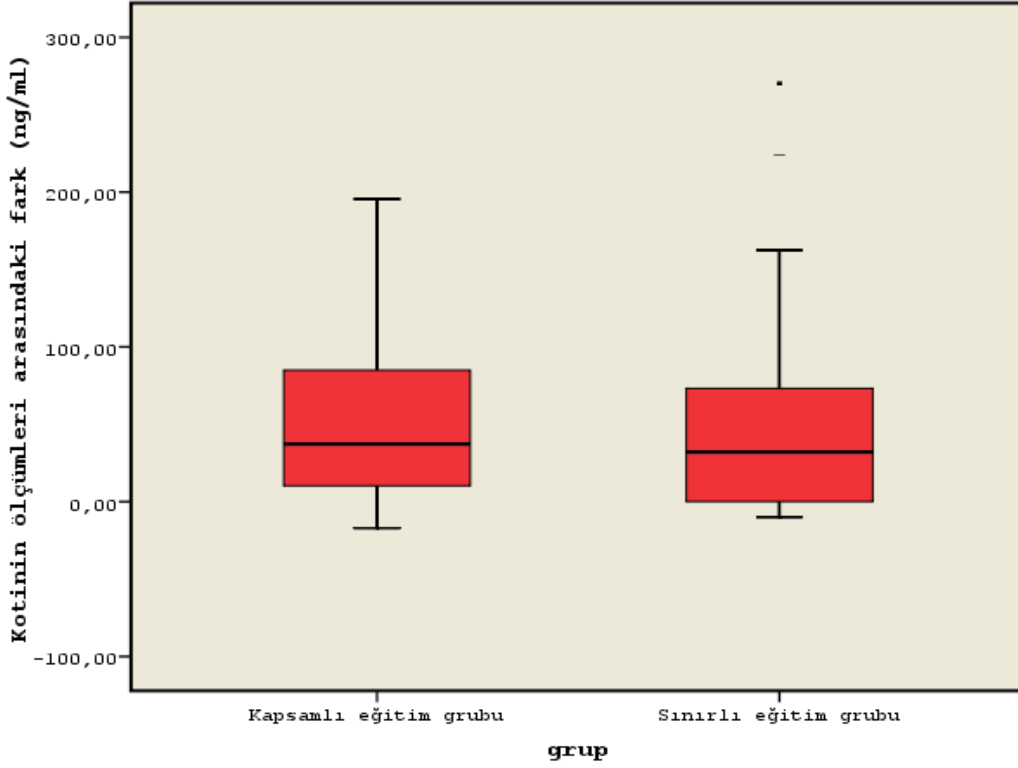
Kapsamlı ve sınırlı eğitim grupları son ev ziyaretinde çocukların ÇTD etkilenimi açısından karşılaştırılmış, evde bir günde içilen sigara sayısı her iki grupta hemen hemen eşit bulunmuştur. Ancak kotinin düzeyi sınırlı eğitim grubunda kapsamlı eğitim grubuna göre daha yüksek bulunmakla birlikte bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 22: Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Çocukların Son Yedi Günde Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından Karşılaştırılması

Değişken	Her iki grup	Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Evde sigara içilen gün sayısı	3.51±3.20	3.11±3.25	3.90±3.14	t=-1.097 p=0.276
Evde içilen toplam sigara sayısı	17.06±26.13	18.55±31.93	15.65±19.40	t=0.488 p=0.627
Babanın evde sigara içtiği gün sayısı	3.14±3.19	2.92±3.22	3.35±3.19	t=-0.590 p=0.557
Babanın evde içtiği sigara sayısı	9.27±13.50	9.42±14.56	9.13±12.60	t=0.096 p=0.924
Annenin evde sigara içtiği gün sayısı	0.90±2.28	1.05±2.44	0.75±2.12	t=0.584 p=0.561
Annenin evde içtiği sigara sayısı	4.58±13.14	5.61±14.74	3.60±11.52	t=0.671 p=0.504
Çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı	1.96±2.71	1.79±2.69	2.13±2.77	t=-0.542 p=0.589

Tablo 22’de kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına ait son izlem sonuçları çocukların son yedi günde ÇTD etkilenimi açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre evde sigara içilen gün sayısı, babanın evde sigara içtiği gün sayısı ve çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı ile ilgili değerler sınırlı eğitim grubunda yüksek bulunmuştur. Kapsamlı eğitim grubunda ise evde içilen toplam sigara sayısı, babanın evde içtiği sigara sayısı, annenin evde sigara içtiği gün sayısı ve annenin evde içtiği sigara sayısı ile ilgili değerler yüksek bulunmuştur. Ancak bu değişkenler açısından iki grup arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Grafik 1: İlk İzlem ve Son İzlemdaki Kotinin Farkı Açısından Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Karşılaştırılması



Kotinin miktarındaki değişimi değerlendirebilmek için; kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarının son izlem kotinin değerlerinden ilk izlem kotinin değerleri çıkarılmıştır. Son izlem idrar kotinin miktarındaki azalma, kapsamlı eğitim grubunda (56.48 ± 56.86) sınırlı eğitim grubuna göre (53.51 ± 64.86) daha fazladır. Ancak kotinin düzeyindeki azalma açısından iki grup arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0.214$, $p=0.831$).

Tablo 23: Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Uygulama Durumuna Ait Son İzlem Sonuçları

Evde tam sigara içme yasağı ²	Kapsamlı eğitim grubu		Sınırlı eğitim grubu		Toplam		İstatistik analiz
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
Tam yasak var	13	34.2	6	15.0	19	24.4	Fisher's
Tam yasak yok	25	65.8	34	85.0	59	75.6	Exact Test
Toplam	38	100.0	40	100.0	78	100.0	p=1.000

¹ Sütun yüzdesi

² Ev halkı + misafire yönelik yasak

Tablo 23'de kapsamlı eğitim grubunda son izlemde evlerinde tam sigara içme yasağı uygulandığını belirten annelerin oranı, sınırlı eğitim grubunda belirlenen orandan iki kat daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 24: Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarının Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Son İzlem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Planlı davranış kuramına dayalı ölçek	Kapsamlı eğitim grubu	Sınırlı eğitim grubu	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Ölçek toplam puan	89.32±15.71	89.08±13.80	t=-1.054; p=0.295
Tutum puanı	54.97±2.63	54.73±2.51	t= 0.428; p=0.670
Sosyal norm puanı	16.32±7.47	18.25±7.43	t=-1.146; p=0.256
Kontrol puanı	18.03±8.56	16.10±7.54	t= 1.056; p=0.294
Niyet puanı	4.42±2.61	5.00±2.22	t= 0.072; p=0.943

Kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarının tutum, sosyal norm, kontrol, niyet ve toplam puanları ile ilgili son izlem sonuçları arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 24).

3.5. TÜM ARAŞTIRMA GRUBUNDAKİ DEĞİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, araştırmaya katılan tüm anne ve çocuklara (n=78) ait ilk izlem ve son izlem bulguları karşılaştırılmıştır.

Tablo 25:Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında Yer Alan Çocukların, Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından, İlk ve Son İzlem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Değişken	İlk izlem	Son izlem	İstatik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Evde bir günde içilen sigara sayısı	7.22±9.38	2.63±3.74	t=5.419; p=0.000
Kotinin düzeyi	87.37±82.38	32.42±37.13	t=7.994; p=0.000

Araştırmaya katılan çocukların evlerinde bir günde içilen sigara sayısı ve kotinin miktarının son izlemde azaldığı belirlenmiş olup, ilk ve son izlem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 26: Son Yedi Günde Her İki Eğitim Grubundaki Çocukların Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi Açısından İlk İzlem ve Son İzlemin Karşılaştırılması

Değişken	İlk izlem	Son izlem	İstatik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Evde sigara içilen gün sayısı	5.29±2.70	3.51±3.20	t=5.379; p=0.000
Evde içilen toplam sigara sayısı	42.64±65.58	17.06±26.13	t=4.517; p=0.000
Babanın evde sigara içtiği gün sayısı	4.77±2.94	3.14±3.19	t=4.151; p=0.000
Babanın evde içtiği sigara sayısı	23.88±32.25	9.27±13.50	t=4.653; p=0.000
Annenin evde sigara içtiği gün sayısı	1.36±2.69	0.90±2.28	t=2.393; p=0.019
Annenin evde içtiği sigara sayısı	9.62±26.41	4.58±13.14	t=2.456; p=0.016
Çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı	3.21±2.95	1.96±2.72	t=4.635; p=0.000

Çocukların son yedi günde ÇTD etkilenimi açısından evde sigara içilen gün sayısı, evde içilen toplam sigara sayısı, babanın evde sigara içtiği gün sayısı, babanın evde içtiği sigara sayısı, annenin evde sigara içtiği gün sayısı, annenin evde içtiği sigara sayısı ve çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısı son izlemde ilk izleme göre önemli ölçüde azalmıştır. İzlemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 27:Her İki Eğitim Grubunda İlk ve Son İzlemde Evde Tam Sigara İçme Yasağı (ev halkı ve misafire yönelik) Varlığı

	Evde tam sigara içme yasağı ³						İstatistik analiz
	Son izlemde						
	Tam yasak var		Tam yasak yok		Toplam		
İlk izlemde	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Tam yasak var	4	100.0	0	0.0	4	5.1	McNemar
Tam yasak yok	15	20.3	59	79.7	74	94.9	p=0.000
Toplam	19	24.4	59	75.6	78	100.0	

¹ Satır yüzdesi

² Sütun yüzdesi

³ Ev halkı ve misafire yönelik evde sigara içme yasağı

İlk izlemde araştırmaya katılan annelerin sadece %5.1'i evlerinde tam sigara içme yasağı uygulandığını belirtirken bu oran son izlemde %24.4'e yükselmiştir. Evde tam sigara içme yasağının uygulanması durumunda izlemler arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 28: Her İki Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları

Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Madde Puanları	İlk izlem	Son izlem
	Ort±SD	Ort±SD
Tutum		
Çocuk olan evlerde sigara içilmesi kötüdür	6.94±0.32	6.97±0.16
Evlerinin içinde sigara içilmesini yasaklayan anne babalar haklıdır	6.90±0.44	6.97±0.16
Anneler çocuklarının sağlığı için evde sigara içmemelidir	6.82±0.73	6.99±0.11
Anneler çocuklarının sağlığı için eşlerini evde sigara içmemeleri için uyarmalıdır	6.83±0.73	6.99±0.11
Anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.32±1.26	6.44±1.21
Babalar çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır	6.79±0.79	6.78±0.91
Anne ve babaların evin içinde sigara içmeleri çocuklarının sağlıklı büyümesini engeller	6.83±0.81	6.94±0.47
Misafirlerin evimizde sigara içmeleri çocuğumun sağlıklı büyümesini engeller	6.42±1.56	6.77±1.06
Sosyal Norm		
Yakınlarım (arkadaş, akraba vb.) evde kimseye sigara içirtmemem gerektiğini düşünür	3.74±2.40	3.96±2.43
Yakınlarımın çoğu evimizin içinde sigara içilmemesini destekler	4.73±2.34	4.92±2.28
Yakınlarımın çoğu evlerinde sigara içmez	2.99±2.45	3.44±2.67
Yakınlarım misafirlerimi evimizde sigara içmemeleri için uyarmamı destekler	4.54±2.37	4.99±2.35
Kontrol		
Evimizde sigara içirtmemek benim için kolaydır	2.33±2.04	3.33±2.48
Misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim	3.81±2.54	4.99±2.51
Evimizde sigara içen birisine içmemesini söyleyebilirim	4.38±2.43	5.51±2.05
Evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir	2.45±2.21	3.21±2.54
Niyet		
Evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim	2.67±2.05	4.72±2.42

Tablo 28’de her iki eğitim grubundaki annelerin çocuklarını evde tütün dumanından koruma davranışı ölçeğine ait ilk izlem ve son izlem madde puanları belirtilmiştir.

Tablo 29: Her İki Eğitim Grubunun İlk ve Son izlemde, Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları

Planlı davranış kuramına dayalı ölçek	İlk izlem	Son izlem	İstatistik analiz
	Ort±SD	Ort±SD	
Ölçek toplam puan	83.74±15.02	89.19±14.67	t=-3.420, p=0.001
Tutum puanı	54.77±9.18	54.85±2.55	t=-0.078, p=0.938
Sosyal norm puanı	16.00±7.18	17.31±7.47	t=-1.559, p=0.123
Kontrol puanı	12.97±7.61	17.04±8.06	t=-4.721, p=0.000
Niyet puanı	2.67±2.05	4.72±2.42	t=-3.420, p=0.001

İlk izlem ile son izlemdeki tutum ve sosyal puanları arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol, niyet ve toplam puan son izlemde artmış olup, izlemler arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 30: Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Gruplarında İzlemler Arası Gerçekleşen Değişimin Özeti

Değişken	Kapsamlı E. G.		Sınırlı E.G
	İlk izlem- Ara İzlem	İlk İzlem- Son İzlem	İlk izlem- Son İzlem
Evde bir günde içilen sigara sayısı	X	X	X
Kotinin düzeyi		X	X
Son yedi günde evde içilen toplam sigara sayısı	X	X	X
Son yedi günde babanın evde içtiği sigara sayısı	X	X	X
Son yedi günde annenin evde sigara içtiği gün sayısı	—	—	X
Son yedi günde annenin evde içtiği sigara sayısı	—	—	—
Son yedi günde evde tam sigara içme yasağı varlığı	X	X	—
Annelerin Çocuklarını ÇTD'den koruma davranışı ölçeği			
Ölçek toplam puanı		X	X
Tutum puanı		—	—
Sosyal norm puanı		—	—
Algılanan kontrol puanı		X	X
Niyet puanı		X	X

X= P< 0.05, — = P>0.05, □ = analiz yapılmadı

Kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarında izlemler arası gerçekleşen değişim Tablo 30'da özetlenmiştir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Sigara içme prevalansının oldukça yüksek olduğu ülkemizde çocukların ÇTD etkilenimi öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Okul öncesi yaş grubundaki çocukların ÇTD'ye en yoğun olarak evlerinde maruz kaldıkları bilinmekte ve bu sorunun önlenmesi için etkili girişim programlarına gereksinim olduğu kabul edilmektedir. Ancak bu girişimlerin içeriği ve yöntemleri konusunda tam bir görüş birliği sağlanmamıştır. Bu araştırmada kapsamlı ve sınırlı eğitim grubuna ayrılan annelere uygulanan iki farklı girişim yönteminin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma, ev ziyareti yapılarak verilen eğitimin, eğitim broşürü bırakmanın, idrar kotinin düzeyi bildirimiminin çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada etkili yöntemler olduğunu, görüşme sayısının artmasının etkinliği artırdığını yansıtmış ve uygulanacak girişim stratejilerine yönelik önemli ipuçları sağlamıştır.

4.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çevresel Tütün Dumanı Etkilenimi

Farklı girişim yöntemlerinin karşılaştırıldığı araştırmalarda, grupların girişimin sonuçlarını etkileyebilecek özellikler açısından benzer dağılımlara sahip olması çok önemlidir. Bu araştırmada, çocukların cinsiyeti, kardeş sayısı, sağlık güvencesi, ebeveynlerin eğitim durumları gibi sosyo-demografik özellikler ve ebeveynlerin girişim öncesinde sigara içme ve evde tam sigara içme yaşağı uygulama durumu gibi temel değişkenler açısından kapsamlı ve sınırlı girişim grubu arasında fark saptanmamıştır.

Araştırma, İzmir'in Bayraklı İlçesinde genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük hanelerin yoğunluklu olduğu bir bölge olan Cengizhan mahallesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen annelerin eşlerinin beşte dördü işçidir ve dörtte üçünün sağlık güvencesi SSK'dır. Türkiye'de işçilerin dağılımına bakıldığında İzmir, İstanbul'dan sonra işçi sayısının en fazla olduğu ikinci ildir ve çalışanların çoğu niteliksiz işlerde çalışmaktadır. 2006 yılında İzmir nüfusunun % 48'inin sağlık güvencesinin SSK olduğu bildirilmiştir (69). Araştırma grubundaki annelerin eşlerinin çalışma durumları ve sağlık güvence durumları İzmir geneli ile benzer bir özellik göstermekle birlikte SSK'lı babaların sıklığı daha yüksektir. Ebeveynlerin eğitim durumları incelendiğinde beşte üçünden fazlasının ilkokul mezunu olması ve üniversite mezunu ebeveyn sayısının oldukça sınırlı olması, araştırma grubunun düşük eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışılan işin niteliği ve oturlan eve sahip olma sosyoekonomik durumun diğer göstergeleridir (101) Araştırmaya katılan ailelerin yarısının oturdukları ev kendilerine ait değildir. Bu özellikler dikkate alındığında, Cengizhan mahallesinde oturan ve araştırmaya dahil edilen ailelerin sosyoekonomik durumlarının ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Anne ve/veya babası sigara içen 1-5 yaş arası çocukların annelerinin dahil edildiği bu araştırmada annelerin dörtte birinin, babaların ise dörtte üçünün sigara içtiği belirlenmiştir. Annelerin sigara içme sıklığı Türkiye'deki kadınların sigara içme sıklığına benzerdir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınların % 22'si sigara içmektedir (52). Babaların sigara içme sıklığının annelere göre yüksek olması ise beklenen bir sonuçtur. Batı ülkelerinde, erkekler ve kadınlar benzer oranlarda sigara içerken, Türkiye gibi gelişmekte olan ve/veya görece geleneksel yapıya sahip olan ülkelerde sigara içme alışkanlığı genel olarak erkeklerde daha yaygındır (52, 67, 79, 108). Fransa, Almanya, İtalya ve ABD'de sigara içme prevalansı

erkeklerde % 30, kadınlarda ise % 20'ler düzeyindedir. Finlandiya, İzlanda, Norveç, İsveç ve Danimarka olmak üzere beş İskandinav ülkesinde yapılan bir araştırmada anne ve babaların sigara içme davranışlarında fark olmadığı saptanmıştır (79). Çin, Mısır, Endonezya, Hindistan gibi ülkelerde ise erkeklerde sigara içme prevalansı % 60 kadınlarda ise % 20 düzeyindedir (108). Tahran'da okul öncesi yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin % 38'inin sigara içtiği ve sigara içen ebeveynlerin % 98'inin babalar olduğu bildirilmiştir (97). Japonya'da ise babaların % 63'ünün, annelerin ise % 5'inin sigara içtiği bildirilmiştir (83) Cengizhan mahallesinde yapılan bu araştırmada erkeklerde sigara içme oranının daha yüksek olması ülkemizin geleneksel kültürünün ve sosyoekonomik yapısının sonucu olarak değerlendirilebilir. Ancak ülkemizde son yıllarda kadınlarda sigara içme sıklığı giderek artmakta olduğu da gözden kaçırılmamalıdır (51, 52, 106).

Çalışmaların ortak sonucuna göre evdeki sigara yasağının en önemli belirleyicisi anne babanın sigara içme davranışdır (2, 44, 67, 87, 101). Bu araştırmada girişim öncesinde evde yasak uygulama sıklığının % 5 gibi oldukça düşük bir düzeyde olduğu saptanmıştır. Farklı ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda % 21 ila 86 arasında değişen evde sigara yasağı oranları ile karşılaşılmaktadır (2, 10, 43, 71, 86, 100, 117). Türkiye'de yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre ise evde yasak uygulama sıklığı % 16-19 arasında değişmektedir (8, 70, 87). Balıkesir-Burhaniye'de yapılan bir araştırmada 0-5 yaş grubu bebek ve çocukların yaşadığı hanelerde yasak uygulama sıklığının % 16 olduğu saptanmıştır (87). Elazığ'da, 15-49 yaş arası kadınların ÇTD maruziyetinin değerlendirildiği çalışmada ise evde yasak uygulama sıklığı % 17 olarak bulunmuştur (8). Marmara Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada ise astımlı çocukların yaşadıkları evlerin sadece % 19'unda sigara içmenin yasak olduğu belirlenmiştir (70). Cengizhan Mahallesi'nde evde yasak uygulama sıklığının Türkiye'de yapılan çalışmalara göre daha düşük düzeyde olması, araştırma grubunun kendisi

ve/veya eşi sigara içen anneleri kapsamına bağlanabilir. Benzer şekilde, pek çok araştırma sonucu sigara içen ebeveynlerin evde yasak uygulama sıklığının daha düşük olduğunu göstermiştir (2, 43, 56, 72, 96). Yeni Zelanda'da sigara içenlerin % 51'inin, içmeyenlerin ise % 86'sının evde yasak uyguladığı bildirilmiştir (43). ABD'de 1-6 yaş çocuğu olan, düşük gelirli ailelerde evde yasak uygulama sıklığının sigara içmeyen ebeveynlerde % 74, sigara içenlerde ise % 22 olduğu saptanmıştır (72). New York'ta 2-12 yaş arası astımlı çocukların % 64'ünün evlerinde tam yasak uygulanırken, bu oran ebeveynleri sigara içenlerde % 51'e düşmektedir (56). Kaliforniya'da yapılan toplum tabanlı bir araştırmada evde yasak uygulama sıklığının sigara içenlerde % 55, içmeyenlerde ise % 86 olduğu bildirilmiştir (44).

Ebeveynlerin sigara içme davranışının yanı sıra eğitim, gelir, ırk/etnik yapı, kültür gibi sosyodemografik ve ekonomik özellikler de evde sigara yasağı uygulama durumunu etkilemektedir (10, 42, 68). Cengizhan mahallesindeki ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması ve babaların çoğunluğunun niteliksiz işlerde çalışması, evde yasak uygulama sıklığının oldukça sınırlı düzeyde olmasını etkileyen faktörler olabilir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve profesyonel olmayan bir işte çalışan ebeveynlerin evlerinde sigara içme yasağı uygulama sıklığının daha düşük olduğunu gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır (3, 13, 25, 41, 43, 68, 79, 86, 96, 97). Eğitim, gelir, meslek gibi özellikler açısından dezavantajlı olmanın, evde sigara yasağı uygulanmasını engellediği ve sosyal eşitsizliğin çocukların ÇTD'ye maruz kalmalarında önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (13, 25). Robinson, sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı ailelerde sigara içmenin normatif bir sosyal davranış olarak kabul edildiğini ve bu ailelerin çocuklarının ÇTD etkilenimi açısından riskli grup olduğunu bildirmiştir (94). Almanya'da, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, işsizlik, geniş aile yapısı gibi özelliklerin, okul öncesi yaş grubu çocukların yaşadığı evlerde yasak uygulanma olasılığını azalttığı bildirilmiştir (13). Beş İskandinav ülkesinde yapılan bir

araştırmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip çocukların ÇTD'ye daha fazla maruz kaldıkları, ebeveynlerin özellikle annelerin eğitim düzeyi azaldıkça evde sigara içme prevalansının arttığı saptanmıştır (79).

Araştırmanın 1-5 yaş çocukların anneleri ile yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda yasak uygulama sıklığının düşüklüğü daha da önem kazanmaktadır. Pek çok araştırma sonucu, özellikle bir yaş altı bebekler olmak üzere altı yaşından küçük çocukların yaşadığı evlerde yasak uygulama sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (34, 44, 86). Kanada'da beş yaş altı çocukların yaşadığı evlerde yasak uygulama sıklığı % 28 iken altı yaş ve üzeri çocuklarda bu oranın % 19'a düştüğü bildirilmiştir (86). Kaliforniya'da evde tam yasak sıklığının, beş yaş altı çocukların yaşadığı evlerde % 57, beş yaş üstü çocukların yaşadığı evlerde ise % 46 olduğu saptanmıştır (44). ABD'de, 0-6 yaş arası çocukların yaşadığı evlerin % 73'ünde evde tam yasak uygulandığı belirlenmiştir (124). Evde yasak uygulama sıklığının sadece % 5 olduğu saptanan bu araştırmada ve ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda evde sigara yasağı uygulama sıklığının düşük olması Türk toplumunda evlerde sigara içme davranışının halen genel kabul gördüğünü göstermektedir. Bu durum son yıllarda kamusal alanlarda ve iş yerleri gibi kapalı alanlarda, sigara içme yasağı getirilen ülkemizde sigara ile mücadele çabalarının, evlerde sigara içmeyenleri ve özellikle çocukları ÇTD'den korumak amacıyla da geliştirilmesi gerektiğini açıkça göstermektedir.

4.2. Kapsamlı ve Sınırlı Eğitim Girişimlerinin Etkinliği

Sigara içme, aşırı alkol tüketimi ve fazla yemek yeme gibi davranışlarda değişiklik yaratmak oldukça zor ve uzun bir süreç gerektirmektedir (20, 81). Çocukların evlerde ÇTD'ye maruz kalmalarının önlenmesi için ebeveynlerin evde sigara içme davranışlarının

değiştirilmesinde de benzer durum söz konusudur. ÇTD'nin çocuk sağlığına zararları bilinse bile bağımlık nedeniyle sigara içme davranışını değiştirmek oldukça güçtür (81). Çocukların ÇTD etkileniminden korunması için hangi girişim yöntemlerinin daha etkili olduğunu belirlemek amacıyla son yıllarda yapılan araştırma sayısı artmıştır. Bu araştırmalarda bazı eğitim girişimlerinin çocukların ÇTD maruziyetini azaltmada daha etkili olduğu görülmektedir. Bu etkinin büyüklüğü yapılan girişimin içeriğine, yöntemine ve uygulandığı grubun özelliklerine göre değişmektedir (28, 47, 59, 61, 74). Bu araştırmalarda uygulanan girişim yönteminin etkinliği, herhangi bir girişim uygulanmayan ya da daha az yoğunluklu bir girişim uygulanan kontrol grupları ile karşılaştırılmıştır. Valanis ve arkadaşları davranışa yönelik girişimleri düşük yoğunluklu ve yüksek yoğunluklu girişimler olarak sınıflandırmaktadır (74, 114). Düşük yoğunluklu girişimler genellikle sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir ve sağlık çalışanları kişilerle kısa bir görüşme yapmaktadır. Bu görüşmeler bazen eğitim araçları ve kısa pekiştirme görüşmeleri ile desteklenmektedir (48, 74, 81). Yoğun girişimlerde (kapsamlı girişimler) ise genellikle sağlık kurumlarında veya evlerde birinci basamak sağlık personeli tarafından, eğitim araçları desteği ile daha kapsamlı danışmanlık verilmektedir. Yapılan eğitim ve danışmanlıklar telefon izlemleri ile desteklenmektedir (19, 32, 47, 61, 74, 115). Cengizhan mahallesinde oturan 1-5 arası çocuklar ve anneleri ile yapılan bu araştırmada, Valanis ve arkadaşlarının yaptığı sınıflamaya benzer şekilde kapsamlı ve sınırlı olmak üzere iki girişim yöntemi uygulanmıştır. Yapılan çalışmalarda araştırma tasarımı, girişimin uygulandığı yer (ev, okul, çocuk hastanesi, pediatri kliniği vb.), çocukların yaş grubu, girişim uygulanan kişilerin sigara içme davranışları ve girişim yöntemleri açısından önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar Cengizhan Mahallesi'nde uygulanan girişim yöntemlerinin etkinliğinin, diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırılabilmesini sınırlamaktadır.

Kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına uygulanan girişimlerin etkinliği değerlendirildiğinde, kapsamlı eğitim grubunda girişim sonrası evde sigara yasağı uygulama sıklığının % 29'luk bir artış göstererek % 34'e, sınırlı eğitim grubunda ise % 10'luk bir artış göstererek % 15'e yükseldiği görülmüştür. Her iki grupta da evde bir günde içilen sigara sayısı, son yedi günde evde içilen toplam sigara sayısı ve çocukların idrar kotinin düzeyi anlamlı bir azalma göstermiştir. Bu durum ilk ev ziyareti sırasında uygulanan eğitimin ve idrar kotinin düzeyi bildirimının çocukların ÇTD maruziyetini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Pek çok araştırmada düşük yoğunluklu girişim yöntemlerinin ÇTD maruziyetini azaltma açısından başarılı olmadığı sonucuna varılmıştır (22, 32, 34, 64, 81, 117). Özellikle kotinin bildirimının yapılmadığı, sadece eğitime dayalı girişimlerin etkili olmadığı belirlenmiştir (32, 64, 81). Bu araştırmada sınırlı girişim grubunda evde bir günde içilen sigara sayısında, kotinin düzeyinde, son yedi günde evde sigara içilen gün sayısında, evde içilen toplam sigara sayısında, babanın evde içtiği sigara sayısında ve çocuğun sigara içilen odada bulunduğu gün sayısında azalma olması çocukların ÇTD etkileniminin laboratuvar testleri ile doğrulanarak ebeveynlere bildirilmesinin ÇTD etkilenimini önlemede etkili bir strateji olduğunu düşündürmektedir.

Ebeveynlere çocukların ÇTD etkilenimini bildirmede laboratuvar sonuçlarının sözel ifadeden daha başarılı olduğu belirtilmektedir (119). Kotinin sonucunun sınırlı eğitim grubuna posta ile bildirimının, kapsamlı eğitim grubuna yüz yüze görüşme sırasında bildirme ile benzer bir etki yarattığı sonucuna varılabilir. Hatta kotinin düzeyinin posta ile bildiriminin ebeveynlerin konuyu daha fazla ciddiye almalarına yol açmış olması da güçlü bir olasılıktır. Bu sonuç ebeveynlere çocukların idrar kotinin düzeyi bildiriminin, ÇTD etkilenimini azalttığını bildiren ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan araştırma sonuçları ile uyumludur (31, 81, 119). Kahramanmaraş'ta Ekerbiçer ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada,

çocukların idrar kotinin düzeyinin mektupla bildirildiği girişimin evde sigara yasağı uygulama sıklığını arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (31). Mcintosh ve arkadaşları tarafından Michigan'da yapılan araştırmada eğitim ve kotinin düzeyi bildirimının, evde yasak uygulama sıklığını % 16'lık bir artışla % 19'dan % 35'e yükselttiği, sadece eğitim verilmesinin ise % 3'lük bir artış göstererek % 17'e yükselttiği saptanmıştır (81). Wilson ve arkadaşları ise astımlı çocukların annelerine uyguladıkları danışmanlık ve idrar kotinin sonucu bildirimine dayalı girişimin, sadece eğitime dayalı girişime göre, çocukların astım nedeni ile hastane başvuru sayısını düşürmede daha başarılı olduğunu bildirmiştir (119). Bununla birlikte eğitim ve kotinin bildiriminden oluşan girişimlerin etkili olmadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (22, 117). Chilmonczyk ve arkadaşları, annelere çocukların idrar kotinin sonucunu ve ÇTD'den korunmaya yönelik öneriler içeren mektup göndererek uyguladıkları girişimin, ÇTD etkilenimini azaltmada etkili olmadığını saptamıştır (22). Chilmonczyk ve arkadaşlarının yaptığı araştırma günde on ve daha fazla sayıda sigara içen ve bir yaş altı çocuğu olan anneler ile yapılmıştır. Araştırma grubunun bu iki özelliğinin girişim sonucunu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Cengizhan mahallesinde yapılan bu araştırma ise daha büyük yaş grubunda çocuğu olan anneler ile yapılmıştır. Sigara içme özelliği açısından ise anne ve/veya babaların tüm yaşamı boyunca en az yüz sigara içmiş olması ve halen haftada en az bir gün sigara içiyor olması kriter alınmıştır. Kapsamlı ve sınırlı girişim grubunun karşılaştırıldığı bu araştırmada, girişimin bir bileşeni olarak her iki gruptaki ebeveynlere çocuklarının idrar kotinin düzeyi bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarının idrar kotinin düzeyi bildiriminin yapılmadığı bir kontrol grubu ile karşılaştırılmamış olması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Vurgulanması gereken diğer bir nokta ise Cengizhan mahallesinde komşuluk ilişkileri olan kapsamlı ve sınırlı girişim grubundaki annelerin aldıkları eğitim ve çocuklarının kotinin sonuçları konusunda konuşarak birbirlerini etkilemiş olma olasılıklarıdır.

Kapsamlı eğitim grubuna, sınırlı eğitim grubuna uygulanan girişimden farklı olarak ara izlem ziyareti ve telefon izlemlerinin girişimin etkinliği açısından yarattığı fark araştırmanın diğer bir önemli sonucudur. Kapsamlı eğitim grubunda birinci ziyarette % 5 olarak belirlenen evde sigara yasağı uygulama sıklığının, ikinci ev ziyaretinde % 21'e, son ziyarette ise % 34'e yükselmesi ve yasak uygulama sıklığında sınırlı eğitim grubuna göre daha yüksek bir artış gözlenmesi, tekrarlayan eğitim ve telefon izlemlerinin daha etkili olduğunu göstermektedir. Yapılan girişim araştırmalarının sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir (32, 40, 48, 59, 61, 99, 117). Gehrman ve Hovell, çocukların ÇTD etkilenimini azaltmaya yönelik girişimlerin etkinliği inceleyen 19 araştırmayı değerlendirdikleri çalışmada, evlerde yapılan, tekrarlayan ve uzun süreli iletişimi içeren girişimlerin başarılı olma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (40). Ülkemizde yapılan bir girişim araştırmasında da benzer şekilde çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada tekrarlayan eğitimlerin etkili olduğu belirlenmiştir (70). Üç yaş ve daha küçük çocuğu olan ve kendisi ve/veya eşi sigara içen annelere posta ile sadece eğitim materyali gönderilerek uygulanan sınırlı girişimin ÇTD etkilenimini azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır. Ev ziyareti ve dört telefon görüşmesi sırasında annelere öz yeterliliklerini artırma, davranış değişikliği yapmada sorumluluk alma gibi konularda eğitim verilen yoğun girişim grubunda ise ev havasındaki nikotin düzeyinde önemli ölçüde azalma olduğu bildirilmiştir (32). Güney Avustralya'da, ebeveynlerinden en az biri sigara içen çocukların ailelerine uygulanan posta ile kotinin düzeyini bildirim ve iki telefon görüşmesinden oluşan girişimin, sadece eğitim uygulanan girişime göre, evde yasak uygulama sıklığı arttırmada daha etkili olduğu saptanmıştır (117). Kaliforniya'da yedi ev ziyareti ve bir telefon görüşmesi ile yapılan girişimin, çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada sadece kotinin bildirim ile yapılan girişime göre daha etkili olduğu bildirilmiştir (59). İskoçya'da 2-12 yaş arası çocukların ebeveynlerine

uygulanan sınırlı girişimin çocukların ÇTD etkilenimini azaltmada etkili olmadığı belirlenmiştir (64).

Cengizhan mahallesinde yapılan bu araştırmanın sonuçları ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarına benzer şekilde, çocukların ÇTD'ye maruz kalmalarının önlenmesine yönelik girişimlerin, ÇTD maruziyetini azaltmada etkili olduğunu, sürekli ve tekrarlayan eğitimlerle bu etkinin artabileceğini göstermiştir (31, 32, 59, 70). Bununla birlikte, bu araştırmada uygulanan girişim yöntemlerinin etkisini desteklemiş ve sınırlamış olabileceği düşünülen bazı faktörlerin vurgulanması gerekir. Cengizhan mahallesinde uygulanan bu girişim, Türkiye'de 2008 yılında "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ile sigara içilmesinin yasaklandığı alanları genişleten kanunun, 2009 yılında yürürlüğe girmesi sonucu sigara ve ÇTD'nin kamuoyunda ve medyada sıklıkla tartışılmaya başlandığı, "Dumansız Hava Sahası" reklam ve kampanyalarının arttığı döneme denk gelmiştir (105, 107). Bu durumun, araştırma kapsamında annelere verilen eğitimi destekleyici yönde etkilemiş olması dikkate alınması gereken bir olasılıktır. Dünya genelinde son 20 yılda belli alanlarda sigara içme yasağı getiren yasalar ve ÇTD'nin zararları konusunda artan farkındalık nedeniyle sigara içme davranışının sosyal kabul edilebilirliğinin azaldığı ve evlerde sigara içilmesinin kabul edilemez bir norm haline geldiği bildirilmektedir (2, 58, 77, 86, 100). Türkiye'deki sigara yasakların ve tütün kontrol çalışmalarının önümüzdeki yıllarda evlerdeki ÇTD etkilenimini azaltmadaki etkisi incelemesi gereken önemli bir konudur.

Ebeveynlerden birinin sigara içmediği evlerde yasak uygulama sıklığının arttığı ve sigara içmeyen ebeveynlere yapılacak girişimlerin eşlerini evde sigara içmeme konusunda teşvik etmede etkili olduğu bildirilmektedir (44, 62, 86). Araştırma sonuçları, özellikle sigara

içemeyen annelere verilecek eğitimlerin, babaların evde sigara içmemelerini sağlayabileceğini gösterse de, bu durumun her toplum için geçerli olmayacağı söylenebilir. Cengizhan mahallesinde annelere uygulanan girişim sonrasında her iki grupta da evde yasak uygulama sıklığında artış görülmekle birlikte, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun evlerinde sigara içmeye devam ettiği belirlenmiştir. Bu sonuç dikkate alındığında, annelerin evin reisi olan eşlerini evde sigara içmemeleri konusunda yeterince ikna edemedikleri söylenebilir. Benzer bir şekilde, Çin’de yapılan bir araştırmada, annelerin iyi geçinmeyi sürdürmek için eşlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmadıkları bildirilmiştir (19). Bu doğrultuda, çocukların evlerinde ÇTD’ye maruz kalmalarının önlenmesi için girişimlerin sadece annelere yönelik değil, evde tüm sigara içen kişilere uygulanması gerektiği sonucuna varılabilir. Özellikle erkeklerin ailenin reisi durumunda oldukları göz önünde bulundurulduğunda babaların evde sigara içme davranışlarını değiştirmeleri için ikna edilmelerinin daha etkili olabileceği söylenebilir. Bu araştırmada birinci ev ziyaretinde babalara okumaları için eğitim broşürü bırakılmıştır. Ancak eğitim broşürünün babaların evde sigara içme davranışını üzerindeki etkisi değerlendirilmemiştir. Babalara uygulanacak müdahale yöntemlerinin etkinliğini değerlendiren çalışmalara gereksinim vardır.

Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ebeveynlere yönelik girişimlerin başarılı şansının düşük olduğu, ebeveynlerin geçim sorunları nedeniyle ÇTD konusu üzerine fazla eğilmedikleri bildirilmektedir (25, 79, 97, 117, 120). Bu araştırma grubunu da, evde sigara içme yasağı uygulama sıklığının düşük ve çocukların ÇTD’ye maruz kalma olasılığının yüksek olduğu, düşük gelirli aileler oluşturmuştur. Araştırma grubunun bu özelliklerinin de girişimin etkinliği sınırlamış olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının, sosyoekonomik durumu ve evde yasak uygulama sıklığı görece yüksek olan ailelere genellenebilirliğinin sınırlı olabileceği dikkate alınmalıdır.

Bu araştırmada, kapsamlı ve sınırlı girişim gruplarının eğitimi ve girişim sonrası değerlendirmeleri yedi aylık dönemde tamamlanmıştır. Bu dönemden sonra ebeveynlerin TD’ye yönelik davranışlarının nasıl bir değişiklik gösterdiği bilinmemektedir. Yapılan bazı araştırma sonuçları, girişimlerden bir veya iki yıl sonra yapılan değerlendirme izlemlerinde, çocuklarda TD etkilenimindeki azalmanın sabit kalarak devam ettiğini göstermiştir (59, 99, 115). Bazı araştırma sonuçları ise yapılan girişimler sonucu ortaya çıkan olumlu davranış değişikliğinin ara görüşmeler ile desteklenmezse kalıcı olmayabileceğini göstermektedir (20). Çocukların TD etkilenimindeki değişimi daha uzun süreyle değerlendiren girişim araştırmalarının yapılması gerekmektedir. Girişimin etkinliğinin değerlendirilmesini sınırlayan faktörler kapsamında vurgulanması gereken diğer bir konu da araştırma verilerinin ev ortamında maruziyetin yüksek olduğu sonbahar ve kış aylarında toplanmış olmasıdır. Bu aylarda anne ve çocuğun evde bulunma olasılıklar daha yüksek, evin havalandırılma sıklığı daha düşüktür. Ayrıca diğer mevsimlere göre evlerde sigara içme sıklığı da daha yüksektir.

4.3. Annelerin Girişim ncesi ve Sonrası çocuklarını evresel Tütün Dumanından Koruma Davranışına Yönelik Tutum, Sosyal Norm, Kontrol Algıları ve Niyetleri

Çocukların TD etkilenimini azaltmayı hedefleyen etkin stratejilerinin geliştirmesinde ilk aşama, ebeveynlerin sigara içme davranışlarını ve TD’ye yaklaşımlarını etkileyen faktörlerin tanımlanmasıdır (3). Bir ve beş yaş arası çocuğu olan anneleri kapsayan bu araştırmada, annelerin çocuklarını TD etkileniminden koruma davranışları, Planlı Davranış Kuramını (PDK) oluşturan kavramlar temelinde değerlendirilmiştir. Bu kavramlar; “tutum”, sosyal baskının etkisi ile oluşan “sosyal norm”, bireyin yapması gereken koruyucu sağlık davranışının zorluğu veya kolaylığı konusundaki “kontrol algısı” ve davranışı yerine

getirmeye yönelik “niyet”tir. Tutum, sosyal norm ve algılanan kontrol gibi bilişsel faktörlerin tanımlanabileceği ve bu bilişsel faktörlerin yeniden oluşturulabileceği bilinmektedir (45). Bu araştırmada, PDK kavramlarına dayalı olarak geliştirilen sorular annelerin ÇTD’ye yönelik bilişsel ve davranışsal durumları ile ilgili bilgi sağlamıştır. Bunun yanı sıra annelere yöneltilen sosyal norm, kontrol algısı ve niyet kavramlarına yönelik sorular (*anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır, misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim, evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir, evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim vb.*) annelere kendilerini değerlendirme ve konu üzerinde düşünme fırsatı yaratmıştır. Bu durum göz önüne alındığında, PDK kapsamında hazırlanan soruların verilen eğitimi desteklediği düşünülerek girişimin bir bileşeni olduğu düşünülebilir.

Annelerin girişim öncesinde tutum sorularından aldıkları puan, bu sorulardan alınabilecek en yüksek puana oldukça yakındır. Annelerin yaklaşık olarak tamamı ÇTD’nin çocuk sağlığına zararlı olduğunu, evlerde sigara içilmemesi ve sigara içenlerin uyarılması gerektiğini düşünmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur ve pek çok araştırma sonucu benzer şekilde ebeveynlerin ÇTD’nin çocuk sağlığına zararlı olduğunu bildiklerini göstermektedir (43, 55, 66, 68). Halterman ve arkadaşları, ebeveynlerin % 97’sinin ÇTD’nin çocuk sağlığına zararlı olduğunu kabul ettiklerini bildirmiştir (55). İsveç’te okul öncesi yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin % 82’sinin, ÇTD’nin çocuklarda hastalık riskini arttırdığını düşündükleri ve % 60’nın çocuklarının yanında sigara içtikleri için utandıkları bildirilmiştir (68) Yeni Zellanda’da ebeveynlerin % 95’inin, çocukların bulunduğu ortamda sigara içilmemesi gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (43). Cengizhan mahallesinde evde yasak sıklığının oldukça sınırlı olması, annelerin ÇTD’ye karşı olumsuz tutuma sahip olmalarının yasak uygulamada etkili olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde çok sayıda

araştırmada, ebeveynlerin TD'nin zararlı olduğunu bilmelerinin ve TD'ye karşı olumsuz tutuma sahip olmalarının evde yasak uygulamaları için yeterli olmadığı bildirilmiştir (46, 97, 124). Goldstein ve arkadaşları, ebeveynlerin % 90'nının TD nin zararları konusunda bilgi sahibi olduğunu, ama sadece % 24'ünün TD'yi azaltmak için nlem aldığını saptamıştır (46). ABD'de altı yaştan küçük çocuğu olan ebeveynlerin, TD'nin ocuk sağlığa zararları konusunda bilgi düzeylerinin yüksek olmasının, evde yasak uygulama sıklığını etkilemediği bildirilmiştir (124). Tahran'da okul öncesi yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin % 71'inin, TD'nin risklerinin farkında olduğu, ancak % 73'ünün evde sigara içtiği belirlenmiştir (97). Trafimow ve Finlay, genel davranışlarda tutumun, sağlıkla ilgili davranışlarda ise sosyal normun daha önemli olduğunu belirtmiştir (110). TD etkilenimini azaltmada, bilgiye dayalı girişimlerin etkinliğinin sınırlı olduğu ve bilgi verme dışında stratejilere gereksinim duyulduğu bildirilmektedir (47, 124). Bazı araştırma sonuçları ise, TD'nin önemli bir sağlık problemi olduğuna inanmanın ve TD'ye karşı olumsuz tutuma sahip olmanın nlem almada etkili olduğunu göstermektedir (27, 44, 45, 62, 72, 86, 124). Hollanda ve ABD'de, TD'ye karşı olumsuz tutuma sahip ebeveynlerin, evde sigara yasağı uygulama sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (27, 72, 124). Diğer bir araştırmada ise, tam yasak uygulayan ailelerin yasak uygulamayan aileler göre, TD'ye karşı daha fazla olumsuz tutuma sahip olduğu ve tutum puanı ile yasak uygulama arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişki olduğunu bildirilmiştir (124).

Bu araştırmada girişim öncesinde annelerin sigara yasağı uygulamaya yönelik kontrol algı puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Anneler, evde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrolün kendilerinde olmadığını ve yasak uygulamalarının zor olduğunu düşünmektedir. Ayrıca anneler, evlerinde sigara içen kişiye içmemesini söyleyemeyeceklerini belirtmiştir. Annelerin evde sigara yasağı uygulamaya yönelik kontrol algılarının düşük olması, evlerinde

yasak uygulama sıklığının oldukça sınırlı olması ile örtüşen bir sonuçtur. PDK'na göre, algılanan davranış kontrolü gerçekleşecek sağlık davranışının etkileyen önemli bir faktördür (1). Kişi davranışı yapabilme konusunda yeterli kontrole sahip olduğunu düşünüyorsa ise, davranış değişikliğinin ön şartı olan niyet, eyleme dönüşebilmektedir (45). Yapılan araştırmalar, sigara içmeme davranışı üzerindeki en önemli belirleyicinin algılanan davranış kontrolü olduğunu göstermektedir (27, 82). Crone ve arkadaşları, ebeveynlerin evlerinde sigara içilmesini kontrol edebileceği konusunda kendilerine duydukları güvenin evdeki kuralların önemli bir belirleyicisi olduğunu, zorluk algısının ise davranışın gerçekleşmesini engellediğini bildirmiştir (27). Moan ve arkadaşlarının ebeveynlerin evde sigara yasağı uygulama davranışlarını PDK'na göre inceledikleri araştırmada, algılanan davranış kontrolünün niyeti etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (82). Evde tam bir yasak uygulayabilmek için anne ve babaların evde sigara içmemeleri yanı sıra misafirlerin evde sigara içmelerine izin verilmemesi önemlidir (13, 68, 96). Cengizhan mahallesinde oturan anneler evlerinde sigara içen kişiye içmemesini söyleyemeyeceklerini belirtmiştir. Pek çok araştırma sonucuna göre, misafirlere evde sigara içilmediğini söyleyememe tam bir yasak uygulamayı engellemektedir (62, 70, 87). Kaliforniya'da yaşayan Koreli annelerin, eşlerinin akrabalarına, evde sigara içmemelerini söyleyemedikleri için evde yasak uygulayamadıkları saptanmıştır (62). Balıkesir-Burhaniye'de misafirlere evde sigara içmenin yasak olduğunu söyleyebilmenin, evde tam yasak uygulamada en önemli belirleyici olduğu saptanmıştır (87). Misafire sigara yasağı uygulama kişinin kendi sigara içme davranışını değiştirmesinden daha zor olabilir. Bu zorluk sosyal ve kültürel yapı içerisinde misafirin bulunduğu konumdan kaynaklanır. Türk toplumunda yer etmiş olan "misafirperverlik" olgusu ÇTD etkilenimini yönetmede önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, babaların % 41'inin, misafirlerin evlerinde sigara içmesinden hoşlanmadığı ancak ayıp olacağı için sigara içmelerine izin verdikleri belirlenmiştir (88). Gürsoy ve

arkadaşları ailelerin yarısının, evlerinde misafire sigara içmeleri için izin verdikleri ve izin vermezlerse arkadaşlarının evlerine tekrar gelmeyeceğini düşündükleri saptanmıştır (50).

Ebeveynlerin misafire evde sigara içilmediğini söyleyebilmeleri ve evde yasak uygulayabilmeleri sosyal çevrelerinin vereceği tepki ve ebeveynlerin alacakları tepkiye yönelik algıları ile yakından ilişkilidir. Annelerin bu konuda sosyal çevrelerini nasıl algıladıkları PDK’da yer alan sosyal norm sorularına verdikleri yanıtlar ile değerlendirilmiş olup, girişim öncesi ve sonrası sosyal norm puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Anneler, arkadaş ve akrabalarının kendi evlerinde de sigara içtiklerini, sigara içen kişiyi evde sigara içmemesi için uyarması durumunda yakınlarının onu desteklemeyeceğini belirtmiştir. Girişim sonrası annelerin görüşlerinde önemli bir değişiklik olmamıştır. Bu beklenen bir sonuçtur ve sosyal norm algısının değişmesi için annelerin eğitiminin yeterli olmadığını, toplumsal değişimin gerekli olduğunu göstermektedir. Evde tam bir yasak uygulayabilmede sosyal çevrenin uyumu ve desteği önemlidir. Moan ve arkadaşları, sosyal normun ebeveynlerin evde sigara yasağı uygulamaya yönelik niyetlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu saptamıştır (82). Yapılan bir araştırmada, eğitim girişiminden sonraki aylarda misafire evde sigara içmemelerini söyleyebilme sıklığında önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (99). Ayrıca Balıkesir-Burhaniye’de, ebeveynlerin misafiri uyarılarına bile uyarılarının dikkate alınmadığı bildirilmiştir (50). Çocukların ÇTD etkileniminden korunması için ebeveynlerin kontrol algısının geliştirilmesi yanı sıra, sosyal normun etkisinin kaldırılması için ÇTD’ye yönelik toplumsal algıda bir değişim gerçekleştirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir. Bu değişimi yaşayan ülkeler çocukları ÇTD etkileniminden korumada daha başarılıdır (14, 79). Avustralya’da evde misafire sigara içirmeme sıklığı on yılda iki kat artmıştır (14). İskandinav ülkelerinde “balkon sigara içiciliği” toplum tarafından kabul edilmiş bir olgu haline gelmiştir. Sigara içenler, içmeyenleri ÇTD’ye maruz bırakmamak için saygı göstermektedirler (79).

Hatta çocukların bulunduğu ortamlarda sigara içilmesi bir tür çocuk istismarı olarak görölmektedir (20).

PDK'na göre belli bir davranışın gerçekleşmesi davranışı gerçekleştirmeye yönelik niyete bağlıdır. Niyetin belirleyicileri ise davranışla ilgili tutum, kontrol algısı ve sosyal norm'dur. Bu araştırmada tutumun, kontrol algısının ve sosyal normdaki değişimin niyet üzerindeki, niyetteki değişimin ise davranış üzerindeki etkisi değerlendirilmemiştir. Sadece Planlı Davranış Kuramındaki kavramlar, annelerin ÇTD'ye yönelik davranışlarını etkileyebileceği düşünölen bazı özellikleri tanımlamak amacı ile kullanılmıştır. Evde yasak uygulanmasını kolaylaştıran ve engelleyen faktörlerin belirlenmesinde ve girişimlerin sosyal norm değerikliği oluşturmadaki etkinliğinin değerlendirilmesinde PDK kuramı kavramları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, çocukların ÇTD'den önlenmesine yönelik çalışmalara değerli katkılar sağlayacaktır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Anne ve/veya babası sigara içen çocukların annelerinin dahil edildiği bu araştırmada annelerin dörtte birinin, babaların ise dörtte üçünün sigara içtiği, girişim öncesinde ebeveynlerin evde tam sigara yasağı uygulama sıklıklarının oldukça düşük düzeyde olduğu ve çocuklarını ÇTD etkileniminden koruyamadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar, ülkemizde kamusal alanlarda ve işyerlerinde uygulanan sigara yasaklarının yanı sıra çocukları evlerde ÇTD etkileniminden korumaya yönelik yaklaşımlara gereksinim olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada, kapsamlı ve sınırlı eğitim grubundaki annelere uygulanan girişimlerin ortak bileşenleri ev ziyareti sırasında eğitim verme, broşür bırakma ve idrar kotinin bildirimidir. Her iki gruba uygulanan bu girişimler, çocukların idrar kotinin düzeyinde azalma ve evde tam yasak uygulama sıklığında artış sağlamıştır. Her iki gruba uygulanan ortak girişimler dışında kapsamlı eğitim grubuna uygulanan ev ziyaretiyle yapılan ara izlem ve telefon izlemlerinin ÇTD etkilenimini azaltmada daha etkili olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte girişim sonrası evde sigara içmeye devam eden ebeveynlerin sayısı da oldukça yüksektir.

Bu sonuçlar, özellikle küçük çocuğu olan anneler ile sık ve düzenli iletişim halinde olan birinci basamak sağlık çalışanlarının her fırsatta ebeveynlerin evlerde sigara içme durumlarını sorgulamalarının ve ÇTD etkilenimini önlemeye yönelik eğitim vermelerinin önemini yansıtmaktadır. Bu eğitimlerin sürekli ve tekrarlayan nitelikte olması, etkilenim

düzeşinin nesnel ölçütler ile belirlenmesi ve ebeveynlere bildirilmesi uygulanacak girişimlerin etkinliği açısından kritik özelliklerdir. Vurgulanması gereken bir diğer önemli konu girişim çalışmalarının sadece annelere yönelik değil, evde sigara içen tüm bireylere yönelik olmasının, özellikle babalara ulaşabilmek için özel çaba harcanmasının gerekliliğidir. Ülkemizde erkeklerin sigara içme sıklıklarının daha yüksek düzeyde olduğu ve genellikle ailenin reisi durumunda oldukları göz önünde bulundurulduğunda babaların evde sigara içme davranışlarını değiştirmeleri için ikna edilmelerinin daha etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, annelerin çocukları ÇTD etkileniminden koruma davranışları PDK'nı oluşturan tutum, kontrol algısı, sosyal norm ve niyet kavramları kapsamında değerlendirilmiş, girişim öncesinde annelerin tutum puanlarının yüksek, kontrol algısı, sosyal norm ve niyet puanlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Girişim sonrası annelerin kontrol algısı ve niyet puanlarında artış olurken sosyal norm puanlarında önemli bir değişiklik olmamıştır. Bu sonuçlar, ebeveynlerin çocuklarını ÇTD etkileniminden koruma davranışlarının sosyal çevreleri ve misafirler tarafından desteklenmesinin ve evlerde sigara içme davranışının toplum tarafından sosyal kabul gören bir davranış olmaktan çıkarılmasının önemini yansıtmaktadır. Ebeveynlerin misafirlerini evde sigara içmemeleri için uyarma konusundaki çekincelerini azaltabilmek ve toplum genelinde bir sosyal norm değişikliği oluşturabilmek için çeşitli iletişim kanalları ile sürekli bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Bu araştırmada yararlanılan stratejilerin, farklı sosyoekonomik özelliklere sahip ebeveynleri kapsayan araştırma gruplarında uygulanması, girişimlerin etkinliğinin herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grupları ile karşılaştırılması ve girişim etkilerinin uzun erimde değerlendirilmesi daha geçerli ve genellenebilir sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca evde tam yasak uygulanmasını kolaylaştıran ve engelleyen faktörleri belirleyen, evlerde sigara içilmesinin toplum tarafından kabul gören bir davranış olmaktan

ıkarılmasında etkili olabilecek girişim bileşenlerini ortaya koyan ve uygulanacak girişimlerin sosyal norm değişikliği oluşturmadaki etkinliğini değerlendiren araştırmalar da bu konudaki çalışmalara değerli katkılar sağlayacaktır.

BÖLÜM VI

ÖZET

1-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN EVDE ÇEVRESEL TÜTÜN DUMANI MARUZİYETLERİNİ AZALTMAYA YÖNELİK KAPSAMLI EĞİTİM GİRİŞİMİNİN (EVDE İZLEM VE TELEFON DANIŞMANLIĞINA DAYALI) DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu araştırmada 1-5 yaş arası çocukları ÇTD'den korumayı hedefleyen ve annelere yönelik olan kapsamlı bir eğitim girişiminin (üç ev ziyareti ve iki telefon izlemi) etkinliği değerlendirilmiştir. Bu amaçla bu girişiminin çocukların ÇTD maruziyetini azaltma açısından etkinliği 1) eğitim öncesi durum ile 2) sınırlı bir eğitim girişiminin (iki ev ziyareti) etkinliği ile karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu randomize kontrollü girişim araştırması İzmir-Bayraklı ilçesi Cengizhan Mahallesi'nde uygulanmıştır. 1-5 yaş arası çocuğu olan, eşi ve/veya kendisi sigara içen 182 anne sigara içen ebeveyn sayısına göre tabakalandırılmış, rasgele örnekleme yöntemiyle 80 anne seçilmiştir. Evlerinde ziyaret edilen annelere anket uygulanmış, eğitim verilmiş, broşür bırakılmış ve çocuklarından idrar örnekleri alınmıştır. Ardından SAS programında tabakalı randomizasyon yöntemiyle 40'ar anne kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına ayrılmıştır. Kapsamlı eğitim grubundaki iki annenin izlemleri tamamlanamamıştır. Kapsamlı eğitim grubu bir ay sonra tekrar ziyaret edilerek kotinin düzeyi bildirilmiş ve izlem anketi uygulanmıştır. Ardından iki hafta arayla iki kez telefon edilmiştir. Diğer gruba ise sadece postayla kotinin düzeyi bildirilmiştir. Son ziyarette iki gruba da anket uygulanmış ve idrar örneği alınmıştır. Kotinin ölçümleri enzim immünassay kiti ile yapılmıştır. Araştırmada,

annelerin çocukları ÇTD etkileniminden koruma davranışları Planlı Davranış Kuramı'nı oluşturan tutum, kontrol algısı, sosyal norm ve niyet kavramları temelinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kapsamlı ($t=6,123$; $p=0,000$) ve sınırlı ($t=5,218$; $p=0,000$) eğitim gruplarında son izlemdeki kotinin düzeyleri ilk izleme göre anlamlı düzeyde düşüktür. Son izlemde evde tam bir sigara yasağı uygulandığını belirten anne yüzdesi kapsamlı eğitim grubunda, sınırlı eğitim grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=3,903$; $p=0,048$). Girişim sonrası her iki gruptaki annelerin ilk izlem ile son izlemdeki tutum ($t=-0.078$; $p=0.938$) ve sosyal puanları arasında ($t=-1.559$; $p=0.123$) anlamlı fark yoktur. Kontrol ($t=-4.721$; $p=0.000$) ve niyet ($t=-3.420$; $p=0.001$) puanlarının ise son izlemde arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Her iki grupta da çocukların ÇTD maruziyetinde eğitim öncesine göre azalma saptanmış olup, kapsamlı eğitim grubuna uygulanan girişimin daha etkili olduğu belirlenmiştir. Girişim sonrası annelerin evde sigara içme yasağı uygulamaya yönelik kontrol algı ve niyet puanlarında artış olurken sosyal norm puanlarında önemli bir değişiklik olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Çevresel Tütün Dumanı, Çocuk Sağlığı, Ev Ziyareti, Randomize Kontrollü Deneme, Kotinin

ABSTRACT

THE EVALUATION OF A COMPREHENSIVE EDUCATION PROGRAMME APPROACH (BASED ON FOLLOW-UP AT HOME AND TELEPHONE COUNSELLING) AIMED AT REDUCING ENVIRONMENTAL TOBACCO SMOKE INFLUENCE AT HOME FOR CHILDREN AGED 1-5 YEARS OLD

Aim : In this research, the efficiency aiming at protecting children aged 1-5 years old from environmental tobacco smoke effect (ETS) and influence of a comprehensive education programme approach (three home visits and two telephone follow-ups) for mothers were evaluated. To that end, an efficiency in terms of reducing the ETS exposure of children 1) prior to education and 2) a restricted education approach (two home visits) were compared.

Materials and Method : This randomized and controlled intervention research was performed in Cengizhan settlement in Bayraklı/İzmir. 182 mothers having 1-5 year old children who smoke or have smoking husbands were graded based on the number of smoking parents and 80 of these mothers were chosen by the random sampling method. Mothers who were visited at their homes were conducted a questionnaire, trained, left brochures and taken urine samples from their children. Following that 40 mothers determined by graded randomization method in SAS programme were divided into comprehensive and restricted education groups. The follow-up of two mothers in the comprehensive education programme group could not be completed. The comprehensive education group was visited again one month later and their urinary cotinine level was informed and they were carried out a follow-up questionnaire. After that they were called twice every two weeks. The urinary cotinine level of other group, however, was reported by post. In the last visit, both groups were conducted questionnaires and urinary samples were taken. The measurements of cotinine were carried out by enzyme immunoassay kit. In this research, the preventive behaviours of mothers from ETS effects were assessed based upon the concepts of Theory of

Planned Behaviour forming attitude, control perception, social norm and intention.

Findings: The levels of cotinine in the comprehensive ($t=6,123$; $p=0,000$) and restricted education ($t=5,218$; $p=0,000$) groups in the final follow-up were significantly low compared to the levels in the first follow-up. The rate of mothers expressing a precise smoking ban at home in the last follow-up was found out to be higher in the comprehensive education group than restricted education group ($\chi^2=3,903$; $p=0,048$). There was no significant difference in attitude ($t=-0.078$; $p=0.938$) and social scores ($t=-1.559$; $p=0.123$) between the first follow-up and the last follow-up after the intervention in both group mothers. Control ($t=-4.721$; $p=0.000$) and intention scores ($t=-3.420$; $p=0.001$), however, were identified to increase in the last follow-up.

Results : A reduction was established in the rate of children in both groups who were exposed to ETS in view of prior to education period and the intervention performed to comprehensive education group was determined to be more influential. Following the intervention, while there was an increase in the scores of control perception and intention aimed at smoking ban conducted by mothers at home, there was no considerable difference in the social norm scores of them.

Key words : Environmental Tobacco Smoke, Child Health, Home Visit, Randomize Controlled Test, Cotinine

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Ajzen I. (1991). The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50:179-211
2. Alwan N., Siddiqi K., Thomson H., et al. (2010). Can A Community-Based ‘Smoke-Free Homes’ Intervention Persuade Families to Apply Smoking Restrictions at Homes ?, *Journal of Public Health*, 10:1-17
3. Anuntaseree W., Mo-suwan L., Ma-alee A., Choprapawon C. (2008). Prevalence and Associated Factors of Passive Smoking in Thai Infants, *Preventive Medicine*, 47: 443-446
4. Armitage C.J., Conner M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behavior: A Meta-Analytic Review, *British Journal of Social Psychology*, 41:471-499
5. Ashley N.J., Cohen J., Ferrence R., et. al. (1998). Smoking in the Home: Changing Attitudes and Current Practices, *Public Health*, 8:797-800
6. Baltaş Z. (2000), Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 74-76
7. Başer S., Hacıoğlu M., Evyapan F., ve ark. (2007). Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri, *Toraks Dergisi*, 8:179-184
8. Battal S., Güneş G., Açık Y. (2009). Elazığ Merkez Bölgesinde Kadınların Çevresel Sigara Dumanına Maruziyeti ve Bu Konudaki Bilgi ve Tutumları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16:149-156
9. Benowitz N.L. (1996). Cotinine as a Biomarker of Environmental Tobacco Smoke Exposure, *Epidemiologic Reviews*, 18:188-204
10. Berman B.A., Wong G.C., Bastani R., et al. (2003). Household Smoking Behavior and ETS Exposure among Children with Asthma in Low-income, Minority Households, *Addictive Behaviors*, 28:111-128
11. Bilir N., Banu Ç., Elif D., et. al. (2010) Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları, Dünya Sağlık Örgütü, Danimarka, 1-98

12. Blackburn C. (2003). Effect of Strategies to Reduce Exposure of Infants to Environmental Tobacco Smoke in the Home: Cross Sectional Survey, *BMJ*, 327:257
13. Bolte G., Hermann Fromme for the GME Study Group. (2008). Socioeconomic Determinants of Children's Environmental Tobacco Smoke Exposure and Family's Home Smoking Policy, *European Journal of Public Health*, 19:52-58
14. Borland R., Mullins R., Trotter L., White V. (1999). Trends in Environmental Tobacco Smoke Restrictions in the Home in Victoria Australia, *Tobacco Control*, 8:266-271
15. Boyacı H., Duman C., Başıyigit İ., ve ark. (2004). İlkokul çocuklarında Çevresel Sigara Dumanına Maruziyetin İdrar Kotinin Düzeyi ile Değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52:231-236
16. Boyacı H., Etiler N., Duman C., et al. (2006). Environmental Tobacco Smoke Exposure in School Children: Parent Report and Urine Cotinine Measures, *Pediatrics International*, 48:382-389
17. Callais F., Momas I., Roche D., et al. (2003). Questionnaire or Objective Assessment for Studying Exposure to Tobacco Smoke Among Asthmatic and Healthy Children: The French VESTA Study. *Prev Med.*, 36:108-113
18. Carme P., Algar O.G., Monleon T., et al. (2008). A Longitudinal Study of Environmental Tobacco Smoke Exposure in Children: Parental Self Reports Versus Age Dependent Biomarkers, *BMC Public Health*, 8:47-55
19. Chan P., Lam T.H. (2006). Protecting Sick Children From Exposure to Passive Smoking Through Mothers' Actions: A Randomized Controlled Trial of A Nursing Intervention, *Journal of Advanced Nursing*, 54; 440-449
20. Chan S., Lam T.H. (2007). A Randomised Controlled Trial of A Health Education Intervention Provided by Nurses to Mothers of Sick Children, *Hong Kong Med J*. 13:25-27
21. Chen R., Tavendale R., Tunstall-Pedoe H. (2002). Measurement of Passive Smoking in Adults: Self-reported Questionnaire or Serum Cotinine? *J Cancer Epidemiol Prev*, 7:85-95
22. Chilmonczyk B.A., Palomaki G.E., Knight G.S., et al. (1992). An Unsuccessful Cotinine-Assisted Intervention Strategy to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure During Infancy, *Am J Dis Childhood*, 146:357-360
23. Conn V.S., Reimer T.T., Maas M.L. (2003). Older Women and Exercise: Theory of Planned Behavior Beliefs, *Public Health Nursing*, 20:153-163

24. Conrad A., Schulz C., Seiwert M., Becker k. et al. (2010). German Environmental Survey IV: Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke, *Toxicology Letters*, 192:79–83
25. Cook D.G., Whincup P.H., Jarvis M.J., et al. (1994). Passive Exposure to Tobacco Smoke in Children Aged 5-7 Years: Individual, Family and Community Factors, *BMJ*, 308:384-389
26. Cornelius M.D., Goldschmidt L., Dempsey D.A. (2003). Environmental Tobacco Smoke Exposure in Low-Income 6-Year-Olds: Parent Report and Urine Cotinine Measures, *Nicotine Tob Res*, 5:333–339
27. Crone M.R., Reijneveld S.A., Burgmeijer R.J.F., Hirasing R.A. (2001). Factors that Influence Passive Smoking in Infancy: A Study among Mothers of Newborn Babies in the Netherlands, *Prev. Med*, 32:209-217
28. Crone M.R., Reijneveld S.A., Willemsen M.C., Sing R.A.H. (2003). Parental Education on Passive Smoking in Infancy Does Work, *Eur. J. Public Health*, 13:269-274
29. Çocuklu Evde Sigara Yasağı, 15 Eylül 2010, Vatan Gazetesi, <http://www.haber10.com>
30. DeBarr KA. (2004). A Review of Current Health Education Theories, *Californian Journal of Health Promotion*, 2:74-87
31. Ekerbicer H.C., Celik M., Guler E., et al. (2007). Evaluating Environmental Tobacco Smoke Exposure in a Group of Turkish Primary School Students and Developing Intervention Methods for Prevention, *BMC Public Health*, 7:1-6
32. Emmons K.M., Hammond S.K., Fava J.L., et al. (2001). A Randomized Trial to Reduce Passive Smoke Exposure in Low-Income Households With Young Children, *Pediatrics*, 108:18-24
33. Erikson W., Sorum K., Bruusgaard D. (1996). Effects of Information on Smoking Behavior in Families with Preschool Children, *Acta Paediatrica*, 85:209-212
34. Erikson W., Sorum K., Bruusgaard D. (1996). Is There An Increased Liability in Parents' Smoking Behaviour After A Childbirth? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 14:86-91
35. Farkas A.J., Gilpin E.A., White M.M., et al. (2000). Association Between Household and Workplace Smoking Restrictions and Adolescent Smoking, *JAMA*, 284:717-22
36. Fishbein M., Middlestadt S.E. (1987). Using the Theory of Reasoned Action to Develop Educational Interventions: Applications to Illicit Drug Use, *Health Education Research*, 2:361-371

37. Fossum B., Arborelius E., Bremberg S. (2004). Evaluation of A Counseling Method for The Prevention of Child Exposure to Tobacco Smoke: An Example of Client-Centered Communication, *Preventive Medicine*, 38:295-301
38. Francis J.J., Eccles M.P., Johnston M. et al., (2004). Constructing Questionnaires Based on The Theory of Planned Behaviour, A Manual for Health Services Researchhers, *Centre for Health Services Research University of Newcastle*, 1-42
39. Gantt C.J. (2001). The Theory of Planned Behavior and Postpartum Smoking Relapse, *Journal of Nursing Scholarship*, 33:337-341
40. Gehrman C.A., Hovell M.F. (2003). Protecting Children from Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure: A Critical Review, *Nicotine & Tobacco Research*, 5:289-301
41. Gergen P.J., Fowler J.A, Maurer K.R., et al. (1998). The Burden of Environmental Tobacco Smoke Exposure on the Respiratory Health of Children 2 Months Through 5 Years of Age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994, *Pediatrics*, 101: 2-6
42. Ghouri N., Atcha M., Sheikh A. (2006). Influence of Islam on smoking among Muslims, *BMJ*, 332:291-4
43. Gillespie J., Waa A., Afzal R. (2004). Second-hand Smoke Exposure in Homes and Cars: Attitudes and Behaviours in New Zealand 2003, www.secondhandsmoke.co.nz, 1-14
44. Gilpin E.A., White M.M., Farkas A.J., Pierce J.P. (1999). Home Smoking Restrictions: Which Smokers Have Them and How They are Associated with Smoking Behavior, *Nicotine and Tobacco Research*, 1:153-162
45. Godin G., Valois P., Lepage L., Desharnais R. (1992). Predictors of Smoking Behaviour: An Application of Ajzen's Theory of Planned Behaviour, *British Journal of Addiction*, 87:1335-1343
46. Goldstein J. (1994). Informal Smoking Controls in Winnipeg Households. *Canadian Journal of Public Health*, 85:106-9
47. Greenberg R., Strecher V., Bauman K. (1994). Evaluation of a Home-Based Intervention to Reduce Infant Passive Smoking and Lower Respiratory Illnes, *Journal of Behavirol Medicine*, 17: 273-290
48. Groner J.A., Ahijevych K., Grossman L.K., Reih L.N. (2000). The Impact of a Brief Intervention on Maternal Smoking Behavior, *Pediatrics*, 105:267-271

49. Guo Q., Johnson C.A., Unger J.B., et al. (2007). Utility of the Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior for Predicting Chinese Adolescent Smoking *Addictive Behaviors*, 32:1066-1081
50. Gursoy Ş.T., Soyer M.T., Ocek Z., et al. (2008). Why are Turkish Children at Risk of Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Their Homes?, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9:467-471
51. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2004). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 139
52. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara 57-60
53. Haglung E.R., Heaton C.G., Kralikova E., et al. (2010). Home and Workplace Smoking Bans in Italy, Ireland, Sweden, France and the Czech Republic, *Eur Respir J.* 35:969-979
54. Haley N.J., Colosimo S.G., Axelrad C.M., Harris R., Sepkovic D.W. (1989). Biochemical Validation of Self-reported Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Environ Res*, 49:127-135
55. Halterman J.S., Conn K.M., Hernandez T., Tanski S.E. (2010). Parent Knowledge, Attitudes, and Household Practices Regarding SHS Exposure: A Case-Control Study of Urban Children With and Without Asthma, *Clinical Pediatrics*, 49:782-789
56. Halterman J.S., Fagnano M., Conn K.M. (2006). Do Parents of Urban Children With Persistent Asthma Ban Smoking in Their Home and Cars?, *Ambulatory Pediatric*, 6: 115-119
57. Haufroid V., Lison D. (1998). Urinary Cotinine as a Tobacco-smoke Exposure Index: a Mini-Review, *Int Arch Occup Environ Health*, 71:162-168
58. Hawthorne M.A., Hannan L.M., Thun M.J., Samet J.M. (2008). Protecting Our Children From Second-Hand Smoke, International Union Against Cancer, Geneva, Switzerland, 1-40
59. Hovell M.F., Meltzer S.B., Wahlgren D.R., et al. (2002). Asthma Management and Environmental Tobacco Smoke Exposure Reduction in Latino Children: A Controlled Trial, *Pediatrics*, 110:946-956
60. Hovell M.F., Zakarian J.M., Wahlgren D.R., Matt G.E., Emmons K.M. (2000). Reported Measures of Environmental Tobacco Smoke Exposure: Trials and Tribulations, *Tob Control*, 9:22-28

61. Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE et al. (2000). Effect of Counselling Mothers on Their Childre's Exposure to Environmental Tobacco Smoke:Randomised Controlled Trial, *BMJ*, 321:337-342
62. Hughes S.C., Corcos I.A., Hofstetter R., et al. (2009). Longitudinal Study of Household Smoking Ban Adoption Among Korean Americans, *Am. J. Prev. Med.* 37:437-440
63. Hutchinson M.K., Wood E.B. (2007). Reconceptualizing Adolescent Sexual Risk in A Prent-Based Expansion of the Theory of Planned Behavior, *Journal of Nursing Scholarship*, 39:141-146
64. Irvine L., Crombie I.K., Clark R.A. et al. (1999). Advising Parents of Asthmatic Children on Passive Smoking:Randomised Controlled Trial, *BMJ*, 318:1456-1459
65. Ji M., Ding D. Hovell M.F., et al. (2009). Home Smoking Bans in an Urbanizing Community in Chine, *American Journal of Preventive Medicine*, 37:132-136
66. Jill S., Halterman J.S., Conn K.M., et al. (2010). Parent Knowledge, Attitudes,and Household Practices Regarding SHS Exposure: A Case-Control Study of Urban Children With and without Asthma, *Clin Pediatr*, 49:782-789
67. Johansson A., Hermansson G., Ludvigsson J. (2004). How Shold Parents Protect Their Children From Environmental Tobacco-Smoke Exposure in the Home? *Pediatrics*, 113:291-295
68. Johansson A., Hermansson G., Ludvigsson J. (2004). Parents' Attitudes to Children's Tobacco Smoke Exposure and How the Issue is Handled in Health Care, *J. Pediatr. Health Care*, 18:228-235
69. Karababa A.O., Altun T.D., Köktürk G. (Editörler). (2009). İzmir Kent Sağlık Profili, İzmir Büyükşehir Belediyesi Çevre Koruma ve Kontrol Dairesi Başkanlığı Sağlıklı Kentler Proje Koordinatörlüğü, İzmir, İmaj Basım Yayın Reklamcılık ve Tic. Ltd. Şti., 3-9
70. Karadağ B., Karakoç F., Kut A., et al. (2001). Astımlı Çocukların Ebeveynlerinin Sigara İçme Davranışları Üzerine Eğitimin Etkisi, *Bağımlılık Dergisi*, 2:64-67
71. Karakoç F., Dağlı E., Kut A., ve ark. (1998). Çocuklarda Pasif Sigara Maruziyetin Serum Kotinin Düzeyi ile Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Dergisi Pediatri*, 7:77-82
72. Kegler M.C., Malcoe L.H. (2002). Smoking Restrictions in the Home and Car among Rural Native American and White Families with Young Children, *Preventive Medicine*, 35:334-342

73. Kim S., Wipfli H., Navas A.A., et al. (2009). Determinants of Hair Nicotine Concentrations in Nonsmoking Women and Children: a Multicountry Study of Secondhand Smoke Exposure in Homes, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18:3407-14
74. Klerman L.V. (2004). Protecting Children: Reducing Their Environmental Tobacco Smoke Exposure, *Nicotine & Tobacco Research*, 6:239-252
75. Knight G.J., Palomaki G.E., Lea D.H., Haddow J.E. (1989). Exposure to Environmental Tobacco Smoke Measured by Cotinine-Radioimmunoassay, *Clin Chem*, 35:1036-1039
76. Lam T.H., Leung G.M., Ho I.M., (2001). The Effects of Environmental Tobacco Smoke on Health Services Utilization in the First Eighteen Months of Life, *Pediatrics*, 107:1-6
77. Levy D.T., Romado E., Mumford E.A. (2004). Recent Trends in Home and Work Smoking Bans, *Tob. Control*, 13:258-263
78. Lopez A.D., Collishaw NEi Phia T. (1994). A Descriptive Model of the Cigarette Epidemic in Developed Countries, *Tobacco Control*, 3:242-247
79. Lund KE, Skrondal A, Vertio H. (1998). To What Extent Do Parents Strive to Protect Their Children From Environmental Tobacco Smoke in The Nordic Countries ? A Population-Based Study. *Tob. Control*, 7:56-60
80. Mannino D.M., Moorman J.E., Kingsley B. et. al. (2001). Health Effects Related to Environmental Tobacco Smoke Exposure in Children in the United States, *Arc Pediat Adoles Med*, 155:36-41
81. Mcintosh N.A., Clark N.M., Howatt W.F. (1994). Reducing Tobacco Smoke in the Environment of the Child with Asthma: A Cotinine-Assisted, Minimal-Contact Intervention, *Journal of Asthma*, 31:453-462
82. Moan I. S., Rise J., Andersen M. (2005). Predicting Parents' Intentions not to Smoke Indoors in the Presence of their Children Using an Extended Version of the Theory of Planned Behaviour, *Psychology and Health*, 20:353-371
83. Muramatsu S., Muramatsu T., Jitsunari F., et al. (1996). Relationship Between Urinary Cotinine Levels of Schollchildren and Their Parental Smoking Habits, *Bull. Natl. Inst Public Health*, 45:416-423
84. Noar S.M., Zimmerman R.S. (2005). Health Behavior Theory and Cumulative Knowledge Regarding Health Behaviors: Are We Moving in the Right Direction?. *Health Education Research*, 20:275-290

85. Okoli C.T.C., Kelly T., Hahn E.J. (2007). Secondhand Smoke and Nicotine Exposure: A Brief Review, *Addictive Behaviors*, 32:1977-1988
86. Ouedraogo E., Turcotte F., Ashley M.J., et al. (2009). Factors Associated with the Adoption of a Smoking Ban in Quebec Households, *Chronic Diseases in Canada*, 29:128-135
87. Öcek Z.A., Çiçeklioğlu M, Gürsoy Ş.T., ve ark. (2009). Burhaniye Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-5 Yaş Grubu Çocuğu Olan Ailelerde Sigaraya Yönelik Kurallar Ve İlişkili Faktörler, *Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 21: 58-69
88. Özyurt B.C. (2009). Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki İlkokul Çocuklarında Pasif Sigara İçicilik Maruziyetinin Değerlendirilmesi, *Tur Toraks Der*, 10:155-161
89. Painter J.E., Borba C.P.C., Hynes M., et al. (2008). The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review, *Ann. Behav. Med.* 35:258-362
90. Peterson E.L., Johnson C.C., Ownby D.R. (1997). Use of Urinary Cotinine and Questionnaires in the Evaluation of Infant Exposure to Tobacco Smoke in Epidemiologic Studies, *J Clin Epidemiol*, 50:917-923
91. Priest N., Roseby R., Waters E., et al. (2009). Family and Carer Smoking Control Programmes for Reducing Children’s Exposure to Environmental Tobacco Smoke, *The Cochrane Collaboration*, 1:1-63
92. Rainio S.U., Rimpela A.H. (2007). Home Smoking Bans in Finland and the Association with Child Smoking, *European Journal of Public Health*, 18:306-311
93. Rebagliato M. (2002). Validation of self reported smoking, *J Epidemiol Community Health*, 56:163–164
94. Robinson J., Kirkcaldy A. (2007). ‘You Think That I’m Smoking and They’re Not’: Why Mothers Still Smoke in the Home, *Soc Sci Med*, 65:641-52
95. Roche D., Callais F., Reungoat P., Momas I. (2001). Adaptation of An Enzyme Immunoassay to Assess Urinary Cotinine in Nonsmokers Exposed to Tobacco Smoke. *Clin Chem*, 47:950-2
96. Schuster M.A., Franke T., Pham C.B. (2002). Smoking Patterns of Household Members and Visitors in Homes With Children in the United States, *Arch Pediatr Adolesc Med*. 156:1094-1100
97. Shiva F., Padyab M. (2008). Smoking Practices and Risk Awareness in Parents Regarding Passive Smoke Exposure of Their Preschool Children: A Cross-Sectional Study in Tehran, *Indian J Med Sci*, 62:228-235

98. Singh G.K., Siahpush M, Kogan M.D. (2010). Disparities in Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke in the United States, 2007, *Pediatrics*, 126:4-13
99. Sockrider M.M., Hudmon K.S., Addy R., Mullen P.D. (2003). An Exploratory Study of Control of Smoking in the Home to Reduce Infant Exposure to Environmental Tobacco Smoke, *Nicotine & Tobacco Research*, 5:901-910
100. Soliman S., Pollack H.A., Warner K.E. (2004). Decrease in the Prevalence of Environmental Tobacco Smoke Exposure in the Home During the 1990s in Families With Children, *Am J. Public Health*, 94:314-320
101. Spencer N., Blacburn C., Bonas S., et al. (2005). Parent Reported Home Smoking Bans And Toddler (18-30 Month) Smoke Exposure: A Cross-Sectional Survey, *Arch Dis Child*, 90:670-674
102. Stosic L., Nikic D., Nikolic M. et. al. (2006). Determination of Environmental Tobacco Smoking in Schoolchildren with Urine Cotinine Measurements, *Medicine and Biology*, 13:119-122
103. Strachan D.P., Jarvis M.J., Feyerabend C. (1989). Passive Smoking, Salivary Cotinine Concentrations and Middle Ear Effusion in 7 Year old Children, *BMJ*, 298:154-1552
104. T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, Ankara,18-50
105. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun Uygulanması ile İlgili 2009/44 Sayılı Genelge, <http://www.saglik.gov.tr>
106. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu (2010), Sağlık Bakanlığı Yayın No:803, 17-18
107. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, Kanun Numarası:4207, Kabul Tarihi:07.11.1996, Resmi Gazete: 26.11.1996, Sayı:22829, <http://www.saglik.gov.tr>.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü. (2008). Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tütün Salgını Raporu, Çeviri Editörü: Nazmi Bilir, Danimarka, 7-37
109. Task Force on Community Preventive Services (2001). Recommendations Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke, *American Journal of Preventive Medicine*, 20:10-15

110. Trafimow D., Finlay K.A. (1996). The Importance of Subjective Norms for a Minority of People: Between Subjects and Within-Subjects Analyses, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22:820-828
111. Twardella D., Bolte1 G., , Fromme1 H, Wildner M, Kries R.V., the GME Study Group. (2010). Exposure to Secondhand Tobacco Smoke and Child Behaviour – Results from a Cross-Sectional Study Among Preschool Children in Bavaria, *Acta Paediatrica*, 99:106–111
112. U.S. Department of Health and Human Services. (2007). Children and Secondhand Smoke Exposure. Excerpts from The Health Consequences of Involuntray Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Sugeon General. Atlanta, GA:U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Preventio, Coordinating Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health
113. U.S. Department of Health and Human Services (1997). National Institutes of Health, Theory at a Glance, A Guide For Health Promotion Practice (Second Edition), 16-18
114. Valanis B., Lichtenstein E., Mullooly J.P., et al. (2001). Maternal Smoking Cesaation and Relapse Prevention During Health Care Visits, *American Journal of Preventive Medicine*, 20:1-8
115. Wahlgren D.R., Hovell M.F., Meltzer S.B. (1997). Reduction of Environmental Tobacco Smoke Exposure in Asthmatic Children: A 2-Year Follow-up, *Chest*,111:81-88
116. Wakefield M., Banham D., Martin J., et al. (2000). Restrictions on Smoking at Home and Urinary Cotinine Levels Among Children With Asthma, *Am J. Prev Med*, 19:188-192
117. Wakefield M., Banham D., McCaul K., et al. (2002). Effect of Feedback Regarding Urinary Cotinine and Brief Tailored Advice on Home Smoking Restrictions among Low-Income Parents of Children With Asthma: A Controlled Trial, *Preventive Medicine*, 34:58-65
118. Webb D.A., Boyd N.R., Messina D., Windsor R.A. (2003). The Discrepancy Between Self-Reported Smoking Status and Urine Cotinine Levels Among Women Enrolled in Prenatal Care at Four Publicly Funded Clinical Sites, *J Public Health Manag Pract*,9:322–5

119. Wilson S.R., Yamada E.G., Sudhakar R., et al. (2001). A Controlled Trial of an Environmental Tobacco Smoke Reduction Intervention in Low-Income Children With Asthma, *Chest*, 120:1709-1722
120. Winickoff J.P., Friebely J., Tanski S.E., et al. (2009). Beliefs About the Health Effects of “Thirdhand” Smoke and Home Smoking Bans, *Pediatrics*, 23:74-9
121. Winickoff J.P., McMillin R.C., Carroll B.C., Klein J.D., et al. (2003). Addressing Parental Smoking in Pediatrics and Family Practice: A National Survey of Parents, *Pediatrics*, 112:1146-1151
122. World Health Organization (1999). International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, WHO, 11-14 January, Geneva, Switzerland ,1-29
123. World Health Organization (2007). Policy Recommendations on Protection from Exposure to Second-hand Tobacco Smoke, WHO, Geneva, Switzerland, 4-12
124. Yousey Y.K. (2006). Household Characteristics, Smoking Bans, and Passive Smoke Exposure in Young Children, *Journal of Pediatric Health Care*, 20:98-105
125. Yücel U., Öcek Z. (2011). Annelerin Çocuklarını Evde Çevresel Tütün Dumanından Koruma Davranışına Yönelik Ölçek Geliştirme, II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011, Aydın

EK 1: EĞİTİM BOŞÜRÜ

Evde hiç kimse sigara içmemeli

- Tütün dumanı sigara içilen odanın kapısı tamamen kapalı olsa bile çocuğunuzun uyuduğu veya oynadığı odaya yayılır.
- Evinizde sigara içildikten uzun süre sonra bile mobilyalara, halıya ve perdelere sinen dumandan dolayı çocuğunuz tütün dumanına maruz kalır.

112



Evinizde sigara içmeyin ve içenlere izin vermeyin !

EVİNİZİ NASIL DUMANSIZ HAVA SAHASI YAPABİLİRSİNİZ ?

- ❖ Evinizde yaşayan herkes ile evinizi dumansız hava sahası yapabilmenin yollarını konuşun.
- ❖ Evinizin içinde kesinlikle sigara içmeyin.
- ❖ Evinizden kül tablası, çakmak, kibrit vb. bulundurmayın.
- ❖ Evinizin giriş kapısına evinizde sigara içilmediğini dair bir resim/yazı asın.
- ❖ Evinize ziyarete gelecek sigara içen kişilere evinizde sigara içmemelerini nasıl söyleyeceğinizi planlayın.
- ❖ Sigara içen birine evinizde sigara içmesini söylerken kibar ancak kararlı olun.
- ❖ Ailenize ve arkadaşlarınıza evinizde sigara içmedikleri için **t e ş e k k ü r e d i n .**

Sigara içmediğiniz için Teşekkür Ederiz

Çocuklarımız İçin Sağlıklı Evler: Dumansız Hava Sahası



ÇEVRESEL TÛTÛN DUMANI NEDİR?

❖ Çevresel tütün dumanı sigaranın yanan ucundan çıkan duman ve sigara için kişi tarafından ortama verilen dumandan oluşur.

❖ Çevresel tütün dumanı 4000 zehirli madde içerir ve bunların çoğu kansere neden olur.

113

Tütün Dumanı İçindeki Zehirli Maddelere Bazı Örnekler:

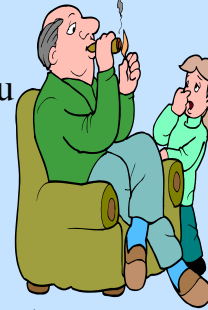
- **Arsenik** (Kanser yapıcı)
- **Nikotin** (Bağımlılık yapıcı)
- **Karbonmonoksit** (Egzos gazı)
- **Hidrojen siyanür** (Zehir)
- **Metil Alkol** (Roket yakıtı)
- **DDT** (Böcek zehiri)
- **Aseton** (Tırnak cilası çıkarıcı)
- **Vinil Klorür** (Kanser yapıcı)...



ÇEVRESEL TÛTÛN DUMANI ÇOCUK SAĞLIĞINA ZARARLIDIR

Evde sigara içilmesi çocuğunuzda;

- ✓ Soğuk algınlığı
- ✓ Kulak enfeksiyonu
- ✓ Bronşit
- ✓ Astım ve
- ✓ Diğer akciğer hastalıkları riskini artırır.
- ✓ Astımlı çocuklarda öksürük ve nefes darlığı artar.



Tütün dumanı:

- ✓ Ani Bebek Ölümüne neden olabilir.
- ✓ Çocukların zihinsel gelişimini olumsuz etkiler.
- ✓ Çocuklarda dikkat azlığı ve davranışsal bozukluklar daha sık görülür.
- ✓ Sigaraya bağımlı olma riskini artırır.
- ✓ Sigara içen anne babaların çocuklarının okul başarısı daha düşüktür.

Çocuklar Evdeki Tütün Dumanından Daha Çok Zarar Görürler

- ❖ Çocuklar hızlı nefes aldıkları için dumanlı ortamda yetişkinlere göre daha çok sigara dumanını solurlar.
- ❖ Sigara dumanındaki zehirli maddeleri vücutlarından atmaları zordur. Bu nedenle zehirli maddeler vücutlarında uzun süre kalır.



Çocuklarımız İçin
Evler

Dumansız Hava Sahası
Olmalı !

EK 2

İLK İZLEM ANKET FORMU

No:

Çocuğun Adı Soyadı:

Görüşülen Kişinin Adı:

Görüşme Tarihi:

Telefon No:

Adresi:

Ailenin Sosyodemografik Özellikleri

1 Çocuğunuzun cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kız

2. Çocuğunuzun doğum tarihi:...../...../.....(gün/ay/yıl) Yaş:.....

3. Kardeş Sayısı:.....

4.ailenizin kaçınıcı çocuğu?.....

5. Çocuğunuzun sağlık güvencesi

0) Yok 1) Emekli Sandığı 2)Bağ-kur 3) SSK 4) Yeşil kart 5) Özel 6) Diğer.....

6. Evdeki oda sayısı

7. Evinizde kaç kişi yaşıyor ?.....

Çocuğun Sağlık Durumu

8. Çocuğunuzun doğumundan bu yana geçen süreyi düşününüz. Size bir doktor tarafından çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklardan herhangi birinin olduğunu söylendi mi?

1) Astım 2) Sinüzit 3) Orta kulak iltihabı 4) Alerjik rinit (alerjik burun akıntısı)

5) Alerjik konjunktivit (gözlerde alerji) 6) Alerjik dermatit (deride alerji) 7) Bronşit

8) Diğer (Belirtiniz.....) 9) Hayır

9. Çocuğunuzun doğuştan gelen yada bir doktor tarafından sürekli izlenmesi gereken bir hastalığı var mı? 0) Hayır 1) Evet (Belirtiniz.....)

10. Sizce çocuğunuzun sağlık durumu nasıl ?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

Ailenin Sigara Kullanımı

11. Evinizde kaç kişi sigara içiyor ?

- 1) 1 kişi 2) 2 kişi 3) 3 ve üzeri

12. Tüm yaşamınız boyunca en az 100 sigara içtiniz mi?

- 0) Hayır 1) Evet

13. Şu anda haftanın kaç günü sigara içiyorsunuz?

- 0) Hiç içmiyorum 1) Haftadagün sigara içiyor

14. Halen sigara içtiğiniz günlerde genellikle kaç sigara içersiniz?.....sigara

15. İlk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içersiniz?dakika

16. Eşiniz tüm yaşamı boyunca en az 100 sigara içti mi?

- 0) Hayır 1) Evet

17. Eşiniz şu anda haftanın kaç günü sigara içiyor ?

- 0) Hiç içmiyor 1) Haftadagün sigara içiyor

18. Eşiniz halen sigara içtiği günlerde genellikle kaç sigara içer?.....sigara

19. Eşiniz ilk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içer?dakika

20. Evinizin içinde kimler ne sıklıkla sigara içiyor?

	Günde en az bir	Haftada en az bir	Ayda en az bir	Hiçbir zaman/ ayda 1 den az	Geçersiz
Anne					
Baba					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Misafir					

Çocukların Çevresel Sigara Dumanı Maruziyeti

21. Normal bir günde evinizin içinde yaklaşık olarak toplam kaç sigara içiliyor?.....
22. En son ne zaman herhangi biri evinizde sigara içti?.....Kim ?.....
23. En son ne zaman herhangi biri çocuğunuzun yanında sigara içti?.....Kim ?.....

Son yedi günü düşünün.

24. Evinizde kaç gün sigara içildi ?.....gün
25. Evinizde toplam kaç tane sigara içildi ?adet
26. Evinizde sigara içtiniz mi?
0) Hayır 1) Evet
27. Son yedi günde kaç gün evde sigara içtiniz?..... gün
28. Son yedi günde evinizde kaç tane sigara içtiniz?adet
29. Eşiniz evinizde sigara içti mi?
0) Hayır 1) Evet
30. Son yedi günde eşiniz evde kaç gün sigara içti?gün
- 31 Son yedi günde eşiniz evde kaç tane sigara içti?adet
32. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir odada bulundu?.....gün
33. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir arabada bulundu?.....gün

Evde sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar

34. Bazı evlerde insanların nerede ve ne zaman sigara içebilecekleri ile ilgili kurallar olur. Aşağıdaki ifadelerden hangisi evinizde nerde sigara içildiğini tanımlıyor?
- 1) Evin her yerinde sigara içilebilir
- 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içilebilir ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içilebilir
- 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içilemez
35. Bazen evin kuralları misafirlere uygulanamaz. Misafirleriniz evinizde sigara içebilir mi?
- 1) Evin her yerinde sigara içebilirler
- 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içebilirler ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içebilirler
- 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içemezler

36. Arabanız var mı?

- 0) Hayır 1) Evet

37. Çocuğunuz arabada iken sigara içilip içilmediği aşağıdaki ifadelerden hangisi en iyi tanımlar?

- 0) Arabamız yok
1) Arabada sigara içmek her zaman serbesttir
2) Arabada sigara içmek sadece camlar açıkken serbesttir ve/veya sadece misafir yolcular arabada sigara içebilir
3) Arabada hiçbir zaman sigara içilmez

38. Son yedi günü düşünün. Çocuğunuzu pasif içicilikten korumak için neler yaptınız?

- 0) Hiçbir şey yapmadım
1) Çocuğu sigara içilen yerden uzaklaştırdım
2) Camı açtım
3) Eve sigara içilmez yazısı astım
4) Eşime daha az sigara içmesini söyledim
5) Eşime evde sigara içmemesini söyledim
6) Eşime çocuğun yanında sigara içmemesini söyledim
7) Eşime çocuğun yanına gelmeden önce sigarayı söndürmesini söyledim
8) Eşime sigarayı bırakmasını tavsiye ettim
9) Diğer (Belirtiniz.....)

39. İdrar Kontinin Düzeyi:ng/l No:

40. Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçeği

Aşağıdaki soruların yanıtları 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiştir. Cevaplar için sorunun altında sağda ve solda iki farklı yanıt yer almaktadır. Lütfen soruları size uygun gelen yanıtın derecesine göre yanıtınızın yakınındaki rakamı işaretleyerek cevaplandırınız.

Sizin İçin Örnek Bir Soru

Örnek soru: Çocuklar kendilerini tehlikelerden koruyabilirler.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

1. Çocuk olan evlerde sigara içilmesi kötüdür.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

2. Evlerinin içinde sigara içilmesini yasaklayan anne babalar haklıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

3. Anneler çocuklarının sağlığı için evde sigara içmemelidir.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

4. Anneler çocuklarının sağlığı için eşlerini evde sigara içmemeleri için uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

5. Anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

6. Babalar çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

7. Anne ve babaların evin içinde sigara içmeleri çocuklarının sağlıklı büyümesini engeller.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

8. Misafirlerin evimizde sigara içmeleri çocuğumun sağlıklı büyümesini engeller.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

9. Yakınlarım (arkadaş, akraba vb.) evde kimseye sigara içirtmemem gerektiğini düşünür.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

10. Yakınlarımın çoğu evimizin içinde sigara içilmemesini destekler.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

11. Yakınlarımın çoğu evlerinde sigara içmez.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

12. Yakınlarım misafirlerimi evimizde sigara içmemeleri için uyarmamı destekler.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

13. Evimizde sigara içirtmemek benim için kolaydır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

14. Misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

15. Evimizde sigara içen birisine içmemesini söyleyebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

16. Evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

17. Evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

Ailenin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

41. Annenin öğrenim durumu

- 0) Okur-yazar değil 1) Okur yazar 2) İlkokul mezunu
3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu 5) Üniversite-yüksekokulu

42. Babanın öğrenim durumu

- 1) Okur yazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu
4) Lise mezunu 5) Üniversite-yüksekokul

43. Eşinizin şu anda hangi işi yapıyor?

- 0) Çalışmıyor/İşsiz
1) Emekli çalışmıyor
2) Emekli çalışıyor
3) Çalışıyor (Belirtiniz.....)

44. Yaşadığınız ev kendinize mi ait ?

- 0) Hayır (Belirtiniz.....) 1) Evet

45. Sizce ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok kötü 6) Bilmiyorum/fikrim yok

EK 3**ARA İZLEM ANKET FORMU****No:****Çocuğun Adı Soyadı:****Görüşülen Kişinin Adı:****Telefon No:****Görüşme Tarihi:****1. Şu anda haftanın kaç günü sigara içiyorsunuz ?**

0) Hiç içmiyorum 1) Haftadagün sigara içiyorum

2. Halen sigara içtiğiniz günlerde genellikle kaç sigara içersiniz?.....sigara**3. İlk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içersiniz?dakika****4. Eşiniz şu anda haftanın kaç günü sigara içiyor ?**

0) Hiç içmiyor 1) Haftadagün sigara içiyor

5. Eşiniz halen sigara içtiği günlerde genellikle kaç sigara içer?.....sigara**6. Eşiniz ilk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içer?dakika****7. Evinizin içinde kimler ne sıklıkla sigara içiyor?**

	Günde en az bir	Haftada en az bir	Ayda en az bir	Hiçbir zaman/ ayda 1den az	Geçersiz
Anne					
Baba					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Misafir					

Çocukların Çevresel Sigara Dumanı Maruziyeti**8. Normal bir günde evinizin içinde yaklaşık olarak toplam kaç sigara içiliyor?.....****9. En son ne zaman herhangi biri evinizde sigara içti?.....Kim ?.....****10. En son ne zaman herhangi biri çocuğunuzun yanında sigara içti?.....Kim ?.....****Son yedi günü düşünün.****11. Evinizde kaç gün sigara içildi ?.....gün****12. Evinizde toplam kaç tane sigara içildi ?adet****13. Evinizde sigara içtiniz mi?**

0) Hayır 1) Evet

14. Son yedi günde kaç gün evde sigara içtiniz?..... gün

15. Son yedi günde evinizde kaç tane sigara içtiniz?adet

16. Eşiniz evinizde sigara içti mi?

0) Hayır 1) Evet

17. Son yedi günde eşiniz evde kaç gün sigara içti?gün

18. Son yedi günde eşiniz evde kaç tane sigara içti?adet

19. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir odada bulundu?.....gün

20. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir arabada bulundu?.....gün

Evde sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar

21. Bazı evlerde insanların nerede ve ne zaman sigara içebilecekleri ile ilgili kurallar olur.

Aşağıdaki ifadelerden hangisi evinizde nerde sigara içildiğini tanımlıyor?

- 1) Evin her yerinde sigara içilebilir
- 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içilebilir ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içilebilir
- 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içilemez

22. Bazen evin kuralları misafirlere uygulanamaz. Misafirleriniz evinizde sigara içebilir mi?

- 1) Evin her yerinde sigara içebilirler
- 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içebilirler ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içebilirler
- 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içemezler

23. Çocuğunuz arabada iken sigara içilip içilmediği aşağıdaki ifadelerden hangisi en iyi tanımlar?

- 0) Arabamız yok
- 1) Arabada sigara içmek her zaman serbesttir
- 2) Arabada sigara içmek sadece camlar açıkken serbesttir ve/veya sadece misafir yolcular arabada sigara içebilir
- 3) Arabada hiçbir zaman sigara içilmez

24. Eğitimden sonra çocuğunuzu pasif içicilikten korumak için neler yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 0) Hiçbir şey yapmadım
- 1) Çocuğu sigara içilen yerden uzaklaştırdım
- 2) Camı açtım
- 3) Eve sigara içilmez yazısı astım
- 4) Eşime daha az sigara içmesini söyledim
- 5) Eşime evde sigara içmemesini söyledim
- 6) Eşime çocuğun yanında sigara içmemesini söyledim
- 7) Eşime çocuğun yanına gelmeden önce sigarayı söndürmesini söyledim
- 8) Eşime sigarayı bırakmasını tavsiye ettim
- 9) Diğer (Belirtiniz.....)

EK 4**SON İZLEM ANKET FORMU****No:****Çocuğun Adı Soyadı:****Görüşülen Kişinin Adı:****Telefon No:****Görüşme Tarihi:****1. Şu anda haftanın kaç günü sigara içiyorsunuz ?**

0) Hiç içmiyorum 1) Haftadagün sigara içiyorum

2. Halen sigara içtiğiniz günlerde genellikle kaç sigara içersiniz?.....sigara**3. İlk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içersiniz?dakika****4. Eşiniz şu anda haftanın kaç günü sigara içiyor ?**

0) Hiç içmiyor 1) Haftadagün sigara içiyor

5. Eşiniz halen sigara içtiği günlerde genellikle kaç sigara içer?.....sigara**6. Eşiniz ilk sigarayı sabah uyandıktan kaç dakika sonra içer?dakika****7. Evinizin içinde kimler ne sıklıkla sigara içiyor?**

	Günde en az bir	Haftada en az bir	Ayda en az bir	Hiçbir zaman/ ayda 1den az	Geçersiz
Anne					
Baba					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Evde yaşayan diğer kişiler (Belirtiniz.....)					
Misafir					

Çocukların Çevresel Sigara Dumani Maruziyeti**8. Normal bir günde evinizin içinde yaklaşık olarak toplam kaç sigara içiliyor?.....****9. En son ne zaman herhangi biri evinizde sigara içti?.....Kim ?.....****10. En son ne zaman herhangi biri çocuğunuzun yanında sigara içti?.....Kim ?.....**

Son yedi günü düşünün

11. Evinizde kaç gün sigara içildi ?.....gün
12. Evinizde toplam kaç tane sigara içildi ?adet
13. Evinizde sigara içtiniz mi?
0) Hayır 1) Evet
14. Son yedi günde kaç gün evde sigara içtiniz?..... gün
15. Son yedi günde evinizde kaç tane sigara içtiniz?adet
16. Eşiniz evinizde sigara içti mi?
0) Hayır 1) Evet
17. Son yedi günde eşiniz evde kaç gün sigara içti?gün
18. Son yedi günde eşiniz evde kaç tane sigara içti?adet
19. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir odada bulundu?.....gün
20. Çocuğunuz bu günlerin kaç tanesinde herhangi bir kişinin sigara içtiği bir arabada bulundu?.....gün

Evde sigarayla ilgili olarak uygulanan kurallar

21. Bazı evlerde insanların nerede ve ne zaman sigara içebilecekleri ile ilgili kurallar olur. Aşağıdaki ifadelerden hangisi evinizde nerde sigara içildiğini tanımlıyor?
 - 1) Evin her yerinde sigara içilebilir
 - 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içilebilir ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içilebilir
 - 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içilemez
22. Bazen evin kuralları misafirlere uygulanamaz. Misafirleriniz evinizde sigara içebilir mi?
 - 1) Evin her yerinde sigara içebilirler
 - 2) Evin sadece belli bir yerinde sigara içebilirler ve/veya evin içinde kapı veya cam açıkken sigara içebilirler
 - 3) Evin içinde hiçbir şekilde sigara içemezler

23. Çocuğunuz arabada iken sigara içilip içilmediği aşağıdaki ifadelerden hangisi en iyi tanımlar?

- 0) Arabamız yok
- 1) Arabada sigara içmek her zaman serbesttir
- 2) Arabada sigara içmek sadece camlar açıkken serbesttir ve/veya sadece misafir yolcular arabada sigara içebilir
- 3) Arabada hiçbir zaman sigara içilmez

24. Eğitimden sonra çocuğunuzu pasif içicilikten korumak için neler yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 0) Hiçbir şey yapmadım
- 1) Çocuğu sigara içilen yerden uzaklaştırdım
- 2) Camı açtım
- 3) Eve sigara içilmez yazısı astım
- 4) Eşime daha az sigara içmesini söyledim
- 5) Eşime evde sigara içmemesini söyledim
- 6) Eşime çocuğun yanında sigara içmemesini söyledim
- 7) Eşime çocuğun yanına gelmeden önce sigarayı söndürmesini söyledim
- 8) Eşime sigarayı bırakmasını tavsiye ettim
- 9) Diğer (Belirtiniz.....)

25. Eşinize evde sigara içilmemesi ile ilgili aldığınız eğitimden bahsettiniz mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

26. Eşinizin evde sigara içilmemesi konusundaki görüşleri nelerdir ?

.....

27. Evde sigara içilmemesini engelleyen nedenler nelerdir ?

.....

28. İdrar Kontinin Düzeyi:ng/l No:

29. Kardeşlerinin doğumundan bu yana geçen süreyi düşününüz. Size bir doktor tarafından çocuğunuzda aşağıdaki hastalıklardan herhangi birinin olduğunu söylendi mi?

- 1) Astım 2) Sinüzit 3) Orta kulak iltihabı 4) Alerjik rinit (alerjik burun akıntısı)
5) Alerjik konjunktivit (gözlerde alerji) 6) Alerjik dermatit (deride alerji) 7) Bronşit
8) Diğer (Belirtiniz.....) 9) Hayır 10) Kardeşi yok

30. Annelerin Çocuklarını Evde Tütün Dumanından Koruma Davranışı Ölçeği

Aşağıdaki soruların yanıtları 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiştir. Cevaplar için sorunun altında sağda ve solda iki farklı yanıt yer almaktadır. Lütfen soruları size uygun gelen yanıtın derecesine göre yanıtınızın yakınındaki rakamı işaretleyerek cevaplandırınız.

1. Çocuk olan evlerde sigara içilmesi kötüdür.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

2. Evlerinin içinde sigara içilmesini yasaklayan anne babalar haklıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

3. Anneler çocuklarının sağlığı için evde sigara içmemelidir.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

4. Anneler çocuklarının sağlığı için eşlerini evde sigara içmemeleri için uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

5. Anneler çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

6. Babalar çocuklarının sağlığı için misafirlerini evde sigara içmemeleri konusunda uyarmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

7. Anne ve babaların evin içinde sigara içmeleri çocuklarının sağlıklı büyümesini engeller.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

8. Misafirlerin evimizde sigara içmeleri çocuğumun sağlıklı büyümesini engeller.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

9. Yakınlarım (arkadaş, akraba vb.) evde kimseye sigara içirtmemem gerektiğini düşünür.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

10. Yakınlarımların çoğu evimizin içinde sigara içilmemesini destekler.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

11. Yakınlarımlın çoğu evlerinde sigara içmez.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

12. Yakınlarıml misafirlerimi evimizde sigara içmemeleri için uyardımı destekler.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

13. Evimizde sigara içirtmemek benim için kolaydır.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

14. Misafirlerime evimizde sigara içmemelerini söyleyebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

15. Evimizde sigara içen birisine içmemesini söyleyebilirim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

16. Evimizde sigara içilip içilmemesi ile ilgili kontrol bendedir.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

17. Evimizde kimseye sigara içirtmemeye niyetliyim.

Kesinlikle katılmıyorum 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle katılıyorum

EK 5



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

19 Mart 2010

Sayın: Ülkü TOSUN

Çocukların evdeki çevresel tütün dumanından korunmaları için yaptığımız ev ziyareti sırasında çocuğunuzun idrarında kotinin düzeyini belirlemek için idrar örneği almıştık. Kotinin vücuda geçen nikotinin vücutta parçalanması sonucu oluşur ve idrara geçer. İdrarda bulunan kotinin son 12-48 saatte çocuğun ne kadar sigara dumanı soluduğunu gösterir. Hayriye'nin idrar örneği sigara dumanına maruz kalıp kalmadığını (evde sigara için kişilerden dolayı) anlamak için incelenmiştir. Hayriye'nin kotinin düzeyi 102.6 ng/ml'dir.

Çocukların başka kişilerin içtiği sigara dumanını çok az miktarda bile olsa solumaları çocuklarda sağlık problemlerine neden olur. Bu nedenle evlerde ve arabada sigara içilmesine izin vermemek gerekir.

İdrar testi ve çocuklarınızı sigara dumanından koruma konusunda sormak istediğiniz sorular olabilir. Nisan-Mayıs ayında tekrar ev ziyareti yapmak için geleceğim. İkinci ev ziyareti sırasında bu soruları sorabilirsiniz.

Saygılarımla

Araştırma Görevlisi
Ummahan YÜCEL

— EK 6

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Bilimsel Araştırma Projeleri Bürosu

Sayı:B.30.2.EGE.020.89 / 1387
Konu:Gelişme raporları

Izmir/Bornova

SAYIN: Yrd. Doç. Dr. Zeliha ÖCEK
Halk Sağlığı ABD.

Yükseköğretim Kurumları Araştırma Projeleri Hakkındaki Yönetmelik'in 9.maddesi gereğince, yürütmekte olduğunuz 2009 Tıp.037 no.lu
1-5. Yaş Çocukların Çevresel Tütün Dumanı maruziyetinin
Azaltmaya Yönelik Kapsamlı Eğitim Girişimi (2009-D-0006)
....." isimli Projenizin 2010 Eylül Dönemi Gelişme Raporlarının
Nisan 2010'den sonra yapılan kısımlarının detaylarını incelenmek üzere ilişikte sunulan
Forma uygun şekilde hazırlanarak en geç 03.09.2010 Cuma günü Mesai bitimine kadar 2'er
nüsha olarak Bilimsel Araştırma Projeleri Bürosuna gönderilmesini rica ederim.

Yeşim

Prof.Dr. Yeşim KIRAZLI
Tıp fakültesi Bilimsel Araştırma
Projeleri Alt Komisyon Başkanı

EK:

NOT: <http://bap.ege.edu.tr/> adresinde yayınlanmıştır
2 Adet Formları bilgisayar ortamında doldurulması
Projeleri bitirmiş olanlar 1 adet kitapçık 2 Adet CD
(Ayrıca gelişme raporu göndermeyen proje yürütücüleri
bir dahaki rapor dönemine kadar satın alma yaptırılmayacaktır)

İrt.tel.4431-1862-1863

EK 7

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, EGE UNIVERSITY
Bornova, İZMİR-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	1 - 5 Yaş Arası Çocukların Evde Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetleri Azaltmaya Yönelik Kapsamlı Eğitim Girişiminin (Evde İzlem ve Telefon Danışmanlığına Dayalı) Değerlendirilmesi.				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Arş. Gör. Ummahan YÜCEL				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	EÜ. İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu				
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	-				
	FAZİ	-				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / Değişiklik No. su	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	13.03.2009	Türkçe			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU		Türkçe			
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 09-3.1/16 Tarih : 29.09.2009					
	Üniversitemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ÜYELER						
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst.AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Farmakoloji	E.Ü.T.F. Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Müge TUNÇYÜREK Üye	Patoloji	E.Ü.T.F. Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Mehmet UYAR Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Fisun AKDENİZ Üye	Psikiyatri	E.Ü.T.F. Psikiyatri AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Kenan AKSU Üye	Romatoloji	E.Ü.T.F. İç Hst. AD. Romatoloji BD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Yasemin AKÇAY Üye	Biyokimya	E.Ü.T.F. Biyokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Deontoloji	E.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Deontoloji	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Yrd. Doç. Ender ŞENOL Üye	Adli Tıp	E.Ü.T.F. Adli Tıp AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı / Analitik Kimya	E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurulu	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	EÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Bahri ÖZTÜRK Üye	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Istanbul Kültür Üniversitesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Revizyon Tarihi : 24.06.2005/Ver.no. 2

1/1

ASL GİRİDİR
İzmir 1 No.lu Etik Kurulu
[Signature]

EK 8



T.C.
İZMİR
BAYRAKLI BELEDİYESİ
SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : M.35.6. BYR – 14/ 339
Konu: Eğitim Çalışması

Tarih: 20/11/2009

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI' NA

İLGİ:04.16.2009 tarih ve 31/B.30.2.EGE.0.20.11.07/693 sayılı yazınız.

” 1-5 Yaş Arası Çocukların Evde Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetlerini Azaltmaya Yönelik Kapsamlı Eğitim Girişiminin (Evde İzlem ve Telfon Danışmanlığına Dayalı) Değerlendirilmesi” İsimli Doktora Tez Çalışmasının 75. Yıl Sağlık Evi, bölgesinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Nurcan ÇAKIR
SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRÜ

Yönlendirildiği bilgileri...

etkilerinin kısa vadede de gözlemlendiği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: tütün kontrolü, pasif içicilik, acil servis başvuruları, myokard enfarktüs, allerjik rinit

S-8. TÜTÜN

SİGARA TÜKETİMİNİN YASAK OLDUĞU BEŞ MEKÂNLA İLGİLİ PARTİKÜL ÖLÇÜM SONUÇLARI

Ebru Çayır¹, Kürşat Akbuğa², Osman Akcan², Hilal Akdemir², Ayşe Altındiş², Sarp Üner¹,

¹HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

²DİĞER

Giriş-Amaç: Çalışmanın amacı, kapalı mekanların girişi ve çevresinde sigara içilmesinin partikül madde ölçümleri üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma, 29 Mart 2010 – 09 Nisan 2010 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Kampüsü sınırları içerisinde ve civarında yer alan beş mekanda yürütülmüştür. Partikül ölçümlerinde, havadaki partikül miktarını 6 farklı partikül çapında (0,3 µm, 0,5 µm, 1 µm, 2 µm, 5 µm, 10 µm) ölçen “Fluke 983 Partikül Ölçüm Cihazı” kullanılmıştır. Mekânların her biri için, giriş (G), girişten 1 metre içerisi (KA1), girişten 10 metre içerisi (KA2), girişten 1 metre dışarı (AA1), girişten 20 metre dışarı (AA2) şeklinde kodlanan 5 ayrı ölçüm noktası belirlenmiş, gün içinde iki kez olmak üzere (12.00-13.00 ve 18.00-19.00 saatleri arasında), partikül ölçer yerden 1,5 m yükseklikte (ortalama solunum mesafesi) tutularak ölçüm yapılmıştır.

Bulgular: Tüm mekânlar için partikül değerlerinin en düşük olduğu nokta AA2 olarak tespit edilmiştir. Tıp Fakültesi A Kapısı’ndaki ölçümlerde en yüksek değerler KA1 ve KA2 ‘de bulunmuş ve bunu G ile AA1 ölçümleri takip etmiştir. Kampüs içi kafeteryada ve kütüphanede ise AA2 dışındaki bölgeler arasındaki fark azalmış, partikül değerleri KA2, KA1, G ve AA1’de yüksek olarak ölçülmüştür. Erişkin Acil Polikliniği ile kampüs dışı kafeterya partikül değerleri de benzer paterni göstermekle birlikte KA2, KA1, G ve AA1 değerleri bu iki mekanda diğer tüm mekânlardan daha yüksek olarak ölçülmüştür. Sonuç ; Sigara içen kişi sayısının fazla olduğu mekânlarda 0,3 ve 0,5 µm büyüklüğündeki partikül ortalamaları hem kapalı hem açık alanda oldukça yüksek ve birbirine yakın bulunmuştur. Sigara içen kişi sayısının az olduğu mekânlarda ise 0,3 ve 0,5 µm büyüklüğündeki partikül miktarı iç ortamda daha fazla ölçülmüştür ve dış ortam ölçümleri ile anlamlı bir fark göstermektedir.

Sonuçlar: Kapı önünde sigara içiminin hava kirliliğine neden olabileceğini düşündürmektedir. İç ortam için yapılan yasal düzenlemelere ek olarak kapı önlerinde ve yakın çevredeki sigara içiminin de yasal olarak düzenlenmesi bir çözüm yaklaşımı olarak uygun olabilir.

Anahtar Sözcükler: sigara, partikül madde, hava kirliliği, sigara yasağı

S-9. TÜTÜN

1-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN EVDE ÇEVRESEL TÜTÜN DUMANI ETKİLENİMİNİ AZALTMAYA YÖNELİK KAPSAMLI BİR EĞİTİM GİRİŞİMİNİN (EVDE İZLEM VE TELEFON DANIŞMANLIĞINA

DAYALI DEĞERLENDİRİLMESİ

Ummahan Yücel¹, Zeliha Öcek², Sibel Gökse¹,

¹EGE ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEK OKULU

²EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

³EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ VE KLİNİK FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş-Amaç: Okul öncesi çocukların çevresel tütün dumanından (ÇTD) korunmasında en önemli stratejilerden biri evlerinde uygulanan kurallara yönelik eğitim girişimleridir. Fakat bu girişimlerin hangi bileşenlerden oluşması gerektiği hakkında bir görüş birliği sağlanmamıştır. Bu araştırmada 1-5 yaş arası çocukları ÇTD maruziyetinden korumayı hedefleyen ve annelere yönelik olan kapsamlı bir eğitim girişiminin (üç ev ziyareti ve iki telefon izlemi) etkinliği değerlendirilmiştir. Bu amaçla bu girişiminin çocukların ÇTD maruziyetini azaltma açısından etkinliği 1) eğitim öncesi durum ile 2) sınırlı bir eğitim girişiminin (iki ev ziyareti) etkinliği ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Bu randomize kontrollü müdahale araştırması İzmir-Bayraklı ilçesi Cengizhan Mahallesi’nde uygulanmıştır. 1-5 yaş arası çocuğu olan, eşi ve/veya kendisi sigara içen 182 anne sigara içen ebeveyn sayısına göre tabakalandırılmış, rasgele örneklem yöntemiyle 80 anne seçilmiştir. Evlerinde ziyaret edilen bu annelere anket uygulanmış, eğitim verilmiş, broşür bırakılmış ve çocuklarından idrar örnekleri alınmıştır. Ardından SAS programında tabakalı randomizasyon yöntemiyle 40’ar anne kapsamlı ve sınırlı eğitim gruplarına ayrılmıştır. Kapsamlı eğitim grubundaki iki annenin izlemleri tamamlanamamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri evde içilen sigara sayısı, evde sigara yasağı varlığı ve idrar kotinin (nikotin metaboliti) düzeyleridir. Kapsamlı eğitim grubu bir ay sonra tekrar ziyaret edilerek kotinin düzeyi bildirilmiş ve izlem anketi uygulanmıştır. Ardından iki hafta arayla iki kez telefon edilmiştir. Diğer gruba ise sadece postayla kotinin düzeyi bildirilmiştir. Son ziyarette iki gruba da anket uygulanmış ve idrar örneği alınmıştır. Kotinin ölçümleri enzim immünassay kiti ile yapılmıştır. Veri analizinde bağımlı ve bağımsız gruplarda ki-kare testi, t-testi ve varyans analizi uygulanmıştır.

Bulgular: İlk ziyaret verilerine göre yapılan karşılaştırmalarda iki grup arasında ÇTD etkilenimi bakımından fark saptanmamıştır. Kapsamlı eğitim grubunda; evde bir günde (F=10,728;p=0,000) ve son yedi günde içilen ortalama sigara sayısı (F=4,985;p=0,012) ilk, ara ve son izlemde bir önceki izleme göre anlamlı bir azalma göstermiştir. Sınırlı eğitim grubunda da bir günde (t=3,281;p=0,002) ve son yedi günde evde içilen sigara sayıları (t=3,629;p=0,001) son izlemde ilk izleme göre azalmıştır. Kapsamlı (t=6,123;p=0,000) ve sınırlı (t=5,218;p=0,000) eğitim gruplarında son izlemdeki kotinin düzeyleri ilk izleme göre anlamlı düzeyde düşüktür. Son izlemdeki kotinin düzeyleri, evde bir günde ve son yedi günde içilen sigara sayıları bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiş, sadece evde tam bir sigara yasağı uygulandığını belirten anne yüzdesi kapsamlı eğitim grubunda (%68.0), sınırlı eğitim grubuna (%32.0) göre daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=5,475;p=0,019$).

Sonuçlar: Her iki grupta da çocukların ÇTD maruziyeti eğitim öncesine göre azalmıştır. Ancak kapsamlı ve sınırlı girişim grubu arasında müdahalenin etkinliği açısından önemli bir fark gözlenmemiştir. Çocukları ÇTD maruziyetinden

korumaya yönelik eğitimler çocuk izlemlerinin temel bir bileşeni olmalıdır. Bu eğitimlerde nesnel ölçütler aracılığı ile etkilenim düzeyi belirlenmeli ve ailelerle iletişimin sürekliliği sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: çevresel tütün dumanı, çocuk sağlığı, ev ziyareti, randomize kontrollü deneme, kotinin

S-10. TÜTÜN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİĞARA BIRAKMADA MOTİVASYONUN ROLÜ

Çiğdem Samancı Tekin¹, Mehmet Ali Kurçer¹,
¹ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Giriş-Amaç: Bu çalışmanın amacı; ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ Öğrencilerinde sigara bırakmada motivasyonun rolünü belirleyerek öğrencilerin sigara bırakmalarına yönelik stratejiler geliştirmektir.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 352 öğrenci oluşturmuş olup, öğrencilerin 300'üne ulaşılmıştır (%85). Tüm öğrencilere yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, Motivasyon değerlendirme testi ve Fagerstrom Bağımlılık testi uygulanmıştır. Anket formunda Sigara içen öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, sigara içme özellikleri ve sigara bırakmayı istemelerinde etken olabilecek sağlık, öz kontrol, güçlendirme ve toplumsal etkiler alt testleriyle tanımlanan genel motivasyonları değerlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından öğrencilerin kişisel bilgilerini elde etmeye yönelik 4 madde ve bu cümlelerden elde edilen 21 maddelik 5 dereceli Likert tipi bir anket formu hazırlanmıştır. Böylece anketi cevaplayan her bir öğrenciye sigarayı bırakmak motivasyonunun düzeyini 5'li derecelendirme testiyle ifade etme olanağı verilmiştir. Veri toplamada öğrencilerle yüz yüze görüşülmüştür. Saha çalışması Nisan, Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Ki-kare testi ile irdelenmiştir. Ortalamalar, standart sapma ve sıklıklar sunulmuştur. Gruplandırılmış değişkenler (gruplar arası karşılaştırma) için Ki-kare, tek yönlü varyans analizi ve sürekli değişkenler için ANOVA ve Lojistik Regresyon testleri ile analizler gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Dağılımların normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile gösterilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 71' i erkek 229' u kız olmak üzere toplam 300 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 20.8 ± 1.7 olarak saptanmıştır. Öğrencilere sigara içip içmedikleri sorulduğunda; 189 öğrenci hayatı boyunca hiç sigara içmediğini, 14 öğrenci de sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Halen sigara içen veya sigarayı bırakmış 111 öğrenci Transteoritik model (TTM)'e göre değerlendirildi. Buna göre; öğrencilerin %7.2'si Niyet öncesi (Pre-contemplation), %22.5'i Niyet (Contemplation), %33.3'ü Hazırlık / Hazır oluşluk (Preparation), %24.4'ü Eylem Aşamasında (Action), %12.6'sı Sürdürme (maintenance) Aşamasında bulunmaktadır. Öğrencilerin sigara bırakmaya yönelik motivasyon testinden aldıkları puanlar; sağlıkla ilgili kaygılar alt grubundan

20.2 ± 5.03 , öz etkililik alt grubundan 12.8 ± 3.56 , kendini güçlü hissetme arzusu alt grubundan 11.2 ± 4.00 , toplumsal etkiler alt grubundan 18.5 ± 5.55 'dir. Genel motivasyon puanları ise; 62.7 ± 18.07 'dir.

Sonuçlar: Öğrencilerin yaklaşık %92'si sigara bırakma çabası ya da düşüncesi içindedir ve tüm motivasyon testlerinden yüksek puanlar almışlardır. Bu çalışma göstermiştir ki üniversite öğrencileri sigara bırakmaya çok istekli ve motive edilmişler, bu nedenle tüm üniversitelerde öğrencilere yönelik sigara bırakma poliklinikleri hizmeti sağlanarak sigara bırakma başarısı artırılabilir.

Anahtar Sözcükler: üniversite öğrencileri, sigara bırakma, motivasyon

S-11. TÜTÜN

GENÇLERDE SİĞARADAN KORUNMA KONUSUNDA AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

Gökben Yaslı¹, Gönül Dinç Horasan¹, Hilal Batı¹,
¹CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK
SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Giriş-Amaç: Gençlerde sigara konusunda yürütülecek olan akran eğitimi programının sigara kullanma davranışı (sigara içme, düzenli sigara içme, sigarayı deneme, sigarayı bırakma) üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir.

Yöntem: Girişimsel tiptedir. Daha önce hiç sigara içmemiş olanlarda düzenli sigara içme hızının (hafta ≥ 1 sigara) girişim grubunda %2, kontrol grubunda %4 olacağı öngörülerek (tip 1 hata düzeyi %5 ve güç %80) girişim ve kontrol gruplarında 2480 gencin bulunacağı hesaplanmıştır. Manisa Kent Merkezinde 3 farklı liseye . 2007-2008 eğitim-öğretim yılında devam eden öğrencilerin (n= 1737, katılım oranı %89,6) sigara kullanma ile ilgili verileri kontrol grubu verisi olarak, aynı liselere 2008-2009 yılında devam eden öğrencilerin sigara kullanma ile ilgili verileri ise girişim grubu verisi (n=1787, katılım oranı %81,0) olarak kullanılmıştır. Girişim 2008-2009 eğitim öğretim yılında uygulanmıştır. 150 gönüllü akran eğitimcisine eğitimler verilmiş (20 kişilik grup, 15 seans), gönüllü akran eğitimcileri arkadaşlarına sigaradan korunma konusunda eğitim ve destek vermişlerdir. Veriler Mayıs 2008 ve Mayıs 2009'da uygulanan öğrencilerin doldurduğu anketlerle oplanmıştır. Programın etkinliği sigara kullanma davranışı (sigara içme, düzenli sigara içme, sigarayı deneme, sigarayı bırakma) ile değerlendirilmiştir. Ankette ayrıca sosyodemografik verilerle gençlerin 1 yıl öncesine ait sigara kullanma davranışı ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Veriler SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş, analizlerde ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Kontrol grubunda önceki yıl arkadaşları ile sigara konusunda görüşüğünü belirten gençlerin oranı kontrol grubunda %49,1, girişim grubunda %45,5'tir ($p > 0,05$). Önceki yıl hiç sigara içmemiş olan gençlerde içicilik insidansı kontrol grubunda %3,2 olup, girişim grubunda bu hız %2,9'dur ($p > 0,05$). Beklenmeyen bir sonuç olarak önceki yıl sigarayı denemiş olanlarda bir yıl sonunda içicilik insidansı kontrol grubunda %6,3, girişim grubunda %9,4'dur ($p > 0,05$). Önceki yıl haftada 1 sigaradan daha az sigara içenlerde içicilik oranı kontrol grubunda %72,2, girişim grubunda %71,3 ($p > 0,05$), önceki yıl haftada 1 sigaradan daha fazla sigara içenlerde içicilik oranı kontrol grubunda %81,8, girişim grubunda

ÖZGEÇMİŞ

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü'nden 2002-2003 Öğretim yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2003 Yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. “Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu tez çalışması ile 2006 yılında yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2006 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Doktora eğitimine başladı.

2004 yılından itibaren Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.