

CEBİNİZ BIRAKIN DİYOR SMS TÜRKİYE PHASE ONE COMMUNITY-BASED QUESTIONNAIRE: CONSENT FORM TURKISH VERSION

“Ankara da Yetişkinlerde Sigara İçme Davranışının İncelenmesi” ile ilgi yeni bir araştırma yapmaktayız.

Günümüzde tüm Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de sağlıklı yaşam ilkeleri konusunda çabalar gösterilmektedir. Sağlıklı kalabilmek için sigaradan uzak kalmak çok önemlidir.

Bu çalışmada sigara içicilerinden sigara içme davranışları ile ilgili olmak üzere ayrıntılı bilgi edinilmek istenmektedir. Çünkü başarılı bir bırakma programı hazırlamak için birtakım verilere ihtiyacımız vardır. Bu çalışmada ayrıca ne tür bir teknoloji de kullandığınızı öğrenmek istiyoruz. Örnek olarak cep telefonu, internet kullanımı hakkında sorular yanında , sigara içme alışkanlığınız, niçin sigara içtiğiniz, bırakmayı deneyip denemediğiniz? Sigara dışında nargile gibi diğer tütün ürünlerini kullanımı hakkında da sorular vardır. Bu Çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalları tarafından ortak olarak yürütülecektir.

Bir sigara içicisi olarak bu çalışmaya katılması planlanan 150 kişiden biri olarak sizi de bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu çalışma kapsamında size ayrıntılı olarak sigara içme alışkanlığınız ve teknolojik ekipmanları kullanma alışkanlıklarınız sorulacaktır. Ayrıca sigaraya neden başladığınız, ortalama kaç sigara içtiğiniz ile ilgili sorularda sorulacaktır. Katılımcıların anket formunu bilgisayar ortamında ve/veya kağıt üzerinde cevaplamaları yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Araştırmacılar tarafından size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve sizden de herhangi bir ödeme yapmanız beklenmemektedir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma size bir çıkar sağlamayacağı gibi zarar da vermeyecektir. Çalışmaya katılmama kararınızdan dolayı zararınız yada yararınız olmayacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra, araştırmaya katılmak isterseniz lütfen aşağıdaki formu imzalayınız. Bunu yanında, çalışmanın herhangi bir aşamasında verdiğiniz onayı çekme hakkına da sahipsiniz.

Gözlem altında yaklaşık 30 dakikalık anket uygulaması yöntemi ile toplanacak bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden, sağlık alanında öğrencilerin eğitiminde, daha sonra gerçekleştirilecek müdahale araştırmasının geliştirilmesinde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılacaktır. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Formlar emin bir yerde kilitli olarak tutulacaktır. Sadece araştırmacılar bu bilgilere ulaşacaktır. Çalışmaya katılmanız sonucunda bir fayda beklememek yanında çalışmaya katılmak istememeniz de sizin tıbbi yardım almanızı engellemez, iş veya okul yaşamınızda herhangi bir zorluğa neden olmaz.. Sorulara

vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz.

Katılımcı Bildirimi:

Doç. Dr. Salih Emri bu çalışmaya katılmam için teklifte bulundu ve kendisi tarafından çalışma hakkında bilgilendirildim. Bu çalışmaya katıldığım takdirde tüm bilgilerimin gizli kalacağını biliyorum ve herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılabilirim. Çalışmaya katılmamadan dolayı herhangi bir ödeme ve çıkar söz konusu değildir.

Eğer bu çalışma ile ilgili olmak üzere herhangi bir sorum olur ise; sorumlu araştırmacı olan HÜTF Göğüs Hastalıkları A.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr. Salih Emri ile 0312 467 7575 veya 0312 305 15 31 numaralı telefonlar ile iletişime geçebilirim.

Bu çalışmaya katılmam için hiç kimse beni zorlamadı. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmemem durumunda özel doktorumla ilişkimin ve kendim zarar görmeyecektir.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu bir kopyası da tarafıma verilmiştir.

Katılımcının Adı-Soyadı: _____

Katılımcının Adresi: _____

Katılımcının e-mail adresi: _____

Katılımcının Telefon Numarası: _____

Katılımcının İmzası: _____

Şahidin (Gözlemci) Adı-Soyadı: _____

Şahidin Adresi: _____

Şahidin Telefon Numarası: _____

Şahidin İmzası: _____

Doktor Adı-Soyadı: _____

Doktorun Adresi: _____

Doktorun Telefon Numarası: _____

Doktorun İmzası: _____