

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL HATALARA YÖNELİK ÖLÇEK
GELİŞTİRİLMESİ**

Dr. Dilara ÇETİN KABAŞ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2025

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL HATALARA YÖNELİK ÖLÇEK
GELİŞTİRİLMESİ**

Dr. Dilara ÇETİN KABAŞ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Bahadır GENİŞ

Etik Kurul Proje No: 2025/259 – 03.07.2025

2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 GİRİŞ.....	1
1.2 AMAÇ	2
2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 SİGARA BAĞIMLILIĞI	3
2.1.1 TARİHÇE.....	3
2.1.2 TANI VE EPİDEMİYOLOJİ	4
2.1.3 ETİYOLOJİK FAKTÖRLER VE RİSK FAKTÖRLERİ	7
2.1.4 SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ	13
2.1.5 FARMAKOLOJİK TEDAVİ	15
2.2 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA PSİKOLOJİK VE BİLİŞSEL YAKLAŞIMLAR 17	
2.2.1 BAĞIMLILIKTA PSİKOLOJİK KURAMLAR.....	17
2.2.2 BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL	24
2.3 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALARI ÖLÇMEYE YÖNELİK ÖLÇEKLER.....	36
2.4 SİGARA BIRAKMADA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MÜDAHALELERİN ROLÜ 40	
3 GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ	42
3.2 ETİK İZİN	42

3.3	ÖRNEKLEM.....	42
3.3.1	DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	42
3.3.2	DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	43
3.4	ÖLÇME ARAÇLARI.....	43
3.4.1	OLGU RAPOR FORMU	43
3.4.2	FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ (FNBT).....	43
3.4.3	SİGARA İÇMEYLE İLGİLİ ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (SÜBÖ) 43	
3.4.4	SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ (TASLAK FORM).....	44
3.5	VERİLERİN TOPLANMASI	44
3.6	ÖLÇEK FORMUNUN GELİŞTİRİLMESİ.....	44
3.6.1	LİTERATÜR TARAMASI.....	44
3.6.2	MADDE HAVUZU OLUŞTURMA.....	44
3.6.3	GÖRÜNÜŞ GEÇERLİLİĞİ.....	44
3.6.4	KAPSAM GEÇERLİLİĞİ.....	45
3.6.5	PİLOT UYGULAMA	45
3.6.6	VERİ TOPLANMASI.....	45
3.7	VERİLERİN ANALİZİ.....	45
4	BULGULAR VE YORUMLAR.....	46
4.1	ÖLÇEK GELİŞTİRME SÜRECİ.....	46
4.2	ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİĞİ.....	46
4.2.1	GÖRÜNÜŞ GEÇERLİLİĞİ.....	46
4.2.2	KAPSAM GEÇERLİLİĞİ	46
4.2.3	PİLOT UYGULAMA	47
4.2.4	ANA ÇALIŞMA BULGULARI	47

4.2.5	SİBÇÖ KISA FORMUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	58
4.2.6	SİBÇÖ VE SİBÇÖ-KF ARASINDAKİ İLİŞKİ	63
5	TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
5.1	TARTIŞMA.....	72
5.1.1	SİBÇÖ’NÜN FAKTÖR YAPISI	72
5.1.2	AÇIMLAYICI VE DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	74
5.1.3	ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI:.....	75
5.1.4	SİBÇÖ-KF (KISA FORM) BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	77
5.1.5	ÖLÇÜT (YAKINSAK) GEÇERLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI... 78	
5.1.6	DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI	81
6	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	84
6.1	SONUÇ.....	84
6.2	ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	86
6.3	ÖNERİLER	86
	ÖZET	87
	İNGİLİZCE ÖZET	88
	EKLER	89
	KAYNAKLAR.....	96

TEŞEKKÜR

Sevgi ve desteklerini hayatım boyunca hissettiğim, varlıklarından güç aldığım canım aileme,

Zorlandığım anlarda, sevgisini ve desteğini benden esirgemeyen sevgili eşim Yasin'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, katkılarıyla çalışmamın şekillenmesine değerli katkılar sunan, her aşamada desteğine müteşekkir olduğum danışman hocam Doç. Dr. Bahadır GENİŞ'e,

Uzmanlık eğitimim süresince klinik ve akademik gelişimime katkıda bulunan, bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Prof. Dr. Aslıhan POLAT, Prof. Dr. Cem CERİT, Prof. Dr. Elif TATLIDİL, Dr. Öğretim Üyesi Diğdem GÖVERTİ, Uzm. Dr. Aila GAREAYAGHI'ye,

Asistanlık sürecini birlikte paylaştığım, dayanışmaları ve destekleri ile bu süreci daha anlamlı ve katlanılır kılan Dr. Umut YILDIRIMOĞLU, Dr. İlay DALKIRAN, Dr. Seher KOCAAYAN ve Dr. Seray Sultan KARAKOÇ'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, dayanışmaları ve dostluklarıyla bana destek olan tüm asistan arkadaşlarım ve kıdemli uzman arkadaşlarıma,

Ekibimizi keyifli hale dönüştüren sevgili hemşirelerimiz, psikologlarımız, sekreterlerimiz, güvenlik görevlilerimiz ve personellerimize,

Çalışmamı destekleyen tüm hastalarımın en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Dilara ÇETİN KABAŞ

Kocaeli, 2025

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklaması
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA	Food and Drug Administration
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi
GN-SİDÖ	Glover-Nilsson Sigara İçme Davranış Ölçeği
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KTSND	Sosyal Nikotin Bağımlılığı İçin Kano Testi
SİBÇÖ	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği
SİBÇÖ-DAY	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Duygusal Akıl Yürütme
SİBÇÖ-KF	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Kısa Form
SİBÇÖ-KF-DAY	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Kısa Form – Duygusal Akıl Yürütme
SİBÇÖ-KF-ÖY	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Kısa Form – Öz-Yetersizlik
SİBÇÖ-KF-R	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Kısa Form - Rasyonalizasyon
SİBÇÖ-ÖY	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği – Öz-Yetersizlik

SİBÇÖ-R	Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği- Rasyonalizasyon
SÜBÖ	Sigara İçmeyle İlgili Üstbilişsel İnançlar Ölçeği
SÜBÖ-BDP	Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Bilişsel Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar
SÜBÖ-BEN	Sigara içmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Bilişsel Engellenme Hakkında Negatif Üstbilişsel İnanışlar
SÜBÖ-DDP	Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Duygusal Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar
SÜBÖ-KEN	Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Sigaranın Kontrol Edilmezliği Hakkında Negatif Üstbilişsel İnanışlar
TAPDS	Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri (n=328)	47
Tablo 2. Katılımcıların sigara kullanımı ve diğer özellikleri	49
Tablo 3. SİBÇÖ'ye Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	51
Tablo 4. SİBÇÖ'nün Madde Analiz Sonuçları.....	53
Tablo 5. SİBÇÖ'nün test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliğinin belirlenmesi	54
Tablo 6. SİBÇÖ'nün Uyum İndeksleri.....	55
Tablo 7. Sigara İçme ile İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin Geliştirilme Aşamaları	56
Tablo 8. Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği-Kısa Formu'nun Açıklayıcı Faktör Analizi	59
Tablo 9. SİBÇÖ'nün Madde Analiz Sonuçları.....	60
Tablo 10. SİBÇÖ-KF'nin test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliğinin belirlenmesi.....	61
Tablo 11. SİBÇÖ-KF'nin uyum indeksleri	62
Tablo 12. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	64
Tablo 13. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=328).....	64
Tablo 14. Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ-KF toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	65
Tablo 15. Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	66
Tablo 16. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=328)	67
Tablo 17. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması..	67
Tablo 18. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması.....	68
Tablo 19. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve günlük içilen sigara adedi arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=328)	69

Tablo 20. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve sigara içme yılı arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=328)	70
Tablo 21. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KY puanlarının sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre karşılaştırılması.....	70



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. SİBÇÖ'ye Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	52
Şekil 2. Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Modeli.....	56
Şekil 3. SİBÇÖ Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Ait Scree Plot Grafiği	60
Şekil 4. Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği Kısa Formu'na (SİBÇÖ-KF) Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Modeli.....	63



1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 GİRİŞ

Sigara bağımlılığı, bağımlılıklar içinde en yaygın ve en ölümcül olanlardan biri olmasının yanı sıra, aynı zamanda en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir.¹ Prematür ölümle güçlü biçimde ilişkili olup, tüm ölümlerin yaklaşık %25'inden sorumludur ve artmış mortalite, morbidite ve engelliliğin önlenemez başlıca nedenleri arasında yer almaktadır.¹⁻⁴ Nikotinin bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle sigaraya bağımlılık hızlı bir şekilde gelişmekte; nüfusun yaklaşık %20'sinin yaşamlarının bir döneminde sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir.^{1,5}

Sigara bağımlılığının gelişimi ve sürdürülmesi yalnızca biyolojik etkenlerle açıklanamamakta; farmakolojik etkiler, öğrenilmiş ve şartlanmış faktörler, kişilik özellikleri ve sosyal çevrelerin etkileşimini içeren karmaşık bir süreçtir ve hem fiziksel hem de psikolojik etkenlerle şekillenmektedir.^{1,5-7} Sigarayı kendi kendine bırakma oranlarının yaklaşık %5 olduğu, yalnızca davranış terapisi uygulandığında bu oranın %20'lere ulaştığı; kanıtlanmış en etkili yaklaşımın davranış terapisi olduğu belirtilmektedir.¹ Bilişsel davranışçı terapi, sigarayı bırakma ve yinelemeyi önleme süreçlerinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.^{1,5} Tetikleyicilerle başa çıkma becerileri zayıf olan ve sigara içme ritüelleri güçlü bireylerin, sigarayı bıraktıktan sonra tam bırakmayı sürdürme olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmektedir.³

Alanyazı incelendiğinde, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaları doğrudan ve sistematik biçimde ölçmeye yönelik bir ölçeğin bulunmadığı görülmektedir. Bu kapsamda, mevcut bazı ölçeklerin geliştirilen yeni ölçekle karşılaştırılmasına kısaca değinilmesi uygun görülmüştür.

Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği (TAPDS)⁸, psikolojik bağımlılık bileşenlerini değerlendirmesi açısından önemli olmakla birlikte, sigara kullanımını sürdüren bilişsel çarpıtmalara doğrudan odaklanmamaktadır.⁹ Bu ölçek 25 maddeden oluşan, sigaranın aracı rollerini tanımlayan alt faktörlere sahiptir. Sigara İçmeyle İlgili Üstbilişsel İnançlar Ölçeği (SÜBÖ)¹⁰ 20 maddeden oluşan dört faktörlü bir yapıdadır. Sigaraya ilişkin üstbilişsel inançları değerlendirmektedir ve bağımlılığı sürdüren temel bilişsel çarpıtmaları kapsamamaktadır.¹¹

Sosyal Nikotin Bağımlılığı İçin Kano Testi (KTSND) ⁷, sigaraya ilişkin tutumları ölçmekte; ancak bilişsel çarpıtmaları ayırtmamaktadır. 10 maddeden oluşan ve tek boyutlu toplam puan üzerinden değerlendirilen bir ölçektir. Sigara İçmenin Sonuçları Anketi ¹², sigara içmenin olası sonuçlarına ilişkin beklentileri değerlendirirken, Sigara Aşırma Anketi ^{13,14} ve Michigan Nikotin Pekiştirme Anketi ¹⁵ daha çok aşırma ve pekiştirme mekanizmalarına odaklanmaktadır. Sigara İçmenin Sonuçları Anketi 50 maddeden ve dört faktörden oluşan bir ölçekken, Sigara Aşırma Anketi Kısa Formu 47 maddelik uzun formundan oluşturulmuştur, 12 madde ve dört faktörden oluşur. Michigan Nikotin Pekiştirme Anketi, 13 madde ve iki alt faktörden oluşur. Glover-Nilsson Sigara İçme Davranış Ölçeği (GN-SİDÖ) ise davranışsal örüntüleri değerlendirmekte, ancak bilişsel hata yapısını ele almamaktadır.^{16,17} GN-SİDÖ de, sigara bağımlılığının davranışsal bileşenlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 11 maddeden oluşan ve tek boyutlu toplam puan üzerinden değerlendirilen bir ölçektir.

Tüm bu bulgular, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaların doğrudan, sistematik ve bütüncül biçimde ölçülebileceği klinik pratikte hızlı bir şekilde uygulanabilir ölçek eksikliğine işaret etmekte; bu durum, sigaraya ilişkin bilişsel çarpıtmaları değerlendirmeye yönelik yeni bir ölçek geliştirilmesi gerekliliğini desteklemektedir.

1.2 AMAÇ

Bu tez çalışması, sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek üzere, geçerli, güvenilir ve klinikte pratikte uygulanabilir kısa bir ölçek geliştirmeyi amaçlamaktadır. Klinik uygulamalarda bireylerin bilişsel engellerini daha doğru tanımlamaya, tedavi planlamasını bireyselleştirmeye ve müdahalelerin etkililiğini ölçmeye katkı sunacağı öngörülmektedir. Ayrıca, bu ölçek aracılığıyla sigara bırakma sürecine ilişkin bilişsel faktörlerin daha sistematik biçimde araştırılması mümkün olacak, böylece bağımlılık alanındaki bilimsel bilgi birikimi de zenginleşecektir. Bu gerekçelerle, sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi, bilimsel ve toplumsal açıdan önemli bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 SİGARA BAĞIMLILIĞI

2.1.1 TARİHÇE

Tütün kullanımı, insanlık tarihinin en eski madde alışkanlıklarından biri olarak kabul edilmektedir.¹⁸ Günümüzde kullanılan tütün bitkisinin kökeni tam olarak bilinmemekle birlikte, arkeolojik kanıtlar tütünün ilk olarak Amerika kıtasında yetiştirildiğini ve Maya ile Aztek uygarlıkları tarafından dini ve şifa amaçlı törenlerde kullanıldığını düşündürmektedir.^{16,18} Tütünün Avrupa'ya taşınması, 1492 yılında Kristof Kolomb'un San Salvador'a ulaşmasıyla gerçekleşmiş; bu tarihten sonra tütün kısa sürede Avrupa'da tanınmaya başlamıştır.¹⁹

Tütünün Avrupa'daki yaygınlığı özellikle 16. yüzyılda Fransız diplomat Jean Nicot'un tütünü migren tedavisinde kullanmasıyla artmış; bu dönemde bitki *Nicotiana tabacum* adını almış ve tütünün bağımlılık yapıcı bileşeni "nikotin" olarak adlandırılmıştır.^{18,19} 1612 yılında John Rolfe tarafından tütün yetiştiriciliğinin başlatılmasıyla birlikte tütün, koloniler için önemli bir ticari ürün ve hatta bir para birimi haline gelmiştir.¹⁹

Tütünün zararlarına ilişkin farkındalığın ise oldukça erken dönemlere uzandığı görülmektedir.¹⁸ Bununla birlikte sigara kullanımı, sanayi devrimi sonrasında, özellikle 1900'lü yılların başlarında sigara yapma makinelerinin, kibritin ve nikotinin alt solunum yollarına hızla ulaşmasını sağlayan asitlendirici maddelerin kullanılmaya başlanmasıyla kitlesel bir nitelik kazanmıştır.^{18,20} Sigara kullanımı ile akciğer kanseri vakalarındaki artış ilk olarak 1920'li ve 1930'lu yıllarda patologlar tarafından gözlemlenmiş; 1950'li yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi açık biçimde ortaya koymuştur.^{19,21}

Bu bilimsel bulgular doğrultusunda 1964 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde sigaranın ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu ilan edilmiş, 1965 yılında yürürlüğe giren yasa ile her sigara paketinde uyarı etiketi bulundurulması zorunlu hale getirilmiştir.¹⁹ Bu düzenlemelerin ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerde sigara içme oranının %42'den 2006 yılı itibarıyla %21'e düştüğü bildirilmiştir.¹⁹ 1988 yılında nikotin "bağımlılık yapan madde" olarak tanımlanmış, 1995 yılında ise Amerika Birleşik

Devletleri Başkanı Clinton, *Food and Drug Administration*(FDA) önerilerine dayanarak nikotini bağımlılık yapıcı bir ilaç olarak ilan etmiştir.¹⁸

Tanısal sınıflandırmalar açısından bakıldığında, 1952 yılında yayımlanan Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın birinci baskısı (DSM-I) ile 1968 yılında yayımlanan DSM-II'de sigara bağımlılığına ilişkin bir tanım yer almamaktadır. Sigara içmenin bir madde bağımlılığı biçimi olduğu ilk kez 1988 tarihli Amerika Birleşik Devletleri Cerrahlar Birliği'nin Sigara İçmenin Sağlık Sonuçları: Nikotin Bağımlılığı raporunda vurgulanmıştır.^{20,22} Bu gelişmelerin ardından sigara bağımlılığı DSM-III-R'de "tütün bağımlılığı"^{20,23}, DSM-IV'te "nikotin bağımlılığı" ve DSM-5'te "tütün kullanım bozukluğu" olarak sınıflandırılmıştır.²⁴ Güncel DSM-5 sınıflandırmasında tütün kullanımı, "Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı altında "Tütünle İlişkili Bozukluklar" kapsamında ele alınmaktadır.

Tütün kullanımının tarihsel süreç içinde tıbbi ve psikiyatrik bir sorun olarak ele alınması zorunlu bir hale gelmiştir. Özellikle 20. yüzyılın ortalarından itibaren epidemiyolojik çalışmaların sigara ile ilişkili hastalık yükünü net biçimde ortaya koyması, nikotinin bağımlılık yapıcı bir madde olarak tanımlanmasına ve sigara kullanımının tanısal sınıflandırma sistemlerine dahil edilmesine zemin hazırlamıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda sigara bağımlılığının güncel tanı ölçütleri ve yaygınlığı, tanı ve epidemiyoloji başlığı altında ele alınacaktır.

2.1.2 TANI VE EPİDEMİYOLOJİ

2.1.2.1 TANI

DSM-5'e göre Tütün Kullanım Bozukluğu tanısı, 12 aylık bir süre içinde on bir tanı ölçütünden en az ikisinin karşılanmasıyla konulmaktadır. Bu ölçütler arasında tütün kullanımının amaçlanandan daha uzun sürmesi, bırakma veya kontrol etme girişimlerinde başarısızlık, tütün elde etme ve kullanmaya aşırı zaman ayırma, yoğun istek, işlevsellikte bozulma, sosyal ve kişilerarası sorunlara rağmen kullanımın sürdürülmesi, önemli etkinliklerin bırakılması, tehlikeli durumlarda kullanım, zarar gördüğünü bilmesine rağmen kullanıma devam etme, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması yer almaktadır.^{20,25}

International Statistical Classification of Diseases-11 (ICD-11) sınıflandırmasında nikotinle ilişkili bozukluklar; zararlı nikotin kullanım dönemi, zararlı nikotin kullanım örüntüsü, nikotin bağımlılığı, nikotin zehirlenmesi, nikotin yoksunluğu, nikotin kullanımına bağlı diğer belirtilen ve belirtilmemiş bozukluklar olmak üzere yedi ana tanı kategorisi altında ele alınmaktadır. Nikotin bağımlılığı tanısı, nikotin kullanımı üzerindeki kontrol kaybı, kullanımın yaşamın diğer alanlarına baskın hale gelmesi, zararlarına rağmen sürdürülmesi, tolerans ve yoksunluk belirtilerinin varlığı gibi belirtilerden en az ikisinin görülmesiyle konulmakta; bu örüntünün en az 12 ay sürmesi ve en az 3 ay boyunca sürekli nikotin kullanımının bulunması gerekmektedir.²⁶

Tanı ölçütleri içerisinde yer alan yoksunluk belirtileri, kullanımın bırakılması veya azaltılması sonrasında ortaya çıkmakta ve genellikle birkaç hafta boyunca devam etmektedir. Kaygı, depresif duygu durumu, irritabilite, uykusuzluk, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve iştah artışı en sık bildirilen belirtiler arasındadır. Yoksunluk tanısı için bu belirtilerden en az dördünün ilk 24 saat içinde ortaya çıkması gerekmektedir. Çoğu belirti 1–3 gün içinde zirveye ulaşmakta ve 2–3 hafta sürebilmektedir; aşırma ise 6 aydan uzun sürebilmekte ve öksürük, kabızlık, oral aftlar ve dikkat gerektiren işlerde performans düşüşü ile seyredilmekte olup, üç ay boyunca diğer yoksunluk belirtilerinin görülmemesi yoksunluk eşiğinin aşıldığına işaret etmektedir.²⁰

Tütün Kullanım Bozukluğu'nun DSM-5 ve ICD-11 sınıflandırmalarındaki tanı ölçütlerinin ayrıntılı biçimde tanımlanması, bu bozukluğun klinik sınırlarının netleştirilmesini sağlamaktadır. Ancak tanısız çerçevenin belirlenmesi, sigara kullanımının bireysel ve toplumsal düzeydeki yaygınlığının anlaşılması açısından tek başına yeterli değildir. Bu nedenle, sigara kullanımının sıklığı, dağılımı ve toplum üzerindeki yükü epidemiyolojik veriler ışığında ele alınacaktır.

2.1.2.2 EPİDEMİYOLOJİ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yaklaşık 1.1 milyar kişi sigara içmektedir.²⁷ 2022 yılı itibarıyla 15 yaş ve üzeri bireylerde tütün kullanım yaygınlığı %20.9 olarak saptanmış olup, yaklaşık 1.3 milyar kişiyi etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir.^{5,27,28} Sigara kullanımı her yıl dünya genelinde sekiz milyondan fazla ölüme yol açmakta ve bu sayının 2030 yılında 10 milyona

ulaşacağı öngörülmektedir.^{4,28} Prevalans ülkeler arasında %5 ile %55'in üzerinde değişmektedir.²⁹

Erkeklerde tütün kullanım yaygınlığı %34.4 iken kadınlarda bu oran %7.4'tür.²⁸ Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde sigara içme oranları daha yüksekken, kadınlarda yüksek prevalans daha çok sanayileşmiş ülkelerde görülmektedir.^{29,30} Düşük eğitim ve düşük sosyoekonomik düzey, sigara kullanım yaygınlığıyla güçlü biçimde ilişkilidir; lisansüstü eğitim almış bireylerde oran %6.2 iken, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde bu oran %44'e kadar çıkmaktadır.³¹ Benzer şekilde, yoksulluk sınırı altında yaşayan bireylerde sigara kullanımını daha yaygındır.³¹

Dünya genelindeki sigara içicilerinin üçte ikisinin, Türkiye'nin de dahil olduğu on ülkede yaşadığı bildirilmektedir.³⁰ Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde her gün tütün kullanma oranı 2022 yılında %28.3 olarak saptanmış; her yıl yaklaşık 100 bin kişinin tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmiştir.^{32,33} Sigara kullanım oranları özellikle mavi yakalılar, hizmet sektöründe çalışanlar ve işsizler arasında daha yüksektir.³⁴ Eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranlarının azaldığı; üniversite mezunlarında %17 ile en düşük düzeye indiği.^{1,34}

Epidemiyolojik bulgular sigara kullanımının dünya genelinde yaygın ve ciddi sonuçlara yol açan bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu yaygınlığın hangi gelişimsel dönemlerde başladığının incelenmesi, bağımlılık sürecinin önlenmesi ve erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Bu bağlamda sigara kullanımının ergenlik dönemindeki görünümü ve başlama yaşı özel olarak ele alınacaktır.

2.1.2.3 ERGENLİK DÖNEMİ VE BAŞLAMA YAŞI

Dünya genelinde 13–15 yaş arası yaklaşık 19 milyon ergenin sigara içtiği; bunların 13 milyonunun erkek, 6 milyonunun kız olduğu bildirilmektedir.²⁸ Ergenlerde sigara içme yaygınlığı Avrupa'da %8, Amerika'da %6 ile daha yüksekken, diğer bölgelerde yaklaşık %4 düzeyindedir.²⁸ Türkiye'de yapılan çalışmalarda 13–17 yaş arası ergenlerde sigara içme sıklığı %13.3 olarak saptanmıştır.³⁰

Araştırmalar her gün yaklaşık 3200 ergenin sigara içmeye başladığını göstermektedir.¹⁷ İlk sigara deneme yaşının ortalama 14.5 olduğu, bireylerin yaklaşık %37'sinin 14 yaşından önce sigara denediği ve günlük sigara içenlerin %98'inin 26 yaşından önce ilk sigarasını içtiği bildirilmektedir.^{20,34,35} Sigara ne kadar erken yaşta denenirse, düzenli sigara içicisi olma ve yetişkinlikte tüketilen sigara miktarı o kadar artmaktadır.³⁵

Sigara kullanımına erken yaşta başlanmasının, düzenli içiciliğe ve bağımlılığa geçiş riskini artırdığı gösterilmektedir. Ancak bağımlılık sürecinin yalnızca başlama ile sınırlı olmadığı, bırakma girişimleri ve nükslerle karakterize kronik bir seyir izlediği bilinmektedir. Bu nedenle, sigara bağımlılığının dinamik doğasını anlamak için bırakma girişimleri ve nüks oranlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.1.2.4 BIRAKMA GİRİŞİMLERİ VE NÜKS

Sigara içenlerin %70–80'inin sigarayı bırakmayı denediği, ancak yalnızca %5–10'unun kalıcı olarak bırakabildiği bilinmektedir.^{1,5,34} Bırakmayı deneyenlerin yaklaşık %30'u ilk iki gün içinde tekrar sigara içmeye başlamaktadır.¹ Kendi kendine bırakma girişimlerinde 6–12 aylık bırakma oranları %3–5 düzeyindedir.³¹ Tedaviyle bırakmayı deneyen bireylerde dahi ilk altı ayda nüks oranlarının %75'e ulaştığı, bir yıl sonunda ise bırakmış bireylerin %30–40'ının tekrar sigaraya başladığı bildirilmektedir.³¹

Tanı ölçütleri ve epidemiyolojik veriler, sigara bağımlılığının yaygın, kronik ve nükslerle seyreden bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu tabloyu açıklayabilmek için sigara bağımlılığının ortaya çıkışına ve sürdürülmesine katkıda bulunan etmenlerin çok boyutlu biçimde ele alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda, biyolojik, psikolojik ve sosyal etiyolojik faktörler ile risk faktörleri aşağıda ayrıntılı olarak incelenmiştir.

2.1.3 ETİYOLOJİK FAKTÖRLER VE RİSK FAKTÖRLERİ

2.1.3.1 BİYOLOJİK FAKTÖRLER

Nikotin, ödül devresinde yer alan nikotinic kolinerjik reseptörlere bağlanarak dopaminerjik ödül sistemini uyarır ve böylece bağımlılık döngüsünün nörobiyolojik temeli oluşur.^{18,20,36} Beyindeki temel nikotinic reseptör alt tipleri $\alpha 4/\beta 2$ ve $\alpha 7$ olup, bu

reseptörlerin nikotinle hızla duyarsızlaştığı bilinmektedir.^{20,36} Nikotin, ventral tegmental alandaki dopamin nöronları ve nucleus accumbens'teki nikotinik reseptörler aracılığıyla dopamin ve glutamat salınımına yol açar.^{20,36} Genel olarak bağımlılık yapıcı maddelerin, mezokortikolimbik sistem üzerinden dopamin, glutamat, GABA, norepinefrin, serotonin, opioid peptitler ve endokannabinoid sistem modülasyonu yoluyla etki gösterdiği kabul edilmektedir.^{20,37}

Nikotinin hızlı etki etmesi ve vücuttan hızlı çekilmesi, kısa sürede ortaya çıkan yoksunluk belirtilerine ve stres sisteminin aktivasyonuna neden olur.^{19,20,37} Nikotinin metabolizma hızını etkileyen CYP2A6 gen varyantları ile CYP2D6 ve DRD2 gibi genlerin, sigaraya başlama ve bırakma davranışlarının kalıtsal yönleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{20,38,39} Ayrıca CHRNA5, CHRNA3 ve CHRNB4 gen kümesinde yer alan nikotinik reseptör genlerinin de nikotin bağımlılığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.³⁸ Yüksek genetik riske sahip bireylerin ergenlik döneminde daha erken ve daha hızlı biçimde günlük sigara içicisi oldukları, bağımlılığa daha kısa sürede geçtikleri ve bu süreçlerin yetişkinlikte sigara bağımlılığı riskini artırdığı düşünülmektedir.³⁸

Nikotin yoksunluğu sırasında kaygı, disfori, irritabilite ve diğer ödül verici uyaranlara karşı ilgi kaybı ortaya çıkar.³⁷ Bu dönemde dopamin ve serotonin düzeyleri azalırken, kortikotrofin salgılatıcı hormon ve norepinefrin düzeyleri yükselir; amigdala içindeki stres yanıtı güçlenir ve yoksunluğa eşlik eden olumsuz duygulanımın biyolojik temelini oluşturur.³⁷ Bu biyolojik değişiklikler sonucunda birey, olumsuz duygulanımı azaltmak amacıyla yeniden sigara kullanımına yönelir; sürekli kullanım tolerans gelişimine yol açar ve negatif pekiştirme mekanizması ortaya çıkar.^{1,35,37} Sigara içme ile haz, uyarılma ve kaygının azalması gibi pekiştirici etkiler deneyimlenir ve bağımlılığı olan birçok kişi, yaşamla başa çıkabilmek için nikotinin gerekli olduğu inancını geliştirir.²⁰

Dopamin eksikliği hipotezine ek olarak, bağımlılıkta prefrontal korteks işlev bozukluğu da tanımlanmıştır ve bu bozukluğun tek başına ya da ilişkili beyin bölgeleriyle birlikte aşırma ve sigara tüketim miktarı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.^{40,41} Prefrontal korteks, yürütücü işlevler ve dürtü kontrolü ile ilişkilidir.³⁷ Prefrontal korteksten ventral striatum ve ventral tegmental alana uzanan glutamaterjik yollardaki bozulma, ipuçları tarafından tetiklenen madde arama davranışını güçlendirir.³⁷ Dorsolateral prefrontal korteks ve dorsal ön singulat korteksi içeren dorsal prefrontal ağın karar verme

ve öz kontrol gibi yürütücü işlevleri yönettiği; medial prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve ventral ön singulat korteksi içeren ventral prefrontal ağın ise limbik uyarılma ve duygu işlemeyle ilişkili olduğu bilinmektedir.⁴¹ Bu doğrultuda, artmış duygusal işleme ile azalmış yürütücü işlev arasındaki dengesizliğin, aşırma ve madde arama davranışlarının temelini oluşturduğu düşünülmektedir.^{37,41}

Nikotinin ödül sistemi üzerindeki etkileri ve genetik yatkınlıklar, sigara bağımlılığının nörobiyolojik temelini açıklamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. Ancak bağımlılık davranışının yalnızca biyolojik mekanizmalarla açıklanamayacağı; bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerinin de bu döngüde belirleyici rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu nedenle sigara bağımlılığının psikolojik boyutları ayrıca ele alınmaktadır.

2.1.3.2 PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Bağımlılığın yalnızca nörobiyolojik mekanizmalarla açıklanamadığı; otomatikleşmiş bilişsel ve duygusal ritüeller, öğrenilmiş davranış örüntüleri ve çevresel tetikleyicilerin de bağımlılığın sürdürülmesinde belirleyici rol oynadığı kabul edilmektedir.^{18,19,42} Sigara içen bireylerin sigaraya karşı belirli bir duyarlılığa sahip oldukları, deneme aşamasından sonra özellikle akran etkisi ve sigaraya yönelik olumlu bilişsel değerlendirmelerden etkilendikleri bilinmektedir.³⁹ Düşük eğitim düzeyi, sigara içen akranlara sahip olma ve ergenlik döneminde ebeveynlerin sigara kullanımına karşı ilgisizliği gibi faktörler, sigara içme davranışının sürmesine ve zamanla bağımlılık örüntüsünün gelişmesine katkıda bulunmaktadır.³⁹

Nikotinin yüksek düzeyde pekiştirici özelliklere sahip olması ve hızlı etki eden bir psikoaktif madde olması, sigara kullanımını bireyler için daha cazip hâle getirmektedir. İnhalasyon yoluyla alınan nikotinin yaklaşık 10 saniye içinde beyne ulaşması, kısa aralıklarla tekrarlanabilir olması ve ruh hâlini iyileştirme, konsantrasyonu artırma, öfkeyi azaltma ve kilo kontrolüne yardımcı olma gibi etkileri, sigaranın güçlü bir pozitif pekiştirici olarak işlev görmesine neden olmaktadır.^{6,39,42} Bu süreçte sigara içme davranışı ödüllendirici bir nitelik kazanmakta ve yatkın bireylerde bağımlılığın oluşmasına ve sürdürülmesine zemin hazırlamaktadır.⁴²

Sigaranın duygudurum, dikkat ve uyanıklık üzerindeki doğrudan etkileri sonucunda tolerans gelişmesi ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, özellikle genç bireylerde

sigaraya yönelimi kolaylaştırmakta ve yoksunluktan kaçınma motivasyonu ile kullanımın pekişmesine yol açmaktadır.^{6,42} Bu süreçte davranışsal düzeyde koşullu öğrenme mekanizmaları gelişmektedir.⁴²

Sigara bağımlılığı olan bireyler, bırakma isteğine rağmen içsel motivasyon eksikliği ve yoksunluğa ilişkin olumsuz beklentiler nedeniyle sigara kullanımını sürdürmekte; bu durum bağımlılık döngüsünün psikolojik temelini oluşturan önemli bir içsel çatışma alanı olarak değerlendirilmektedir.⁴² Stres ve olumsuz duygulanımın sigara kullanımının başlaması, sürdürülmesi ve nökslerle güçlü biçimde ilişkili olduğu, sigaranın bir baş etme aracı olarak hem pozitif hem de negatif pekiştirme süreçleriyle bağımlılığı sürdürdüğü belirtilmektedir.⁴²

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, tüketilen sigaraların yarısından fazlasını oluşturduğu tahmin edilmektedir.⁴³ Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalıkta sigara kullanım prevalansının yüksek olduğu; bazı hastalıklarda bu oranın %65–80 düzeylerine ulaştığı bildirilmektedir.^{39,43} Depresif bireylerde nikotinin geçici ruh hâli iyileştirici etkilerinin, irritabilite ve disforiyi azaltmasının sigara kullanımını pekiştirdiği; bırakma girişimlerinde yoksunluk belirtileri nedeniyle sigaraya geri dönme eğiliminin yüksek olduğu düşünülmektedir.³⁹ Depresyon hastalarında sigara içme oranlarının %40–50 civarında olduğu, şizofreni hastalarında ise bu oranın %90'lara kadar çıktığı belirtilmektedir.⁴⁴

Şizofreni hastalarının nikotinin geçici bilişsel düzenleyici etkilerinden yararlanma amacıyla sigara kullandıkları; ayrıca nikotinin antipsikotik ilaç düzeylerini düşürmesi ve ilaçların bazı yan etkilerini azaltması nedeniyle sigaranın self-medikasyon aracı olarak değerlendirildiği ileri sürülmektedir.^{39,44} Bunun yanı sıra, dopaminerjik yollarla ilişkili pozitif ve negatif semptomların da sigara kullanımını artırdığı bildirilmektedir.³⁹

Psikolojik faktörler, sigara kullanımının sürdürülmesinde önemli belirleyiciler sunmakla birlikte, bu süreçlerin sosyal bağlamdan bağımsız olmadığı açıktır. Özellikle ergenlik döneminde akran ilişkileri, aile yapısı ve toplumsal normlar sigara kullanım davranışını güçlü biçimde şekillendirmektedir. Bu nedenle, sigara bağımlılığının sosyal boyutlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.1.3.3 SOSYAL FAKTÖRLER

Sigara bağımlılığının gelişiminde sosyal faktörlerin çok katmanlı bir rol oynadığı ve hem sigaraya başlama hem de kullanımın sürdürülmesinde toplumsal ve çevresel etkilerin güçlü olduğu bilinmektedir.^{39,42} Sigaraya başlama davranışının özellikle 12–17 yaş arasındaki ergenlerde daha sık görüldüğü, bu dönemde akran etkisinin en güçlü belirleyicilerden biri olduğu bildirilmektedir.^{34,39} Sosyal kabul beklentisinin bir göstergesi olarak ergenlerin önemli bir kısmı sigara içen bireylerin “daha fazla arkadaşına sahip olduğuna” inanmakta; bu algı sigaraya başlama davranışını güçlendirmektedir.³⁹ Ergenlik döneminde sigaraya başlama, bağımlılık sürecini sosyal çevre, akran modellemesi ve aile ortamı üzerinden şekillendirebilmektedir.²⁰

Yüksek uyum ihtiyacı, düşük akademik performans, depresif belirtiler ve düşük öz saygı gibi bireysel özelliklere sahip çocuk ve ergenlerin sigaraya başlama olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.²⁰ Ailede sigara içen bireylerin bulunması, ebeveynlerin yetersiz ilgisi ve düşük eğitim düzeyi ile birlikte düşük sosyoekonomik koşullar, sigara kullanımının sürdürülmesine katkıda bulunan önemli sosyal etmenler arasında yer almaktadır.^{39,42} Başlama döneminden sonra da düşük eğitim düzeyinin, yetişkinlikte sigara kullanımını sürdüren en önemli sosyal belirleyicilerden biri olduğu belirtilmektedir.³⁹

Nikotinin diğer maddelerden farklı olarak belirgin bir intoksikasyon arayışı yaratmaması, bireylerin günlük işlevselliklerinde ciddi bir bozulma yaşamadan yüksek miktarlarda nikotin alabilmelerine olanak tanımakta ve bu durum bağımlılık riskini artırmaktadır.²⁰ Sigaranın yasal olarak kolay ulaşılabilir olması, kullanım riskini artıran önemli bir faktör olup, yasal bir madde olması nedeniyle cezalandırıcı yönünün çoğunlukla sosyal düzeyde kalmasına yol açmaktadır.^{20,42} Sigaranın kimlerle, hangi koşullarda ve hangi ritüeller eşliğinde tüketileceğine ilişkin kültürel normlar, sigara kullanımını normalleştirerek bu davranışın sürdürülmesini desteklemektedir.⁴² Minimum çaba ile hızlı ve sık biçimde tüketilebilmesi ve cezalandırılma olasılığının düşük olması, bu sürecin daha da pekişmesine katkıda bulunmaktadır.²⁰

Sosyal etmenler sigaraya başlama ve kullanımın sürdürülmesinde önemli rol oynarken, bu etmenler çoğu zaman biyolojik ve psikolojik yatkınlıklarla birlikte etkileşim içinde bulunmaktadır. Bu etkileşimler sonucunda bazı bireylerin sigara bağımlılığı

açısından daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir. Bu nedenle, sigara bağımlılığına ilişkin risk faktörleri bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmalıdır.

2.1.3.4 RİSK FAKTÖRLERİ

Psikiyatrik eştanılar, hem sigara kullanımına başlama hem de kullanımının sürdürülmesi açısından önemli risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır; bu bireylerin sigaraya daha erken yaşta başladıkları, daha ağır içici oldukları ve sigarayı bırakma oranlarının daha düşük olduğu bilinmektedir.³⁹ Ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarının yaklaşık %50'sinin, bipolar 1 bozukluğu olan bireylerin %70'inin, şizofreni hastalarının yaklaşık %90'ının ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %70'inin sigara kullandığı tahmin edilmektedir.¹

Sigara bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin; genetik yatkınlık, nikotinin anksiyete ve diğer psikiyatrik semptomları geçici olarak hafifletici etkileri ve tütün dumanının monoamin oksidaz enzimini inhibe etmesi gibi mekanizmalarla ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁴⁵ İkiz çalışmalarında sigaraya başlama ve kullanımın sürdürülmesi açısından %46–84 oranında ailesellik saptanmış; sigara kullanımının sürdürülmesinde genetik yatkınlığın, başlama davranışında ise genetik ve çevresel etmenlerin birlikte rol oynadığı gösterilmiştir.^{38,39,46}

Nikotin metabolizma hızının bireyler arasında farklılık göstermesi de önemli bir risk etmeni olarak tanımlanmaktadır. Psikoaktif etkileri sürdürmek amacıyla gün boyunca aralıklı nikotin alan bireylerde, nikotini daha hızlı metabolize edenlerin daha fazla sigara içtiği bildirilmiştir.⁴⁵ Kadınların nikotini erkeklere kıyasla daha hızlı metabolize ettikleri; yaş ilerledikçe nikotini yavaş metabolize eden bireylerin sigarayı bırakma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.⁴⁵

Nikotin bağımlılığı kronik ve nükslerle seyreden bir hastalıktır, sigara içenlerin ortalama her 3.5 yılda bir sigara bırakma girişimleri olduğu ancak uzun dönem sigara bırakma oranlarının %20–25 civarında olduğu bilinmektedir.⁴⁷ Düşük öz saygı ve özgüven eksikliği gibi bazı davranışsal özelliklerin hem sigaraya başlama hem de sigara kullanımını sürdüren komorbid durumlar açısından risk oluşturduğu bilinmektedir.(Hughes, 1999) Sigaranın biyolojik etkileriyle ilişkili mekanizmalar, alkol ve diğer maddelerle birlikte kullanım örüntülerinin oluşmasında da rol oynamaktadır.^{30,46,48} Yoksulluk, bekar

ebeveynlik ve işsizlik gibi dezavantajlı sosyodemografik koşulların, sigaraya başlama ve bırakma gücünü açısından artmış riskle ilişkili olduğu; nikotine bağımlılık ve düşük eğitim düzeyinin sigara bağımlılığının en güçlü öngördürücüleri arasında yer aldığı belirtilmektedir.^{39,48,49}

Sosyal çevrenin etkisinin en belirgin olduğu grupların ergenler ve gençler olduğu; bu dönemde akran etkisinin sigaraya başlama davranışının en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu gösterilmiştir.^{39,42} Erken yaşta sigara denemelerinin yetişkinlikte bağımlılığa geçiş riskini artırdığı; sigaraya ne kadar erken başlanırsa bağımlılık riskinin o ölçüde yükseldiği bildirilmektedir.^{42,45} Yüksek genetik riske sahip bireylerde sigara davranışının ergenlik döneminde daha hızlı ilerlediği ve ağır içiciliğe geçişin daha sık görüldüğü belirtilmektedir.³⁸

Aile yapısı, ebeveynlerin özellikle annenin sigara kullanımı, düşük ebeveyn denetimi, sigara içen arkadaşlara sahip olma, davranışsal sorunlar, risk alma eğilimi, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi etmenlerin gençlerde sigaraya başlama olasılığını artırdığı; olumsuz çocukluk deneyimlerinin ise yetişkinlikte sigara bağımlılığı riskini yaklaşık iki katına çıkardığı bildirilmiştir.^{42,45,50} Stres, olumsuz duygulanım ve sosyal baskıların sigara kullanımını artırdığı; nikotin yoksunluk belirtilerinin nüks için güçlü bir risk faktörü olduğu ve düşük sosyoekonomik düzey ile sigaranın sosyal olarak kabul görmesinin önemli toplumsal risk etmenleri arasında yer aldığı vurgulanmaktadır.^{38,42,45}

Sigara bağımlılığının gelişiminde rol oynayan biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler ile bu süreçte tanımlanan risk faktörleri, sigara kullanımının yalnızca bir davranış örüntüsü değil, ciddi ve çok boyutlu sonuçlara yol açan bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu etmenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan sigara kullanımı, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde yaygın ve uzun vadeli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle sigara kullanımının sağlık üzerindeki sonuçları aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

2.1.4 SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigara içmenin her yıl yaklaşık 5 milyon ölüme neden olduğu ve bu sayının 2025 yılına kadar yılda 10 milyon sigara içicisine ulaşacağı tahmin edilmektedir.²⁹ Sigaranın koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, periferik

damar hastalığı, peptik ülser hastalığı ve akciğer kanseri başta olmak üzere çok sayıda hastalığın gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir.^{45,51} Ayrıca kanser, iskemik inme ve gebelik komplikasyonları gibi ciddi sağlık sorunlarıyla da ilişkili olduğu bildirilmektedir.^{17,45}

Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm ölümlerin yaklaşık %20'sinin sigaraya bağlı olduğu, bu ölümlerin üçte birinin kardiyovasküler ve serebrovasküler nedenlerle, üçte birinin kanserle ve yaklaşık beşte birinin solunum yolu hastalıklarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.²⁰ Sigara kullanımına bağlı kardiyovasküler komplikasyonlar arasında azalmış egzersiz toleransı ve göğüste sıkışma hissi yer almakta; koroner kalp hastalığı riskinin iki ila dört kat arttığı ve kadınların bu riskten daha fazla etkilendiği bildirilmektedir.^{20,45} Miyokard enfarktüsü riskinin alınan nikotin düzeyine bağlı olduğu, ancak günde bir ila dört sigara içmenin bile iskemik kalp hastalığından ölme riskini artırdığı gösterilmiştir.²⁰

Solunum sistemi hastalıkları açısından bakıldığında, sigaranın akciğer kanseri gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu 1950'li yıllarda doğrulanmış; ayrıca kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi akciğer hastalıklarına yol açtığı ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin %75'inden fazlasını oluşturduğu belirtilmiştir.^{20,29} Bunun yanında sigaranın, nörolojik açıdan duyuşsal, motor, dikkat, yürütücü işlev, öğrenme ve bellek gibi çeşitli bilişsel alanlarda bozulma ve gerileme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.⁵² Bu durumun, sigara kullanan bireylerde sigaraya başlama ve sürdürmede yatkınlık yaratabilecek bilişsel yetersizliklerle ilişkili olabileceği; nikotinin nörotoksik ve vasküler etkileri yoluyla doğrudan bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabileceği ve sigara kullanımının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu öne sürülmektedir.⁵²

Sigara içmenin yol açtığı diğer sağlık sorunları arasında gecikmiş yara iyileşmesi, osteoporoz, mide ve duodenum ülserleri, tip II diyabet ve üreme bozuklukları yer almaktadır.^{20,45} Sigara kullanımı kadınlarda infertiliteye yol açabilmekte; prematüre doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu, dış gebelik ve bebeklerde ağız-yüz yarıkları ile birlikte sigara içen annelerden doğan çocuklarda mental retardasyon, öğrenme güçlükleri ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu riskini artırmakta; erkeklerde ise sperm parametreleri ve cinsel işlev üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle fertilitiyi azaltmakta ve doğum defektleri ile düşük riskini yükseltebilmektedir.²⁰

Sigarayla ilişkili maligniteler arasında akciğer, larenks, orofarenks, özofagus, pankreas, mesane, böbrek, serviks, mide ve akut miyeloid lösemi yer almakta; tütün ve alkolün birlikte kullanılması durumunda larinks kanseri riskinin her iki maddeye tek başına maruz kalmaya kıyasla %75 oranında arttığı bildirilmektedir.²⁰

Nikotin bağımlılığı sonucunda ortaya çıkan yoksunluk döneminde irritabilite, anksiyete, huzursuzluk, depresif duygudurum, sedasyon, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk, somatik yakınmalar, artmış iştah ve kilo alımı gibi belirtiler görülebilmektedir.⁵¹ Bu belirtiler hem bağımlılık döngüsünü pekiştirmekte hem de bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.⁵¹ Kısa vadede tütüne bağlı morbidite ve mortalitedeki azalmanın temel belirleyicisinin, sigara içen bireylerin sigarayı bırakabilmesini sağlamak olduğu; sigarayı bırakmanın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri belirgin biçimde azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur.^{29,51}

Sigara kullanımının kardiyovasküler, solunumsal, nörolojik ve psikiyatrik alanlar başta olmak üzere çok sayıda sağlık sorunu ile ilişkili olduğu ve önemli bir morbidite ve mortalite yükü oluşturduğu görülmektedir. Bu olumsuz etkilerin büyük ölçüde önlenabilir olması, sigara bırakma girişimlerini bağımlılık tedavisinin temel hedefi haline getirmektedir. Bu doğrultuda, sigara bağımlılığının tedavisinde etkinliği gösterilmiş farmakolojik yaklaşımlar aşağıda özetlenmiştir.

2.1.5 FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Sigara bağımlılığında kullanılan farmakolojik tedaviler arasında, nikotin replasman tedavileri, bupropion, vareniklin ve diğer ajanlar bulunmaktadır. Neredeyse kullanılan tüm ilaçlar, bırakma oranını ikiye katlamaktadır ve birbirine üstünlüğü görülmemiştir.²⁰ Çoğu nikotin replasman tedavisi 6-12 hafta kullanılıp, 6 ila 24 hafta süren kademeli bir azaltma dönemi sonrasında kesilir.²⁰ Nikotin replasman tedavileri arasında nikotin bantları, nikotin sakızı, nikotin pastili, burun spreyi ve inhaler bulunur. Nikotin bantları 16 saatlik ve 24 saatlik olmak üzere ikiye ayrılır.³⁰ İki form arasındaki tek fark etki süreleridir. 24 saatlik formda genellikle 21 mg'lık form ile başlanıp 3-4 hafta sürelerle doz azaltılarak 6-14 hafta süreyle kullanılır, günde 10 ve daha az sigara içenler 14 mg ile de başlanabilir.^{5,20} En sık görülen yan etkileri lokal cilt reaksiyonlarıdır.³⁰ Nikotin sakızının dozlaması 2 ve 4 mg şeklindedir, günde 25 ve daha fazla sigara içenler için 4 mg, 25 altında içenlerde 2 mg

form ile başlanmaktadır. 1-2 saatte 1 ile başlanıp 4-8 saate kadar aralıklar artırılabilir.^{5,20} Genel olarak nikotin replasman tedavileri yakın dönemde kardiyovasküler olay ve aritmi tanıları olan kişilerde dikkatli kullanılmalıdır.

Dopamin, norepinefrin ve nikotinik kolinerjik reseptörleri etkileyen bupropion, istekleri ve yoksunluk semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilir.²⁰ Mezolimbik sistemde dopamin ve lokus seruleusta nöradrenalin geri alımını inhibe ederek yoksunluk etkilerini azalttığı tahmin edilmektedir.⁵ Hedef doz günde 300 mg'dır, hedef bırakma tarihinden 7 gün önce günde 150 mg ile başlanır; 3-4 gün sonra doz günde 300 mg'a çıkarılır.⁴⁹ En sık yan etkileri baş ağrısı ve uykusuzluktur, hipertansiyon ve epileptik nöbet ciddi yan etkilerindedir. Tedavi ortalama 8 hafta sürer, ancak 6 ay kadar sürdürülebileceğine dair bulgular mevcuttur.³⁰

Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ nöronal nikotinik asetilkolin reseptöründe kısmi agonist olarak etki etmektedir.²⁰ Hem sigara içme isteğini hem de yoksunluk belirtilerini hafifletir ve diğer ilaçların aksine, sigara içmenin pekiştirici/ödüllendirici etkisinden sorumlu dopaminerjik uyarımı bloke ederek nikotinin pekiştirici etkilerini azalttığı tahmin edilmektedir.²⁰ Başlandıktan 7-14 gün sonra belirlenen bırakma tarihinde sigara içimi sonlandırılır ve vareniklin devam ettirilir. Dozlaması 0.5 mg olarak başlar, 4. Günden itibaren 2x0.5 mg olarak düzenlenir, 8. Günden itibaren 2x1 mg olarak kullanılır ve tedavi 3 aya tamamlanır.⁵ En sık yan etkileri arasında bulantı, uykusuzluk, anormal rüya görme, baş ağrısı ve gastrointestinal yan etkiler bulunur, nöropsikiyatrik yan etkileri sebebiyle şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk hastalarında önerilmemektedir.⁵

Farmakolojik tedaviler sigara bırakma oranlarını artırmakla birlikte, nikotin bağımlılığının kronik ve nükslerle seyreden doğası, tedavi sürecinde yalnızca biyolojik mekanizmaların hedeflenmesinin çoğu zaman yeterli olmadığını göstermektedir. Özellikle bırakma girişimleri sırasında ortaya çıkan aşırma, motivasyon kaybı, olumsuz duygulanım ve bilişsel süreçler, tedavi başarısını belirleyen önemli etmenler arasında yer almaktadır. Bu nedenle sigara bağımlılığının anlaşılması ve etkin biçimde ele alınabilmesi için psikolojik ve bilişsel kuramsal yaklaşımların incelenmesi gerekmektedir.

2.2 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA PSİKOLOJİK VE BİLİŞSEL YAKLAŞIMLAR

2.2.1 BAĞIMLILIKTA PSİKOLOJİK KURAMLAR

2.2.1.1 SOSYAL ÖĞRENME KURAMI

Sosyal öğrenme ve bilişsel modellerde beklentiler, özyeterlilik, başa çıkma ve aşırma olmak üzere dört temel yapı bulunmaktadır.⁵³ Bu modellerde bireyin davranışlarının sonuçlarına ilişkin beklentileri ve bu beklentilerin bilişsel temsilleri, madde kullanım davranışının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde belirleyici rol oynamaktadır.

Sonuç beklentisi, kişinin belirli bir davranışının olumlu sonuçlara yol açacağına dair tahmini olarak tanımlanmaktadır.⁵⁴ Kişi sigara içmenin stres ve olumsuz duyguları azaltma, sosyal etkileşimi kolaylaştırma ve kilo kontrolü sağlama gibi olumlu sonuçlar doğuracağına yönelik beklentilere yöneldiğinde madde arama davranışı artmakta; bu beklentiler madde deneyiminden önce gelişmekte ve bağımlılık ilerledikçe sigarayla ilişkili olumlu beklentilerin büyüklüğü artmaktadır.⁵³

Özyeterlilik, bireyin belirli davranışları organize edip sürdürebileceğine dair inancı olarak tanımlanmakta; bu inanç davranış alanlarına göre değişmekte ve hedef belirleme, çaba düzeyi ile engeller karşısındaki ısrarı etkilemektedir.⁵³ Bağımlılık bağlamında özyeterlilik genellikle riskli durumlarda sigaradan kaçınma kapasitesi üzerinden ele alınmakta, tütün bağımlılığının temel bileşenlerinden biri olarak görülmekte ve bağımlılık arttıkça sigaradan kaçınmaya yönelik güven azalmaktadır.⁵³

Sosyal öğrenme kuramına göre bireyler, başkalarının davranışlarını gözlemleyerek bilgi edinmekte, davranışlarının olası sonuçlarını zihinsel olarak temsil etmekte ve bu süreçte özyeterlilik algıları şekillenmekte; özyeterlilik davranışın hem öğrenilmesi hem de sürdürülmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır.⁵⁴ Sigara içme davranışının sürdürülmesinde çevresel ipuçları ve tekrarlayan öğrenme süreçlerinin etkisiyle sigara ile ilişkili uyaranların koşullanmış tepkilere dönüşmesi ise davranışsal koşullanma modelleri kapsamında ele alınmaktadır.⁵³

Sosyal öğrenme kuramı, sigara içme davranışının beklentiler ve özyeterlilik algıları üzerinden nasıl şekillendiğini açıklarken, bu davranışın zaman içinde nasıl otomatikleştiğini açıklamak için davranışsal koşullanma süreçlerine odaklanmak gerekmektedir. Özellikle sigara ile ilişkili çevresel ipuçlarının tekrar eden kullanım yoluyla

koşullu uyaranlara dönüşmesi, bağımlılığın sürdürülmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda davranışsal koşullanma modelleri sigara içme davranışının öğrenilmiş yönlerini ayrıntılı biçimde ele almaktadır.

2.2.1.2 DAVRANIŞSAL KOŞULLANMA MODELLERİ

Bağımlılık davranışının çevresel uyaranlarla eşleşmesi sonucunda sigara içme davranışı otomatikleşir ve sigara ile ilişkili ipuçları koşullu uyaranlara dönüşür. Bu durum sigaranın yokluğunda bile ortaya çıkabilir. Bu koşullanmış tepkiler aşermenin ortaya çıkmasını sağlar ve sigara kullanımını pekiştirir.⁵³ Kişilerin uzun süre sigara içmemiş olsalar bile sigara ile eşleşmiş ipuçlarına maruz kaldıklarında güçlü bir aşerme yaşayabildiği, bunun da koşullanmanın bir sonucu olduğu belirtilmektedir. Sigara içiminin sık olması ve duyuşsal/çevresel uyaranla eşleşmesi, koşullanmanın daha hızlı ve güçlü şekilde oluşmasına yol açar; bu durum sigaranın yalnızca biyolojik etkilerle değil öğrenilmiş çevresel bağlamlarla da sürdürüldüğünü göstermektedir.⁵³

Koşullanmış uyaranlara verilen aşerme yanıtı, sigara içme davranışının otomatikleşmesine katkıda bulunur. Aşerme yalnızca bir istek değil, koşullanmış bir tepkidir; kişinin bu tepkiden kaçınması ancak sigara içme davranışını engelleyen unsurların varlığıyla mümkün olabilir ve bu durum sigara bırakma girişimlerinin neden zor olduğunu açıklar.⁵³ Bilişsel işleme modelinde sigara davranışı zaman içinde otomatikleşmiş davranış örüntüleri haline gelir ve belirli koşullu uyaranlarla tetiklenir.⁵⁵ Hemen hemen tüm madde bağımlılığı modelleri, tekrarlayan madde kullanımının öğrenilmiş bir davranış olduğu varsayımıyla başlar. En yaygın olarak klasik koşullanma veya edimsel koşullanmalar öne sürülür. Öğrenme süreçleri, bırakma süreci sona erdikten sonra bile nüksetme riskinin devam etmesi ve çevresel uyaranların aşerme ve madde kullanımını tetikleme yeteneği gibi olguları açıklamada temel bir yere sahiptir.⁵⁶

Negatif pekiştirme modelleri, sigara bağımlılığının bağımlı kişinin olumsuz durumlardan kaçınma girişimiyle kontrol edildiği ortak fikrini paylaşır. Eissenberg, negatif pekiştirme modellerini temel çekilme, koşullu çekilme, kendi kendine tedavi ve karşı süreç şeklinde dört türe ayırmıştır.⁵⁷ Kendi kendine tedavi modeli haricindeki bu modellerde, madde kullanımını tetikleyen olumsuz durumların tekrarlayan nikotin maruziyetinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı; madde bırakıldığında olumsuz durumların

daha çok belirginleştigi ve bu durumlardan kaçınmanın sürekli kullanımını motive ettiği belirtilmektedir.⁵⁶ Kendi kendine tedavi modelleri dışındaki negatif pekiştirme modellerine göre bağımlılığın ortaya çıkması, kaçınılan durumun büyüklüğü ve kaçınma öğreniminin gücünün ortak bir işlevidir. Temel çekilme modelleri ise sigara kullanan kişinin yeterli doz ve sıklıkta nikotine maruz kalmaması durumunda yoksunluk yaşamayacağını ve dolayısıyla bu durumdan kaçınmanın kullanımını motive etmeyeceğini varsayar.⁵⁶

Pozitif pekiştirme modellerine göre nikotinin anlık etkileri sigara içme davranışını desteklemekte ve nikotin zamanla sürekli kullanımını motive eden birincil pozitif pekiştirici olarak işlev görmektedir. Glautier, pozitif pekiştirme modellerini edinilmiş, ekonomik, özkontrol ve biyolojik modeller olarak dört alt başlıkta ele almakta; bu modeller nikotinin pekiştirici etkinliği, pekiştiriciye ulaşmak için harcanan çaba, nikotinin diğer ödüllere göre tercih edilmesi ve bu süreçlerin nörofizyolojik temellerine odaklanmaktadır.⁵⁸ Tüm bu modeller, bağımlılığın sürekli bir süreç olduğunu, nikotinin erken kullanım dönemlerinde bile davranış üzerinde güçlü bir kontrol sağlayabildiğini ve yoksunluğun tolere edilememesinin pekiştirme süreçlerini güçlendirdiğini varsaymaktadır.⁵⁶

Sigara içme davranışı, koşullanma süreçleri yoluyla öğrenilen ve maddenin farmakolojik etkileriyle pekiştirilen bir davranış olup, çevresel ipuçları, duyuşsal uyarılar ve olumsuz duygulanım sigara içme isteğini artırmaktadır.⁶ Hızlı nikotin emiliminin yarattığı nikotin düzeyi dalgalanmalarıyla sigara içme davranışı olumlu sonuçların elde edilmesi ya da olumsuz duyguların giderilmesi amacıyla sürdürülmekte ve sigarayı sürdürme ya da bırakma kararı ödüllendirici ve cezalandırıcı faktörlerin dengesine bağılı olarak şekillenmektedir.^{6,15}

Koşullanma modelleri sigara içme davranışının otomatikleşmiş yönlerini ve çevresel tetikleyicilerle ilişkisini açıklamakta; ancak bireyin sigarayı sürdürme ya da bırakma yönündeki karar süreçlerini tek başına yeterince açıklayamamaktadır. Bu noktada bireyin değışim motivasyonu, ambivalansı ve bırakma konusundaki kararlılığı ön plana çıkmaktadır. Motivasyonel modeller, bu karar süreçlerini anlamaya yönelik tamamlayıcı bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

2.2.1.3 MOTİVASYONEL MODELLER

Motivasyonel görüşme, davranış değişimine ilişkin ambivalansı keşfetmeye ve çözmeye yardımcı olmayı amaçlayan, kişi merkezli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.⁵⁹ Motivasyonel modelde değişim motivasyonu ve özellikle özyeterlilik, bağımlılık davranışının başlangıcı, sürdürülmesi ve bırakılması üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır, bireylerin sigarayı bırakma konusunda motivasyonlarını ve özyeterlilik algılarını güçlendirmek hedeflenmektedir.^{53,59} Özyeterlilik, bireyin sigara içmeme davranışını sürdürebileceğine ilişkin inancını kapsamakta, davranış değişikliğinin tüm aşamalarını etkilemekte ve sigara kullanım sıklığı arttıkça bu inanç zayıflamaktadır, bu nedenle motivasyonel modellerde hem bağımlılığın şiddetini yansıtan bir gösterge hem de değişim kapasitesinin temel bir belirleyicisi olarak ele alınmaktadır.⁵³ Sigara içmeye devam etme ya da bırakma kararı ise sigara içmeyi ödüllendiren ve cezalandıran faktörlerin dengesine bağlı olup, bu dengede nikotinin farmakolojik etkileri merkezi bir rol oynamaktadır.⁶

Sigara içmeye devam etme ya da bırakma kararının, sigara içmeyi ödüllendiren ve cezalandıran faktörlerin dengesinden etkilenmesi, motivasyonel modellerin temel varsayımını oluşturmaktadır.⁶ Bu motivasyonel dengenin davranış seçimlerine nasıl yansıdığı ve kısa vadeli ödüllerin karar verme süreçlerinde nasıl önceliklendirildiği, davranışsal ekonomi ve karar verme modelleri kapsamında ele alınmaktadır.⁵³

Motivasyonel modeller, sigara içmeye devam etme ya da bırakma kararının ödüllendirici ve cezalandırıcı faktörlerin dengesiyle şekillendiğini vurgulamaktadır. Ancak bu dengenin karar verme süreçlerinde nasıl değerlendirildiği ve kısa vadeli kazanımların uzun vadeli maliyetler karşısında nasıl önceliklendirildiği, daha ayrıntılı bir açıklama gerektirmektedir. Bu noktada davranışsal ekonomi ve karar verme modelleri, bireylerin sigara kullanımına ilişkin seçimlerini bilişsel bir çerçevede ele almaktadır.

2.2.1.4 DAVRANIŞSAL EKONOMİ & KARAR VERME

Beklentiler, davranış seçimini yönlendiren bilişsel yapılardan biridir. Kişi sigaranın stres azaltacağına, sosyal etkileşimi kolaylaştıracağına veya olumsuz duygulanımı azaltacağına inanabilir, bu inançlara dayanarak sigarayı kısa vadeli yarar sağlayan bir seçenek olarak değerlendirirse, bu süreç davranışsal ekonominin “kısa vadeli ödüllerin uzun vadeli maliyetler karşısında aşırı değerlendirilmesi” ilkesine karşılık gelir.⁵³

Sigara deneyimi arttıkça sigara içme davranışı hem bilişsel hem motor düzeyde daha bütünleşik hale gelirken davranış üzerindeki bilinçli kontrol azalır.⁵⁵ Bu durum, kararların giderek daha az bilişsel çaba gerektiren otomatik davranışlara dayandığını gösterir. Sigara içiminin başladığı erken dönemlerde sigara içme davranışı daha değişken ve düzensizken, bağımlılık arttıkça bu davranışlar daha tekrarlayıcı hale gelir. Bu durum “davranışın sabitlenmesi” olarak yorumlanır ve davranışsal ekonomi alanyazında tanımlanan ödül değerinin artması ve alternatif davranışların değerinin düşmesi süreçleriyle uyumludur.⁵³

Sigara içmeye devam etmek ya da bırakmak, her iki yöndeki motivasyonların karşılaştırması sonucunda belirlenir.⁶ Sigara içmeyi sürdürmeye yönelik motivasyonlar arasında sigaranın sağladığı haz, bilişsel yararlar, kilo kontrolü, yoksunluk rahatsızlığından kaçınma, sosyal baskılar ve koşullanmış çevresel ipuçları yer alır. Bırakma yönündeki motivasyonlar sağlık kaygıları, ekonomik maliyetler ve sosyal baskılar gibi unsurlardan oluşur.⁶ Sigara içmek, olumlu pekiştirici sonuçlar ile olumsuz pekiştirici sonuçlar üzerinden iki temel motivasyon biçiminde sınıflandırılır; karar verme süreci kişinin sigaradan elde ettiği anlık olumlu etkiler ile yoksunluktan kaçınma motivasyonunun ağırlığına bağlıdır.¹⁵ Bu nedenle bireylerin sigarayı hangi pekiştirme türüyle sürdürdüğü, sigara tüketimlerinin zaman içindeki örüntülerini de belirlemektedir.¹⁵

Davranışsal ekonomi yaklaşımları, sigara içme davranışının ödül değerleri ve alternatif davranışların görece cazibesi üzerinden nasıl şekillendiğini açıklamaktadır. Bununla birlikte, sigara kullanımının sıklıkla duygusal durumlarla yakından ilişkili olduğu ve bireylerin sigarayı bir duygu düzenleme aracı olarak kullandıkları bilinmektedir. Bu nedenle sigara içme davranışının duygusal bağlamını açıklayan duygu düzenleme modelleri ayrıca ele alınmalıdır.

2.2.1.5 DUYGU DÜZENLEME MODELLERİ:

Sigara kullanımı sıklıkla olumsuz duygulanımı azaltmak veya olumlu duygulanımı artırmak amacıyla kullanılmaktadır; bu doğrultuda kişiler sigaranın sıkıntı hissini azaltma, rahatlama sağlama, moral yükseltme, dikkat artırma gibi işlevlerine inanabilirler. Bu beklentiler davranışı sürdürmede güçlü bir motive edici rol oynar ve sigaranın duygusal

düzenleme aracı olarak kullanılmasını pekiştirir; bu yön özellikle ergenlik yıllarında başlama ve sürdürmede etkili olabilmektedir.⁵³

Stresin yarattığı olumsuz duygulanımı azaltmak için bireyler sigaraya yönelir. Bu duygusal düzenleme işlevleri olumsuz duygulanımı azaltma, olumlu duygulanımı artırma ve dikkati dağıtarak içsel stresi hafifletme olarak üç ana kategoriye ayrılır; bu yönleriyle sigara kişinin kendi duygularını düzenlemek için kullandığı hızlı, kolay erişilebilir ve kısa vadede etkili görünen bir araç hâline gelir.⁵³

Nikotinin dikkat artırıcı etkileri, sigaranın bir tür “bilişsel performans düzenleme” aracı olarak kullanılmasına yol açabilir. Ancak kişi sigarayı stresli bir durumda etkili bir çözüm olarak görmeye başladığında, aktif başa çıkma stratejileri gelişmeyebilir. Bu durumda da stres yönetimi becerileri azalıp bağımlılık pekişebilir.

Aşerme, genellikle olumlu duygulanım beklentisi veya olumsuz duygulanımı azaltma isteğiyle tetiklenen bir süreçtir. Tiffany'nin bilişsel işleme modeline göre aşermeler, otomatikleşmiş sigara içme ritüellerinin engellenmesiyle ortaya çıkar ve kişide duygusal sıkıntı artarak sigara içme davranışına yönelmiş olur.⁵⁵ Sigara içen kişiler sigaranın haz, uyarılma ve rahatlama sağladığını bildirirler; ayrıca sigaranın dikkati iyileştirebildiği ve bazı görevlerde performansı artırabildiği ifade edilmektedir. Bunun yanında sigara içenlerin sıkıntı, kaygı ve stres gibi olumsuz duygulanımların azaldığını belirtmeleri nikotinin duygudurum düzenleyici etkilerine işaret etmektedir. Yoksunluk döneminde ise irritabilite, huzursuzluk, anksiyete, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, iştah artışı ve sigara içme isteği gibi belirtiler ortaya çıktığı ve sigara içmenin bu belirtileri gidererek olumsuz duygulanımdan kaçınma yoluyla pekiştirildiği ifade edilmektedir.⁶

Sigara içme hem olumlu duygu oluşturma hem de olumsuz duygu azaltma işlevleriyle sürdürülebilir. Olumsuz pekiştirmesi yüksek kişilerde sigara içmenin yoksunluk belirtilerini sonlandırma ya da azaltma işlevi üzerinden görüldüğü bilinmektedir. Bu çerçevede, olumsuz pekiştirme ile sigara içen kişilerin sigara davranışının daha düzenli aralıklarla sürdüğü, çünkü davranışın fizyolojik yoksunluk süreçleri tarafından şekillendiği belirtilmektedir.¹⁵

Duygu düzenleme modelleri sigara kullanımının olumlu ya da olumsuz duygulanımı düzenleme işlevine odaklanırken, bireyin bu süreci nasıl değerlendirdiği ve

bu değerlendirmelere ilişkin inançları da bağımlılığın sürdürülmesinde belirleyici olabilmektedir. Özellikle sigaranın bilişsel ve duygusal süreçler üzerindeki etkilerine ilişkin inançların, sigara içme davranışını yönlendirdiği görülmektedir. Bu bağlamda üstbilişsel kuram, sigara bağımlılığını bireyin kendi düşüncelerine ve bilişsel süreçlerine ilişkin inançları üzerinden açıklayan özgül bir yaklaşım sunmaktadır.

2.2.1.6 ÜSTBİLİŞSEL KURAM

Üstbilişsel psikopatoloji modelinde, psikolojik işlev bozukluklarının bireyin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki işlevsiz üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.^{60,61} Üstbilişler, bireyin kendi bilişsel sistemine, bu sistemin işleyişine ve düzenlenmesine ilişkin bilgi ve inançlarını ifade etmekte olup, Wells'e⁶² göre olumlu ve olumsuz olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişler içsel olayları kontrol etmeye yönelik stratejilerin yararlı olduğuna dair inançları kapsarken, olumsuz üstbilişler düşüncelerin anlamı, kontrol edilebilirliği ve tehlikeliliğine ilişkin inançları içermektedir. Bu çerçevede üstbilişlerin psikopatolojinin sürdürülmesinde merkezi bir rol oynadığı belirtilmektedir.¹⁰

Sigara kullanımı bağlamında yapılan çalışmalar, üstbilişlerin nikotin kullanımı ve bağımlılığıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir.^{10,11} Sigaraya ilişkin olumlu üstbilişler, sigaranın bilişsel ve duygusal düzenleme işlevi gördüğüne dair inançlar olarak kavramsallaştırılmaktadır.¹⁰ Bu inançlar, sigara içmenin düşünmeyi kolaylaştırdığı ya da duygusal baskıyı azalttığı yönündeki değerlendirmeleri içermekte ve bireyi sigara içmeye motive eden temel mekanizmalardan biri olarak ele alınmaktadır.⁶³ Buna karşılık olumsuz üstbilişler, sigara içme davranışının ve sigara ile ilişkili düşüncelerin kontrol edilemez olduğuna ya da bireyin bilişsel işlevselliğini ve benlik algısını olumsuz etkilediğine ilişkin inançları kapsamaktadır.¹⁰

Üstbilişsel kuram, sigara içme davranışını doğrudan motivasyonel nedenler ya da duygulanım düzenleme işlevleri üzerinden değil, bireyin sigara ile ilişkili düşüncelerini nasıl değerlendirdiği ve bu düşünceler üzerinde ne ölçüde kontrol sahibi olduğuna dair inançları üzerinden açıklamaktadır.^{62,63} Motivasyonel modeller sigara içmenin ödüllendirici ve cezalandırıcı yönlerine, duygu düzenleme modelleri ise sigaranın olumsuz duygulanımı azaltma işlevine odaklanırken; üstbilişsel kuram bu süreçlerin sigaraya ilişkin

olumlu ve olumsuz üstbilişler aracılığıyla nasıl sürdürüldüğünü ele almaktadır.^{10,64} Bu yönüyle üstbilişsel yaklaşım, sigara kullanımının sürdürülmesinde bilişsel içerikten ziyade bilişsel süreçlerin değerlendirilmesine odaklanan özgül bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

64

Sigara içme isteği ve aşermeye ilişkin üstbilişsel inançların sigara davranışının sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir.⁶⁵ Aşermeye ilişkin olumsuz üstbilişlerin aşerme şiddeti ve sigara kullanımının sürmesiyle ilişkili olduğu; buna karşılık sigarayı bırakmayı başaran bireylerde aşermeye ilişkin üstbilişlerde azalma görüldüğü belirtilmektedir.⁶⁵⁻⁶⁷ Bu bulgular, sigara bağımlılığının üstbilişsel kuram çerçevesinde bireyin sigara ile ilişkili düşüncelerini ve bu düşünceler üzerindeki kontrol algısını nasıl değerlendirdiğine bağlı olarak sürdürülebileceğini göstermektedir.⁶⁵

Psikolojik kuramlar sigara içme davranışını öğrenme, motivasyon ve duygusal süreçler, üstbilişsel kuramlar üzerinden açıklamakta; ancak bu süreçlerin klinik uygulamada nasıl hedefleneceğine ilişkin daha yapılandırılmış bir çerçeve gerekmektedir. Bilişsel davranışçı model, bu kuramsal yaklaşımları bütüncül bir biçimde ele alarak, sigara içme davranışının bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerini aynı anda hedeflemeyi mümkün kılmaktadır. Bu nedenle sigara bağımlılığında bilişsel davranışçı model, hem kuramsal hem de klinik açıdan merkezi bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır.

2.2.2 BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL

Bağımlılık tedavi açısından klinik uygulamada çoğu zaman farmakolojik tedavilerle sınırlı kalındığı ve psikososyal yaklaşımların tedavinin merkezinde yeterince yer almadığı bildirilmektedir.^{5,68} Sigara içme davranışının sürdürülmesinde yalnızca biyolojik bağımlılık süreçlerinin değil, bireyin sigarayla ilişkili bilişsel ve duygusal değerlendirmelerinin de önemli rol oynadığı belirtilmektedir.⁶⁹ Sigara içmenin öğrenilmiş bir davranış olduğu ve sigara içmemenin de öğrenilebileceği kabulü, tedavide bilişsel yeniden yapılandırma ile davranışsal beceri eğitimi ve uyaran kontrolünü birlikte hedefleyen yaklaşımları desteklemektedir.⁵

Bilişsel davranışçı model, bilişsel ve davranışçı yaklaşımları bir araya getiren bir model olup, psikopatolojinin sürdürülmesinde bireyin yaşantılar karşısında geliştirdiği

öğrenilmiş davranış örüntüleri ve bunlarla ilişkili bilişsel süreçlerin etkili olduğunu savunur, bunun sonucunda da sosyal öğrenme ve bilişsel perspektiflerin bütüncül biçimde ele alır.⁷⁰ Bu doğrultuda model, sigara içme davranışını bireyin risk algıları, duygusal tepkileri ve davranışsal niyetleri arasındaki karşılıklı etkileşim üzerinden açıklamakta; bilişsel değerlendirmeler, bu değerlendirmelere eşlik eden duygusal tepkiler ve tekrarlayan davranış örüntülerinin sigara kullanımının başlatılması ve sürdürülmesinde merkezi rol oynadığını vurgulamaktadır.^{69,71} Sigara bırakma ve nüks süreçlerini bireyin bilişsel değerlendirmeleri, bu değerlendirmelere eşlik eden duygusal tepkiler ve başa çıkma davranışları arasındaki etkileşim üzerinden ele alınmakta; bu süreçlerde özyeterliliğin, yani bireyin sigaradan uzak durabileceğine ilişkin inancının, bırakma girişimlerinin sonucu açısından merkezi bir değişken olduğu vurgulanmaktadır.⁷²⁻⁷⁴ Bu modele göre düşünceler, duygular ve davranışlar karşılıklı olarak birbirini etkilemekte; işlevsel olmayan bilişsel şemalar sağlık davranışlarının sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.⁷⁵

Bilişsel davranışçı model, sigara içme davranışını bireyin yaşantıları karşısında geliştirdiği bilişsel değerlendirmeler, bu değerlendirmelere eşlik eden duygusal tepkiler ve tekrarlayan davranış örüntülerinin etkileşimi üzerinden açıklamaktadır. Bu çerçevede, sigara içme davranışının bilişsel düzeyde hangi yapılara dayandığının ayrıntılı biçimde incelenmesi, modelin anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle sigara içme davranışının bilişsel bileşenleri aşağıda ele alınmaktadır.

2.2.2.1 SİGARA İÇME DAVRANIŞININ BİLİŞSEL BİLEŞENLERİ

Bilişsel modele göre ruhsal sorunlar, bireylerin kendileri ve diğerleriyle ilgili hatalı düşüncelerinden kaynaklanmakta; otomatik düşünceler, bireyin farkında olmadan olaylara verdiği duygusal tepkilerin şiddetini belirlemektedir.⁴⁴ Bilişsel kuram, uyaran ile davranış arasında yer alan bilişsel yapı ve süreçlerin belirleyici olduğunu; bireyin karşılaştığı durumları bilişsel şemalar aracılığıyla değerlendirdiğini ve bu değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkan otomatik düşüncelerin duygusal ve davranışsal tepkileri şekillendirdiğini vurgulamaktadır.⁷⁰ Bu çerçevede düşünceler, duygular ve davranışlar karşılıklı olarak birbirini etkilemekte; otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar bu bilişsel yapının temel bileşenlerini oluşturmaktadır.⁷⁶ Temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler birbiriyle bağlantılı bir yapı oluşturmakta; otomatik düşünceler ile duygu ve davranışlar karşılıklı olarak etkileşmektedir.⁷⁷ Bilişsel davranışçı terapi, otomatik

düşünceleri saptayarak ara ve temel inançlara ulaşmayı ve bu inançların daha işlevsel ve gerçeğe uygun biçimde yeniden yapılandırılmasını amaçlamaktadır.⁷⁷

Otomatik düşünceler, genellikle duygusal sıkıntı anlarında ortaya çıkan, zihinden kendiliğinden ve hızlı biçimde geçen bilişler olarak tanımlanmaktadır.⁷⁸ “Şu an sigarasız olmakla baş edemem” gibi ifadeler, bireyin deneyimlediği bu otomatik düşüncelere örnek teşkil etmektedir. Bu bağlamda şemalar, bireyin temel inançlarını temsil etmekte; işlevsiz şemaların etkinleşmesi dikkat, bilgi işleme ve anlamlandırma süreçlerinde yanlılığa yol açarak psikopatolojinin ortaya çıkışı ve sürdürülmesiyle ilişkilendirilmektedir.⁷⁰

Bilişsel model, madde kullanım bozukluklarında düşünceler ile bağımlılık davranışı arasında yakın bir ilişki olduğunu ve tedavinin temel hedeflerinden birinin işlevsel olmayan inançlar ile bilişsel çarpıtmaların değiştirilmesi olduğunu ileri sürmektedir.⁷⁹ Araştırmalar, sigara içen bireylerin bilişsel süreçler aracılığıyla sigara içme davranışını sürdürdüğünü göstermektedir.⁸⁰ Bu bağlamda, madde kullanımını ve nüksü sürdüren bilişsel süreçlerin özellikle temel inançlar düzeyinde ele alınması gerektiği; tedavide amacın bireyin madde kullanımına ve aşermeye temel oluşturan bu inançlara erişmesini ve onları sorgulamasını sağlamak olduğu vurgulanmaktadır.⁸¹ Temel inançların, otomatik düşüncelerin altında yer alan, daha soyut ve genellikle sorgulanmadan doğru kabul edilen bilişsel yapılar olduğu; kullanım süresi arttıkça bu inançlarla özdeşleşmenin güçlendiği belirtilmektedir.⁸¹ Tedavi arayan bireylerde, sigara içme ve sigarayı bırakmaya ilişkin ya hep ya hiç düşünme biçiminin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış; bu durum sigara bırakmanın “tam başarı ya da tam başarısızlık” şeklinde değerlendirilmesine yol açan katı bilişsel şemalara işaret etmiştir.⁷⁵

Sigara risk algılarına ilişkin araştırmalarda özellikle üzerinde durulan kavramlardan biri iyimser yanlılıktır. İyimser yanlılık olarak tanımlanan bilişsel eğilimin, bireylerin sigara içmenin risklerini kendileri için başkalarına kıyasla daha düşük algılamalarıyla karakterize olduğu; bu durumun davranış değişimini zorlaştırdığı ve hem ergenlerde hem de yetişkinlerde görüldüğü, ancak ergen sigara içicilerinde daha belirgin olduğu bildirilmektedir.^{80,82} Ergen sigara içicilerin %60’ı ve yetişkin sigara içicilerin %48’i, birkaç yıl sigara içip istedikleri zaman bırakabileceklerine inandıklarını ifade etmiş; bu oranların sigara içmeyenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir, bu bulgular kontrol yanlısaması ve kişisel dokunulmazlık inancının sigara içme davranışının

sürdürülmesinde önemli bilişsel bileşenler olduğunu düşündürmektedir.⁸² Ergen sigara içicilerin, kısa vadede sigaranın zararsız olduğu ve bağımlılığın kolayca önlenebileceği inancını daha sık taşıdıkları; bu bilişsel yapının sigara denemelerini ve düzenli kullanıma geçişi kolaylaştıran yüksek riskli bilişsel durumlar arasında yer aldığı belirtilmektedir. Sigaranın zararlarının gecikmeli olduğu yönündeki bilişsel değerlendirmelerin, bireyin mevcut riskleri göz ardı etmesine yol açarak sigara içmeyi sürdürmesine katkıda bulunduğu; bu tür değerlendirmelerin yüksek riskli durumlarda sigara içme davranışını tetikleyen önemli unsurlar arasında yer aldığı belirtilmektedir.^{69,71,80,82}

Sigara içme davranışını sürdüren otomatik düşünceler, ara ve temel inançlar, bireyin sigaraya ilişkin riskleri nasıl değerlendirdiğiyle yakından ilişkilidir. Özellikle sağlık risklerine yönelik bilişsel değerlendirmelerin niteliği, sigara içmeye devam etme ya da bırakma kararlarında belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda risk algısının bilişsel davranışçı model içindeki yeri ayrıca ele alınmalıdır.

2.2.2.2 RİSK ALGISI

Risk algılarının, sigara içmeye başlamada ve sigara içmenin sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.⁸² Risk algısı, bireyin karşılaştığı durumlara ilişkin bilgileri nasıl işlediği, değerlendirdiği ve bu değerlendirmeler doğrultusunda beklenti ve kararlarını nasıl oluşturduğuyla yakından ilişkilidir. Sigara içme davranışı da bireyin nikotin bağımlılığına ve sigaranın etkilerine ilişkin sahip olduğu bilişsel değerlendirmelerle bağlantılıdır.⁶⁹ Bu bağlamda sigaranın keyif verici olduğu ya da sosyalleşmeyi kolaylaştırdığına dair inançlar kullanımın sürdürülmesine katkıda bulunurken, sigaranın zararlarına ilişkin bilişsel değerlendirmelerin güçlenmesi bırakma davranışını destekleyebilmektedir. Sigara içme davranışının bilişsel boyutunda risk algısı ve riskin nasıl temsil edildiği merkezi bir rol oynamakta; bilişsel değerlendirmelerin yanı sıra risk algısının sigara bırakma niyeti üzerinde belirleyici olduğu gösterilmektedir.^{69,71}

Sigara içme davranışında risk algısı, özellikle sağlık risklerinin nasıl algılandığı, değerlendirildiği ve zamansal olarak nasıl ertelendiğiyle ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda, sigara içen genç yetişkinlerin nikotin bağımlılığının kaçınılmaz olduğuna dair inançlarının ve sigaranın zararlarının gecikmeli ortaya çıkacağı yönündeki değerlendirmelerinin risk algısını azalttığı; bu durumun sigara içme davranışının sürdürülmesine katkıda bulunduğu

gösterilmiştir.^{69,80} Araştırmalar, sigara içen bireylerin kendi akciğer kanseri risklerini ortalama bir sigara içiciye kıyasla daha düşük algıladıklarını ve gerçek risk farkını bilişsel olarak küçümsediklerini; ergenler arasında kızlarda sigaranın kilo vermeye yardımcı olduğu inancının daha yaygın olduğunu bildirmektedir, bu durum sigaranın sağlık zararlarına yönelik risk algısında sistematik bir bilişsel çarpıtmanın varlığına işaret etmektedir.^{80,83}

Risk algısına eşlik eden bilişsel çarpıtmalar, sigara içme davranışının sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle sigara içen ergenlerde kısa vadeli risklerin inkâr edilmesinin duygusal rahatlatma işlevi gördüğü; sigara içmenin hemen ardından bir zarar algılanmamasının güvenlik ve rahatlama hissini pekiştirerek davranışın sürdürülmesini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir.⁷¹ Kısa vadeli risklerin reddedilmesi, kaygı uyandırıcı bilişsel değerlendirmelerin bastırılmasıyla ilişkili bir süreç olarak ele alınmaktadır.⁷¹ Bu bulgular, sigara içme davranışının yalnızca bilgi eksikliğiyle değil, işlevsel olmayan bilişsel inançlarla sürdürüldüğünü ve davranış devam ettikçe bu inançların sigara kullanımını meşrulaştıracak biçimde yeniden yapılandığını düşündürmektedir.⁸³

Bilişsel düzeyde riskin küçümsenmesinin, sigara içmenin sürdürüldüğü bağlamların “yüksek riskli” olarak algılanmasını engellediği gösterilmiştir.⁸⁰ Sigaranın zararlarının egzersiz, vitamin kullanımı ya da sağlıklı yaşam tarzı ile dengelenebileceğine dair inançlar; kısa süreli kullanımın zararsız olduğu düşüncesi veya akciğer kanserinin büyük ölçüde genetik olduğu yönündeki kabuller, sigara içilen bağlamların tehdit edici olarak değerlendirilmesini zayıflatmaktadır.⁸⁰ “Bir sonraki sigara”ya ilişkin risk algısının düşüklüğü, sigara içme davranışının tetiklenmesine katkıda bulunan önemli bir bilişsel zemin olarak ele alınmaktadır.⁷¹ Özellikle kısa vadeli güvenlik inancı, sigara içmenin hemen ardından zarar görülmeyeceği beklentisiyle güçlenmekte ve bireyin sigaraya yönelmesini kolaylaştıran yüksek riskli bilişsel durumlar arasında yer almaktadır.⁷¹

Sigara içen bireyler, bilişsel çarpıtmalar aracılığıyla riskleri gerekçelendirmekte ve bilişsel uyumsuzluğu azaltmaya çalışmakta; “İstediğim zaman bırakabilirim” ya da “sigaranın olumlu etkileri zararlarından fazladır” gibi düşünceler davranışın sürdürülmesini kolaylaştırmaktadır.^{80,84} Bu süreçte risk bilgisi otomatik olarak göz ardı edilmekte ve davranış değişikliği gerçekleşmemektedir.^{84,85}

Risk algısı yalnızca bilişsel bir değerlendirme süreci olmayıp, bireyin duygusal tepkileriyle de yakından ilişkilidir. Sigaranın risklerine ilişkin bilişsel çarpıtmalar, çoğu zaman kaygıyı azaltma ve duygusal rahatlama işlevi görmekte; bu durum sigara içme davranışının sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle sigara içme davranışında duyguların rolü bilişsel çerçeve içinde ayrıca ele alınmaktadır.

2.2.2.3 DUYGULAR VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI

Nikotin bağımlılığı, tekrarlayan nikotin maruziyeti sonucunda gelişen nöroadaptasyonlar ve bu süreçlere eşlik eden öğrenilmiş davranış örüntüleri üzerinden ele alınmaktadır.⁴⁵ Nikotinin güçlü bir psikomotor uyarıcı olduğu; ödüllendirici etkisinin kısa sürede ortaya çıktığı, nikotin düzeyinin azalmasıyla ise sıkıntı ve yoksunluk belirtilerinin geliştiği belirtilmektedir.⁸⁶ Yoksunluk belirtilerinden kaçınmanın sigara içme davranışının devamında merkezi rol oynadığı vurgulanmakta; nikotin yoksunluğunun yarattığı bilişsel ve duygusal sıkıntının sigara içme davranışını kısa vadede rahatlatıcı bir çözüm olarak güçlendirdiği ve davranışın yeniden öğrenilmesine ve pekişmesine yol açtığı ifade edilmektedir.⁴⁵

Bilişsel davranışçı kurama göre duygu, düşünce ve davranışlar karşılıklı etkileşim içinde ele alınmakta; sigara bırakma sürecinde ortaya çıkan olumsuz duygulanım, yoksunluk belirtileri ve aşırma gibi deneyimlerin bireyin özyeterlilik değerlendirmelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.^{72,87} Özyeterliliğin sabit bir özellikten ziyade, bireyin yaşadığı duygusal ve durumsal zorluklara bağlı olarak değişkenlik gösterdiği vurgulanmaktadır.^{72,87} Bu çerçevede bilişsel çarpıtmaların bireyin duygusal tepkilerini doğrudan etkilediği; sigara bırakma sürecine ilişkin katı ve işlevsel olmayan düşüncelerin kaygı ve umutsuzluk gibi olumsuz duygularla ilişkili olabildiği ifade edilmektedir.⁷⁵ İyimser yanlılığın da kaygı azaltıcı bir işlev gördüğü; sigaranın birey için ciddi sonuçlar doğurmayacağına inanmanın, sigara içmeye devam ederken yaşanabilecek korku ve kaygıyı azalttığı ve bu duygusal rahatlamanın işlevsel olmayan bilişsel değerlendirmelerin sürdürülmesini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir.⁸²

Duygular ve sigara içme davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde, özellikle olumsuz duygulanımın sigara kullanımını sürdürmede önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Ya hep ya hiç düşünme biçiminin sigara bırakma sürecinin zorlayıcı ve

bunaltıcı olarak algılanmasına katkıda bulunduğu; “Tedavi hastalar içindir, ben hasta değilim” gibi etiketleyici düşüncelerin ise tedavi arama davranışını engelleyen bilişsel tetikleyiciler arasında yer aldığı belirtilmektedir.⁷⁵

Duygusal tepkiler ve bilişsel değerlendirmeler, sigara içme davranışının yalnızca öznel yaşantı düzeyinde değil, davranışsal örüntüler düzeyinde de şekillenmesine yol açmaktadır. Zamanla tekrar eden sigara içme davranışı, çevresel ipuçları ve ritüellerle birlikte otomatikleşerek öğrenilmiş davranış örüntülerine dönüşmektedir. Bu doğrultuda sigara içme davranışının davranışsal bileşenlerinin incelenmesi gerekmektedir.

2.2.2.4 DAVRANIŞSAL BİLEŞENLER

Davranışçı kuram çerçevesinde insan davranışı, klasik ve edimsel koşullanma ilkeleri doğrultusunda açıklanmakta; psikopatoloji çevresel uyaranlar, davranışlar ve bu davranışların sonuçları arasındaki ilişki üzerinden ele alınmakta ve öğrenilmiş kaçınma ile pekiştirme süreçlerinin davranışın sürdürülmesinde belirleyici rol oynadığı kabul edilmektedir.⁷⁰ Bu bağlamda sigara içme davranışı, nikotinin nörokimyasal etkilerinin yanı sıra öğrenilmiş davranış örüntüleriyle sürmekte; birey sigara içerek hem olumlu pekiştirme (haz, rahatlama) hem de olumsuz pekiştirme (yoksunluktan kaçınma) elde etmektedir.^{5,86} Bilişsel davranışçı kuram açısından bakıldığında ise sigara içme davranışının koşullanmış ipuçları, ritüelistik tekrarlar ve davranışsal pekiştirme süreçleriyle sürdürüldüğü kabul edilmektedir.¹⁷

Sigara içme davranışı, tekil bir eylemden ziyade yinelenen ve zamanla otomatikleşen bir davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Sigaranın elde tutulması, yakılması ve içilmesine eşlik eden adımlar, davranışın bilişsel olarak anlamlandırılmasına katkıda bulunmakta ve sigara içmenin güvenlik, rahatlama ya da ödül işlevi görmesine yol açmaktadır.¹⁷ Sigara içme davranışının öğrenilmiş ve tekrar eden bir örüntü olarak ele alınması, bu davranışın bilişsel davranışçı modelde tanımlanan otomatik davranış dizileriyle uyumlu olduğunu göstermektedir.¹⁷ Bulgular, sigara içme sıklığı arttıkça risk algısı ve endişenin yükseldiğini, buna karşılık bırakma özyeterliliğinin azaldığını; bu durumun zamanla davranışın otomatikleşmesine ve bireyin davranış üzerindeki algılanan kontrolünün zayıflamasına yol açtığını düşündürmektedir.^{69,72} Günde bir paket sigara içen bir bireyin yıllar içinde yüz binlerce kez aynı davranışı tekrarladığı; bu tekrarların

davranışın otomatikleşmesine ve bilişsel değerlendirmelerin giderek arka plana itilmesine zemin hazırladığı belirtilmektedir.⁷¹

Zamanla sigara içme davranışı, kahve içme, yemek sonrası ve sosyal ortamlar gibi çevresel uyaranlarla tekrar tekrar eşleşerek otomatikleşmekte ve klasik koşullanma süreçleri devreye girmektedir.⁵ Bu süreçte sigara içilen sosyal ortamlar, belirli duygusal durumlar ve günlük rutinlerin sigara ile eşleşmesi sonucunda çevresel ipuçlarının tek başına sigara içme arzusunu tetikleyen koşullu uyarıcılara dönüştüğü ifade edilmektedir.⁴² Sigara öncesi davranışların zamanla ritüelleşerek davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenler içeren otomatikleşmiş örüntülere katkıda bulunduğu; sigara içme davranışının bireyin yaşadığı içsel durumlar ve çevresel uyaranlarla güçlü biçimde eşleştiği ve koşullanmış uyaran tepki ilişkileri ile öğrenilmiş beklentiler yoluyla sürdürüldüğü belirtilmektedir.⁴⁵ Bilişsel davranışçı kuram çerçevesinde elde edilen bulgular, sigara içme davranışının otomatikleşmiş alışkanlıklar ve tetikleyici durumlar aracılığıyla sürdürüldüğünü desteklemektedir.³

Sigara içme davranışının otomatikleşmiş örüntülerle sürdürülmesi, bireyin bu davranışla başa çıkabilme kapasitesini sınırlayabilmektedir. Bu noktada bilişsel davranışçı model, sigara ile ilişkili tetikleyicilerin fark edilmesi ve bu tetikleyicilere alternatif başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini temel bir müdahale alanı olarak ele almaktadır. Bu nedenle başa çıkma becerileri, sigara bırakma sürecinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir.

2.2.2.5 BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ

Bilişsel davranışçı kuramda başa çıkma becerileri, öğrenilmiş davranışlar ve bu davranışların pekiştirilmesi yoluyla kazanılan beceriler olarak ele alınmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin uygulanabilmesi için bireyin otomatik düşüncelerinin farkına varmasının öğretilmesi önem taşımakta; bilişsel kendini izleme, danışanların otomatik düşüncelerine ilişkin farkındalıklarını artırmada etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir.⁷⁶ Sigara içme davranışıyla eşleşmiş alışkanlık ve ritüellerin değerlendirilmesi sonucunda içsel ve dışsal tetikleyici durumların belirlenmesi ve bu durumlar için alternatif davranışların planlanması, davranışsal müdahalelerin temelini oluşturmaktadır. Bu çerçevede bırakma özyeterliliği, sigara içme davranışıyla ilişkisi

açısından bilişsel davranışçı modelde önemli bir gösterge olarak ele alınmaktadır.⁶⁹ Sigara bırakma özyeterliliğinin yüksek olmasının bırakma başarısıyla ilişkili olduğu; ancak duygusal risk algısı hesaba katıldığında, bu değişkenin bırakma niyetini tek başına anlamlı biçimde yordamadığı gösterilmiştir.^{69,72} Bu bulgu, başa çıkma becerilerinin yalnızca özyeterlilik inancı üzerinden değil, bilişsel ve duygusal süreçlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Ergenlerde başa çıkma becerileri, gelişimsel özellikler ve sigara içme davranışıyla yakından ilişkilidir. Ergen sigara içicilerinin önemli bir bölümünün sigarayı istedikleri zaman bırakabileceklerine inandıkları, ancak bu beklentinin çoğunlukla gerçekleşmediği; birçok gencin bırakmayı düşündüğü ve denediği hâlde sigara içmeye devam ettiği bildirilmektedir.⁷¹ Bu durum, etkili başa çıkma becerilerinin yeterince gelişmediğini ve bilişsel düzeyde bırakmanın kolay olduğuna ilişkin işlevsel olmayan inançların sürdüğünü düşündürmektedir.⁷¹ Ergenlik döneminde sigara başlama sürecinde iyimser yanlılığın daha güçlü olduğu; ergenlerin sigaranın kısa vadeli keyif verici etkileri ve sosyal kazanımlarını ön plana çıkarırken, bağımlılık gelişimi ve uzun vadeli sağlık risklerini sistematik biçimde küçümsedikleri bildirilmektedir.⁸² Özellikle hafif ve aralıklı sigara içen bireylerin kendilerini “gerçek sigara içicisi” olarak görmemeleri, risk algısının daha da zayıflamasına yol açmaktadır.⁸⁸

Genel olarak başa çıkma becerileri ile sigara içme davranışı arasındaki ilişki, bireyin stres, duygu düzenleme ve risk değerlendirme süreçleriyle bağlantılıdır. Araştırmalar, daha yüksek algılanan risk düzeyine sahip bireylerin sigarayı bırakmayı planlama olasılıklarının daha yüksek olduğunu; buna karşılık riskleri küçümseyen bilişsel değerlendirmelere sahip bireylerde bırakma niyetinin daha düşük olduğunu göstermektedir.⁸⁰ Bu durum, sigara bırakma sürecinde bilişsel değerlendirmelerin başa çıkma süreçleri için temel bir zemin oluşturduğunu düşündürmektedir.⁸⁰ Bu bağlamda “istediğim zaman bırakabilirim” inancı, sigara içicilerinin etkili başa çıkma stratejileri geliştirmesini geciktiren önemli bir bilişsel hata olarak değerlendirilmektedir.⁸²

Başta çıkma becerilerinin yetersizliği, sigara bırakma girişimlerinde başarısızlık ve yineleme riskini artıran temel etmenler arasında yer almaktadır. Özellikle yüksek riskli durumlarda bilişsel değerlendirmelerde ve duygusal tepkilerde meydana gelen değişimler,

nüks sürecini tetikleyebilmektedir. Bu nedenle nüksü açıklayan bilişsel davranışçı süreçlerin ele alınması gerekmektedir.

2.2.2.6 NÜKSÜ AÇIKLAYAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI SÜREÇLER

Bilişsel davranışçı kuramda sigara içme davranışının yalnızca biyolojik bağımlılıkla açıklanmasının yetersiz olduğu; bu davranışın başlatılması, sürdürülmesi, bırakma girişimleri ve nüks süreçlerinde psikobilişsel bileşenlerin merkezi rol oynadığı vurgulanmaktadır.⁸⁴ Bilişsel davranışçı kuram ve sosyal öğrenme modellerine göre sigara bırakma ve yineleme süreçlerinde, bireyin sigara içmeye ve sigarayı bırakmaya ilişkin inançları merkezi bir rol oynamakta; duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki etkileşim nüksün ortaya çıkışında belirleyici olmaktadır.⁸⁷ Bu çerçevede nüks, öğrenilmiş örüntüler, bilişsel değerlendirmelerdeki değişimler ve bu değerlendirmelere eşlik eden davranışsal tepkiler bağlamında ele alınmaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşımda sigara bırakma süreci; sigaraya hazırlanma, sigarayı bırakma ve nüksü önleme aşamalarını içeren yapılandırılmış bir müdahale olarak tanımlanmakta; yoksunluk belirtilerinin ele alınması, nüksün açıklanması ve yinelemenin sürecin doğal bir parçası olduğunun vurgulanması önerilmektedir.⁶⁸ Bu bağlamda tek seferlik yeniden kullanımın “nüks”ten ziyade “kayma” olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.⁶⁸

Bilişsel davranışçı bakış açısına göre nüks, bireyin risk algılarındaki ve bilişsel değerlendirmelerindeki dalgalanmalarla yakından ilişkilidir.⁶⁹ Duygusal risk algısının azalmasının sigara bırakma niyetini zayıflattığı, buna karşılık yüksek risk algısının bırakma niyetini güçlendirdiği; bu nedenle nüks riskinin bilişsel ve duygusal süreçlerdeki değişkenlikler üzerinden açıklanabileceği ifade edilmektedir.⁶⁹ Risk algısındaki bilişsel çarpıtmalar ve yanlış inançlar, sigara içme davranışının sürekliliğini sağlayan temel mekanizmalar arasında yer almakta ve nüks sürecini beslemektedir.⁸⁴

Riskin sistematik biçimde küçümsenmesi, “bana olmaz” inancı ve gerçekçi olmayan iyimserlik, sigara bırakma girişimlerinin ertelenmesine ya da bırakma sonrasında yeniden sigaraya dönülmesine zemin hazırlayan bilişsel mekanizmalar olarak değerlendirilmektedir.⁸⁰ İyimser yanlılık, sigara içmeyi destekleyen temel bilişsel hata olarak tanımlanmakta; kısa vadeli risklerin inkârı ile bağımlılığın kolayca önlenebileceğine dair yanlış beklentiler bir araya geldiğinde nüksü kolaylaştıran bilişsel davranışçı bir

örüntünün ortaya çıktığı belirtilmektedir.^{71,84} Uzunlamasına veriler, sigara içen gençlerin önemli bir bölümünün zaman içinde kullanımını sürdürdüğünü ya da artırdığını göstermekte; bu durum, risk algısının ve iyimser yanlılığın davranışın devamındaki rolünü desteklemektedir.⁷¹ Yetişkin sigara içicilerde dahi bağımlılığa ilişkin iyimser yanlılığın devam ediyor olması, nüksü açıklayan bilişsel süreçler açısından dikkat çekici bulunmuştur.⁸² Daha önce başarısız bırakma girişimleri yaşamış olmalarına rağmen birçok yetişkin sigara içicisinin gelecekte sigarayı kolayca bırakabileceğine dair inancını sürdürmesi, bilişsel uyumsuzluğun iyimser yanlılık yoluyla azaltılmasıyla uyumlu bir örüntü sunmaktadır.⁸²

Özyeterlilik, bireyin sigara içmemeye yönelik bilişsel değerlendirmesini yansıtan temel bir bileşen olarak tanımlanmaktadır.⁷² Sosyal öğrenme temelli nüks modellerinde düşük özyeterliliğin nüks için önemli bir risk faktörü olduğu; sigarayı bırakmayı başaran bireylerin, başaramayanlara kıyasla daha yüksek özyeterlilik düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir.⁷² Özellikle bırakma özyeterliliği ile sigara içmenin beklenen olumlu sonuçlarına ilişkin beklentilerin, yineleme riskini belirleyen temel bilişsel değişkenler olduğu; bu değişkenlerin bağlama ve zamana bağlı olarak dalgalanabildiği vurgulanmaktadır.^{87,89,90} Günlük düzeyde yapılan değerlendirmeler, bırakma özyeterliliğindeki azalmalar ve sigara içmeye ilişkin olumlu beklentilerdeki artışların ilk kayma ve nüks riskini öngördüğünü; bırakma sürdürükçe özyeterliliğin arttığını ve beklentilerin azaldığını, tersine örüntülerin ise nüks için uyarıcı olduğunu göstermektedir.⁸⁷

Nüks süreçleri bilişsel davranışçı çerçevede, tetikleyici durumlar, bilişsel değerlendirmeler ve davranışsal sonuçlar arasındaki etkileşim üzerinden ele alınmaktadır. Nüks modelleri, yüksek riskli durumlarda özyeterlilikte meydana gelen ani düşüşlerin sigaraya dönüşü kolaylaştırdığını ileri sürmektedir.⁷³ Olumsuz duygulanım, sosyal ortamlar ve aşırma gibi durumlar, nüks açısından yüksek riskli bağlamlar olarak tanımlanmakta; birçok özyeterlilik ölçüm aracının bireyin bu durumlar karşısındaki sigara içmeme becerisine ilişkin değerlendirmeleri içerdiği belirtilmektedir.⁷² Bu süreçte bilişsel çarpıtmalar hem tedaviye başvurmamayı hem de bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasını kolaylaştıran etmenler olarak ele alınmaktadır, özellikle ya hep ya hiç düşünme biçiminin, başarısız bir denemenin tüm sürecin anlamsız olduğu şeklinde yorumlanmasına yol açarak nüks riskini artırabildiği ifade edilmektedir.⁷⁵ Ayrıca negatif sosyal inançların sigara içmeyen ya da düzensiz içen ergenlerde daha güçlü olduğu, buna

karşılık sigara içen ergenlerde bu inançların zayıfladığı; sosyal onay ve yaptırım algısındaki azalmanın sigara içme davranışı açısından riskli bilişsel durumlar yarattığı bildirilmektedir.⁸³

Nüks süreçlerinin bilişsel davranışçı çerçevede ele alınması, sigara içme davranışını sürdüren işlevsel olmayan düşünce örüntülerinin önemini ortaya koymaktadır. Özellikle risk algısının çarpıtılması, iyimser yanlılık, ya hep ya hiç düşünme ve kendini muaf tutan inançlar, hem sigara içmenin sürdürülmesinde hem de bırakma sonrasında yeniden başlamada merkezi bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların sistematik biçimde ele alınması gerekmektedir.

2.2.2.7 BİLİŞSEL ÇARPITMALAR

Sigara içme davranışında bilişsel çarpıtmalar ya da çarpıtmalar; keyfi çıkarsama/sonuca atlama, seçici soyutlama/zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, büyütme (maksimizasyon) ve küçültme (minimizasyon), ikili (ya hep ya hiç) düşünme, kişiselleştirme, felaketleştirme, “olmalı” ifadeleri, zihin okuma, duygusal çıkarsama ve etiketleme gibi biçimlerde sınıflandırılmaktadır.^{75,76,78,91} Bu bilişsel çarpıtmalar, bilginin hatalı işlenmesi sonucunda duruma uygun olmayan, duygusal sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olmakta; otomatik düşünceler ise duygusal ve davranışsal tepkileri tetikleyerek psikopatolojinin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.⁷⁶

Arpacıoğlu ve ark. tedavi arayışı olan ve olmayan sigara kullanıcılarını karşılaştırmış, çalışmada sigara içme ve sigara bırakma ile ilgili ya hep ya hiç düşünme'nin tedavi arayışı olan grupta anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuş, tedavi arayışı olmayan grupta etiketleme, zihinsel filtreleme, olmalı ifadeleri ve minimizasyonun daha yüksek olduğu bulunmuş.⁷⁵

Weinstein ve ark. çalışmasında sigara içenlerin, sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında sigara ile ilgili risk algıları değerlendirilmiş, sağlık risklerini küçümsedikleri, kendilerinde akciğer kanseri geliştirme risklerinin ortalama bir sigara içicisinden daha düşük olduğuna inandıkları görülmüştür. İçilen sigara miktarı arttıkça, akciğer ve diğer kanser risklerine ilişkin algılarının değişmediği dikkat çekmektedir. Katılımcılar akciğer kanserinin riskine ilişkin yargılarında iyimser yanlılık sergilemiştir.

Mevcut sigara içicilerin yarısından fazlasının, egzersizin sigaranın etkilerini tersine çevirdiğine dair inançları bulunmaktadır.⁸⁰

Oakes ve ark. yaptıkları çalışmada, daha önceki çalışmalarda sigara ile ilişkili 18 kendini muaf tutan inançtan dört ana kategori belirlemiş, bu inançları kurşun geçirmez inanç, şüpheli inanç, orman inançları ve değer inançları olarak ayırmıştır. Sigara içen kişilerin, sigarayı bırakmış kişilere kıyasla, sigaranın hastalığa yol açtığını kabul etseler bile kendini muaf tutan inançları daha fazla sürdürdüğü bilinmektedir.⁹² İyimser yanlılık ve risk algısının minimizasyonuna örnek olarak, kurşun geçirmez inançlar sigara içen kişilerin sağlık zararlarına karşı kişisel bir bağışıklığa sahip olduğu düşüncesini, şüpheli inançlar bilimsel kanıtlara kuşkuyla yaklaşılmasını, orman inançları hayatın daha birçok riski barındırdığını, değer inançları da sigaranın faydalı etkilerinin risklerine galip geldiği düşüncesini yansıtır. Genel olarak Oakes ve ark. bahsettiği bu inançların, bilişsel çarpıtmalar yönünden bakıldığında, duygusal akıt yürütme, minimizasyon, rasyonalizasyon gibi çarpıtmaları içerdiği görülmektedir. Bu inançların daha çok 50 yaş üzerinde, günde 15'ten fazla sigara içen ve 12 yıldan daha az eğitim süresi olan kişilerde olduğu aktarılmıştır.⁹³

Bu çalışmalar nüks oranları da göz önünde alındığında, sigara bağımlılığına müdahalede farmakolojik tedaviler haricinde, sigarayla ilgili bilişsel çarpıtmaların da hedef alınması gerektiğini göstermektedir.

2.3 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALARI ÖLÇMEYE YÖNELİK ÖLÇEKLER

Bildiğimiz kadarıyla, sigara bağımlılığıyla ilgili alanyazında birçok ölçek bulunmakla birlikte, doğrudan bilişsel çarpıtmaları değerlendiren bir ölçek bulunmamaktadır. Doğrudan ölçmemekle birlikte, bilişsel yönlere değinen bazı ölçekler mevcuttur.

Sigara İçmenin Sonuçları Anketi¹², sigara içme davranışını kişinin sigarayla ilgili beklenen sonuçlara ilişkin bilişsel değerlendirmelerini ön planda tutar. Toplam 50 maddeden oluşur. Sigara içmenin sürdürülmesinde etkili olan bilişsel süreçleri, özellikle sonuç beklentileri üzerinden ele alır. Beklentileri olumlu/olumsuz, kısa/uzun vadeli sonuçlar açısından değerlendirir ve Negatif Sonuçlar, Pozitif Pekiştirme–Duyusal Haz,

Negatif Pekiştirme–Olumsuz Duygulanımın Azaltılması ve İştah–Kilo Kontrolü boyutlarını değerlendirerek davranışsal düzeyle bağlantıyı güçlendirir. Ancak tüm bunlarla birlikte, bilişsel içeriği tam olarak bilişsel hata kavramı üzerinden ve beklentileri hatalı biliş olarak tanımlanamamaktadır. Ölçek maddelerindeki minimizasyon, duygusal akıl yürütme gibi çarpıtmaları açık biçimde ele almamaktadır.

Michigan Nikotin Pekiştirme Ölçeği'nde¹⁵, sigara içme davranışı pozitif ve negatif pekiştirme süreçleri temelinde açıklanmaktadır. Özellikle sigara içmenin haz sağlayıcı ya da olumsuz duygulanımı azaltıcı işlevleri üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Toplam 13 maddeden oluşur. Bu ölçeğin bilişsel içeriğe katkısı, sigara içmenin beklenen sonuçlarının ölçülmesine dayanmaktadır. Pozitif pekiştirme maddelerinde haz, tat, iyi hissetme gibi beklentilerin; negatif pekiştirme maddelerinde ise yoksunluk belirtilerinin giderilmesine yönelik beklentilerin yer alması, bireyin sigaraya atfettiği bilişsel anlamların doğrudan açıklanmasına olanak sağlamaktadır. Ölçeğin bilişsel çarpıtmalar açısından en temel sınırlılığı, ele alınan bilişsel içeriğin bilişsel hata kavramı çerçevesinde açık biçimde tanımlanmamış olmasıdır. Ölçülen beklentiler, kişilerin sigaraya atfettiği sonuçları betimlemekte; ancak bu beklentilerin çarpıtılmış ya da işlevsiz düşünceler olup olmadığına dair bir ayırım yapılmamaktadır. Bu nedenle ölçülen yapı ağırlıklı olarak pekiştirme süreçlerine yoğunlaşarak, bilişsel çarpıtmaları saptama yönünden yeterli olmamaktadır.

Sigara Aşerme Anketi^{13,14}, aşermeyi duygulanımsal beklentiler, olumlu sonuç beklentileri, kontrol kaybı algısı ve amaçlılık/planlama gibi farklı bilişsel bileşenleri içeren bir yapı olarak kavramsallaştırmaktadır. Uzun formu 47 maddeden, kısa formu ise 12 maddeden oluşur. Ölçeğin bilişsel içeriği ele alış biçimi özellikle beklenti boyutunda belirginleşmektedir. Sigara içmenin olumlu sonuçlar doğuracağına ilişkin düşünceler ölçülmekte ve bu bilişsel beklentilerin aşermenin bir parçası olabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin bilişsel çarpıtmalar açısından temel sınırlılığı, ölçülen bilişsel içeriğin bilişsel hata düzeyinde açık biçimde tanımlanmamış olmasıdır. Bilişsel bileşenler, ağırlıklı olarak kişinin aşerme deneyimini betimleyen düşünceler ve beklentilerden oluşmakta; ancak bu düşüncelerin bilişsel çarpıtmalar ile ilişkili olup olmadığı sorgulanmamaktadır. Bu nedenle bilişsel içerik, betimleyici düzeyde kalmakta ve bilişsel hata kavramına doğrudan karşılık gelmemektedir. Bilişsel süreçler ile duygusal ve motivasyonel süreçler arasındaki sınırların net olmaması da önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ölçeğin temel odağının aşerme

kavramı olması, bilişsel içeriğin davranışın sürdürülmesi ve nüks bağlamında geri planda kalmasına yol açmaktadır.

Glover-Nilsson Sigara İçme Davranış Ölçeği^{16,17}, sigara içmenin ritüelleri, alışkanlık örüntüleri ve çevresel ipuçlarıyla ilişkili davranışsal süreçleri görünür kılmaya çalışmıştır. 11 maddeden oluşur. Ölçekte yer alan maddelerin önemli bir bölümü, sigaranın kişi için taşıdığı önem, güvenlik algısı ve rahatlatıcı işlevine ilişkin değerlendirmeleri içermektedir. “Sigara alışkanlığım benim için çok önemlidir” ya da “Sigara tutmak kendimi daha güvende hissetmemi sağlar” gibi maddeler, sigaranın bilişsel düzeyde nasıl anlamlandırıldığına işaret etmektedir. Bu yönüyle, sigara içme davranışını sürdüren bazı bilişsel değerlendirmelerin görülmesine katkı sağlamaktadır. Otomatik sigara içme, çevresel ipuçlarıyla tetiklenme ve sigaranın ritüelistik kullanımı gibi unsurların ölçekte yer alması, sigara içmenin otomatik yönlerini ortaya koymaktadır. Ancak bilişsel çarpıtmalar açısından en belirgin sınırlılığı, ele alınan bilişsel içeriğin bilişsel hata kavramı düzeyinde tanımlanmamış olmasıdır. Bilişsel içerik, büyük ölçüde betimleyici düzeyde kalmaktadır. Dolayısıyla, bilişsel süreçler ile davranışsal ve duygusal süreçler arasındaki ayrım net değildir. Sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmalar açık biçimde ele alınmamıştır, sigaranın vazgeçilmez olduğu, sigara olmadan başa çıkılamayacağı ya da sigaranın sağladığı yararın mutlak olduğu gibi bilişsel çarpıtmalara doğrudan karşılık gelen ifadeler sistematik biçimde yapılandırılmamıştır.

Sosyal Nikotin Bağımlılığı İçin Kano Testi'nin (KTSND)⁷ en güçlü yönlerinden biri, sigara içme davranışını sürdürmede rol oynayan bilişsel çarpıtmaları açık biçimde kavramsallaştırma girişimidir. Toplam 10 maddeden oluşur. “Sosyal nikotin bağımlılığı” kavramı, sigaraya ilişkin çarpıtılmış bilişler üzerinden tanımlanmakta ve bu çarpıtılmış bilişler psikolojik nikotin bağımlılığının bir bileşeni olarak ele alınmaktadır. Bu yönüyle çalışma, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaların varlığını açık ve doğrudan biçimde kabul eden nadir ölçek geliştirme çalışmalarından biridir. Ölçekte yer alan ifadeler, sigara içmeye ilişkin rasyonalizasyon, olumluyu yok sayma gibi bilişsel çarpıtmalara doğrudan karşılık gelmektedir. KTSND maddeleri, sigaraya ilişkin çeşitli bilişsel çarpıtmaları içermekle birlikte, bu inançların hangi çarpıtmalara dayandığını ele alınmamaktadır. KTSND ölçeği, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaları açık biçimde hedefleyen ve ölçmeye çalışan önemli bir girişimdir. Ancak ölçeğin bilişsel çarpıtmalar açısından temel sınırlılığı, ölçülen bilişsel hata türlerinin ayrıştırılmamış olmasıdır.

Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği (TAPDS) ^{8,9} sigara bağımlılığında psikolojik bağımlılığı doğrudan ölçmeyi amaçlar. 25 maddeden oluşur. Yazarlar, mevcut ölçümlerin büyük ölçüde fiziksel bağımlılığa odaklandığını vurgulamakta ve TAPDS’yi sigara içme davranışını sürdüren düşünceler, inançlar ve değerlendirmeler üzerinden yapılandırmaktadır. Sigaranın “haz”, “rahatlama”, “güvenlik”, “kabul görme” gibi bilişsel-duygusal çağrışımlarla birlikte ele alındığını görülmektedir, bu da sigara içmeye eşlik eden bilişsel içeriğin tematik olarak ayrıştırılmasını sağlamaktadır. Ancak ölçekte yer alan bilişsel içeriğin bilişsel hata kavramı düzeyinde açık biçimde tanımlanmaması önemli bir kısıtlılığdır. Bilişsel içerik, daha çok “psikolojik bağımlılık” başlığı altında betimleyici bir düzeyde ele alınmaktadır.

Sigara İçmeyle İlgili Üstbilişsel İnançlar Ölçeği (SÜBÖ) ^{10,11}, sigara içme davranışını açıklarken bilişsel içeriği açık ve sistematik bir biçimde merkeze alır. Kişinin kendi düşüncelerini ve zihinsel süreçlerini nasıl değerlendirdiğine ilişkin inançlar incelenir. Bu yaklaşım, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel süreçlerin üst-düzeyde (metabilişsel düzeyde) kavramsallaştırılmasına olanak tanımaktadır. Bilişsel düzenlemeye ilişkin olumlu üstbilişler, duygusal düzenlemeye ilişkin olumlu üstbilişler, kontrol edilemezliğe ilişkin olumsuz üstbilişler ve bilişsel müdahaleye ilişkin olumsuz üstbilişler şeklinde dört faktörlü bir yapıdan ve toplam 20 maddeden oluşur. Özellikle “sigaranın düşünmeyi kolaylaştırdığı”, “duygusal baskıyı azalttığı” ya da “sigara düşüncelerinin kontrol edilemez olduğu” yönündeki ifadeler, sigara içme davranışının bilişsel gerekçelendirme ve sürdürüm süreçlerine ışık tutmaktadır. Bunlarla birlikte ölçeğin bilişsel çarpıtmalar açısından temel sınırlılığı, ele alınan bilişsel içeriğin “bilişsel hata” kavramı düzeyinde ele alınmamasıdır.

Tüm bu bulgular, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaların doğrudan, sistematik ve bütüncül biçimde ölçülebileceği bir ölçek eksikliğine işaret etmekte; bu durum, sigaraya ilişkin bilişsel çarpıtmaları değerlendirmeye yönelik yeni bir ölçek geliştirilmesi gerekliliğini desteklemektedir.

Mevcut ölçeklerin incelenmesi, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel süreçlerin çoğunlukla beklentiler, pekiştirme mekanizmaları, aşırma ya da üstbilişsel inançlar üzerinden ele alındığını; buna karşılık bilişsel çarpıtmaların doğrudan ve ayrıştırılmış biçimde değerlendirilmesinin sınırlı kaldığını göstermektedir. Bu bulgular, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaların yalnızca kuramsal düzeyde değil, klinik müdahaleler

bağlamında da merkezi bir öneme sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle bilişsel davranışçı müdahalelerin sigara bırakma sürecindeki rolü, bilişsel süreçleri hedefleme kapasitesi açısından ayrıca ele alınmalıdır.

2.4 SİGARA BIRAKMADA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MÜDAHALELERİN ROLÜ

Sigara bağımlılığının tedavisi, motivasyon, tavsiye ve rehberlik, danışmanlık, telefon ve internet desteği ve uygun farmasötik yardımcıları ile, sigara kullanımını bırakmaya ve daha sonra tekrarlamalarını önlemeye teşvik etmeyi ve yardımcı olmayı amaçlamaktadır.⁸ Sigara bırakmanın sigara ile ilişkili ölüm oranını azaltma potansiyeline sahip tek müdahale olduğu gösterilmiştir.⁸ Bilişsel davranışçı yaklaşım, sigara içmenin öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve sigara içmemenin de öğrenilebileceğini savunmakta; tedavinin bireyin sigara içme davranışını sürdüren otomatik düşüncelerini, beklentilerini ve davranışsal alışkanlıklarını hedef aldığını belirtmektedir.⁵

Bilişsel davranışçı terapinin sigara bağımlılığı üzerine etkisini gösteren çalışmalardan, Hall ve meslektaşlarının yaptığı bir çalışmada⁹⁴, depresyon öyküsü olan sigara içenlerin, 10 seanslık bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edildiklerinde, 5 seanslık sağlık eğitimi terapisi ile tedavi edildiklerine kıyasla sigarayı bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, 10 haftalık bilişsel davranışçı terapi ve nikotin replasman tedavisi uygulanmış, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanlarında anlamlı düşüş görülmüştür.⁹⁵

Bir Cochrane metaanalizinde, davranışsal destek verilen gruplarda, sigara bırakma sürecinde ortaya çıkan lapse ve relaps risklerinin daha iyi yönetilebildiği; bu desteğin, özellikle bırakma sürecinin ilk aylarında bırakmanın sürdürülmesine katkı sağladığı ifade edilmektedir.⁹⁶

Lancaster ve Stead'in yaptığı sistematik incelemede, kişinin sigara içme öyküsünün ve bırakma motivasyonunun gözden geçirildiği, yüksek riskli durumların belirlendiği, bu durumlarla baş etmeye yönelik problem çözme stratejilerinin geliştirildiği, nüksü önlemeye yönelik baş etme becerilerinin güçlendirildiği ve bireyin kendi davranışını izlemesini destekleyen öz-yönetim stratejileri kullanıldığı çalışmada, davranışsal müdahalenin, minimal destek (kısa öneri, rutin bakım veya öz-yardımlı materyalleri) ile

karşılaştırıldığında sigarayı bırakma olasılığını anlamlı düzeyde artırdığını görülmüştür.⁹⁷ Farmakoterapi verilmeyen çalışmalarda müdahaleler ile, en az altı aylık takipte bırakma oranlarını yaklaşık %40–80 oranında artmıştır. Bu bulgu, bilişsel davranışçı unsurlar içeren yapılandırılmış danışmanlığın, tek başına da etkili bir müdahale olabileceğini göstermektedir. Derlemede, daha yoğun ve uzun süreli danışmanlık ile daha kısa ve düşük yoğunluklu danışmanlık karşılaştırması yapılmış, bunun sonucunda daha yoğun müdahalelerin sigara bırakma oranlarında küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağladığını gösterilmiştir. Bununla paralel olarak Hendricks ve ark. çalışmasında uzatılmış bilişsel davranışçı tedavilerin standart tedavilere kıyasla daha yüksek ve sürdürülebilir bırakma oranları sağladığı; özellikle ileri yaş sigara içicilerinde bu etkinin belirgin olduğu bildirilmektedir.^{5,98} Bu çalışmalarda, bırakma özyeterliliğindeki değişimin tedavi etkisinin önemli bir bölümünü açıkladığı ve toplam etkinin %61–83'ünü oluşturduğu; buna karşılık olumsuz duygulanım, bırakmaya özgü sosyal destek ve bırakma motivasyonundaki değişimlerin tedavi etkisini anlamlı düzeyde aracılık etmediği ifade edilmiştir.⁹⁸

Bilişsel yeniden yapılandırma uygulamalarının sigara bırakma başarısını artırdığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Türkiye’de yapılan sınırlı sayıda çalışma da sigara bırakma sürecinde bireylerin bilişsel çarpıtmalarının önemli bir rol oynadığını göstermektedir.⁹⁹ Ancak, bu çalışmalarda da bilişsel süreçlerin değerlendirilmesinde standardize edilmiş bir ölçüm aracının bulunmadığı görülmektedir. Böyle bir ölçek, sigara bırakma tedavilerinde hem başlangıç değerlendirmesi hem de tedaviye yanıtın izlenmesi açısından önemli bir boşluğu dolduracaktır.

Sigara bırakma sürecinde bilişsel davranışçı müdahalelerin etkinliğini ortaya koyan çalışmalar, özellikle otomatik düşünceler, risk algıları, özyeterlilik değerlendirmeleri ve bilişsel yeniden yapılandırma süreçlerinin tedavi başarısında belirleyici olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bu bilişsel süreçlerin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarının bilişsel çarpıtmaları doğrudan ve standart bir biçimde ele almaması, klinik uygulamalarda önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Bu bağlamda, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaları sistematik, geçerli ve güvenilir biçimde değerlendirebilecek bir ölçek geliştirilmesi, hem klinik değerlendirme hem de müdahale süreçlerinin izlenmesi açısından önemli bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma metodolojik nitelikte kesitsel bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Sigara içen bireylerdeki hatalı düşünceleri saptamak ve düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) geliştirilme sürecini kapsamaktadır. Araştırma kesitsel tasarımı sahip olmakla birlikte, test-tekrar test uygulaması için katılımcılardan 41 kişi ölçeği iki hafta sonra yeniden doldurmuştur.

3.2 ETİK İZİN

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası: 2025/259) onay alınmıştır. İlgili belge EK-1 olarak sunulmuştur.

3.3 ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Türkiye'de yaşayan 18 yaş üzeri sigara içen bireyler oluştururken, örnekleme ise araştırma döneminde Kocaeli'de yaşayan 18 yaş üzeri ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler oluşturmuştur. Katılımcılara erişebilirliğin fazla olduğu Kocaeli ili örneklem olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü, madde sayısının en az 5-10 katı olacak şekilde belirlenmiştir.¹⁰⁰ Bu doğrultuda, ölçek geliştirme çalışmasında en az 320 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan 332 sigara içen birey oluşturmuştur.

Katılımcılar kolayda örnekleme yöntemi ile çalışmaya dâhil edilmiştir. Örneklem yanlılığını azaltmak ve bir grubun aşırı temsilini azaltmak için cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslek ve gelir dengesi gibi değişkenler üzerinde dengeli bir örnekleme ulaşılması hedeflenmiştir.

3.3.1 DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Katılımcılar, DSM-V (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders - Beşinci Baskı) kriterlerine göre Tütün Kullanım Bozukluğu ana tanısını almış olmalıdır. Bu tanılara sahip hastalar çalışmaya dahil edilecektir.

- 18 yaş ve üzerinde olmak.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak ve yazılı onam vermek.
- Türkçe okuma ve yazma becerisine sahip olmak.
- Anket formunu eksiksiz ve doğru biçimde doldurabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olması gerekmektedir.

3.3.2 DIŞLANMA KRİTERLERİ

- Çalışmalara engel teşkil edecek ruhsal (I. ekseninde kodlanan ruhsal hastalıklar) ve ağır bedensel hastalığı olmaması
- Belirgin bir bilişsel bozukluğu ve demansiyel süreci bulunmaması gerekmektedir.

3.4 ÖLÇME ARAÇLARI

3.4.1 OLGU RAPOR FORMU

Katılımcıların demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ve sigara kullanım özelliklerini (günlük içilen sigara sayısı, sigara kullanım süresi) belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Form örneği EK-2 olarak ekler bölümünde yer almaktadır.

3.4.2 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ (FNBT)

Günümüzde FNBT sigara bırakma polikliniklerinde nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Altı sorudan oluşmaktadır ve her soru belirli cevaplara göre puanlanmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 2004 yılında Tüberküloz ve Toraks Dergisi'nde Uysal MA, Kadafal F, Karşıdağ C, Bayram G, Uysal Ö, Yılmaz V tarafından yapılmıştır.^{101,102} İlgili ölçek EK-3 olarak ekler bölümünde yer almaktadır.

3.4.3 SİGARA İÇMEYLE İLGİLİ ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (SÜBÖ)

SÜBÖ, sigara kullanımına yönelik üstbilişsel inanışları değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir, 20 maddeden oluşur. Ölçeğin özgün formunda her biri 5 maddeden oluşan bilişsel düzenlemeye ilişkin pozitif üstbilişsel inanışlar, duygusal düzenlemeye ilişkin pozitif üstbilişsel inanışlar, kontrol edilmezliğe ilişkin negatif

üstbilişsel inanışlar ve bilişsel engellenmeye ilişkin negatif üstbilişsel inanışlar olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2017 yılında Psychiatry Research Journal'da Leyla Alma, Marcantonio M. Spada, Bruce A. Fernie, Adviye Esin Yılmaz-Samanci, Gabriele Casellie, Ana V. Nikčević tarafından yapılmıştır.^{10,11} İlgili ölçek EK-4 olarak ekler bölümünde yer almaktadır.

3.4.4 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ (TASLAK FORM)

Bu çalışma kapsamında geliştirilen yeni ölçektir. 32 maddeden oluşmaktadır. İlgili ölçek EK-5 olarak ekler bölümünde yer almaktadır.

3.5 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, gönüllü katılımcılara çevrimiçi anket formu yoluyla ve/veya yüz yüze görüşmelerle uygulanacaktır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanacak, gönüllü onamları alınacaktır.

3.6 ÖLÇEK FORMUNUN GELİŞTİRİLMESİ

3.6.1 LİTERATÜR TARAMASI

Sigara Bağımlılığında Bilişsel Çarpıtmalar üzerine detaylı bir literatür taraması yapıldı, kavramsal ve kuramsal çerçeve belirlendi. Bunun ardından taslak ölçekle ilgili madde havuzu oluşturma aşamasına geçildi.

3.6.2 MADDE HAVUZU OLUŞTURMA

Literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda sigara bağımlılığıyla ilişkili bilişsel hata türleri belirlenmiş ve 67 maddeden oluşan bir ön madde havuzu oluşturuldu, değerlendirmeler sonrasında 32 maddelik bir ön madde havuzuna karar verildi.

3.6.3 GÖRÜNÜŞ GEÇERLİLİĞİ

Ölçek maddeleri, psikiyatri, psikoloji ve bağımlılık alanında uzman 11 kişilik bir uzman grubuna sunuldu, görünüş geçerliliği incelendi. Geri bildirimler ile düzenlemeler yapıldı.

3.6.4 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ

Kapsam geçerliği için 9 uzmandan görüş alındı ve analizler yapıldı. Lawsche (1975)¹⁰³ yöntemiyle Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplanarak Kapsam Geçerlik Oranı(KGO) düşük olan maddeler elendi.

3.6.5 PİLOT UYGULAMA

Anlaşılabilirlik ve madde netliğini test etmek amacıyla 17 kişilik bir pilot gruba ön test uygulandı. Pilot uygulama sonuçlarına göre gerekli dil ve anlam düzeltmeleri yapıldı. Taslak Ölçek, 5’li Likert tipi bir öz-bildirim ölçeği olarak düzenlendi, puanlaması 0-4 arasında ‘Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum’ şeklinde belirlendi. İlgili ölçek EK-5 olarak ekler bölümünde yer almaktadır.

3.6.6 VERİ TOPLANMASI

Örneklem grubunda uygulama yapıldı. Toplanan anket formu sayısı 332 iken ölçeklerde eksik cevapların olduğu 4 anket analize alınmadı. Sonuç olarak 328 kişide çalışma tamamlanmış oldu. 1 hafta arayla yapılan test-tekrar test uygulamalarıyla zaman içindeki tutarlılık değerlendirildi. Tekrar test çalışması 41 kişi ile tamamlandı.

3.7 VERİLERİN ANALİZİ

SİHÇÖ’nün geliştirilme sürecindeki geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde SPSS 23.0 ve AMOS 24.0 programları kullanılmıştır. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kapsam geçerliği için Lawsche yöntemi uygulanmıştır.¹⁰³ Örneklem uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleriyle değerlendirildikten sonra, faktör yapısı Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile incelenmiştir. Faktörler arasında ilişki olacağı için direkt oblimin rotasyonu kullanılmıştır. Ortaya çıkan faktör yapısı ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile incelenmiştir. DFA’da gerekli durumlarda modifikasyon indislerinden yararlanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı, madde tutarlılığı ise madde-toplam korelasyonları ile belirlenmiştir.

4 BULGULAR VE YORUMLAR

4.1 ÖLÇEK GELİŞTİRME SÜRECİ

SİBÇÖ, literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Maddeler açık, anlaşılır, tek bir yargı içerecek ve ters olarak kodlanmayacak şekilde hazırlanmıştır.

Ölçek geliştirme süreci dört aşamada yürütülmüştür:

- Madde Havuzu: Literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda araştırma ekibi tarafından 67 maddelik bir madde havuzu oluşturulmuştur. Sonrasında benzer maddeler birleştirilmiş. Olumsuz algı yaratabilecek ifadeler çıkartılmıştır. Taslak formda 38 madde kalmıştır.
- Görünüş Geçerliği: Uzman değerlendirmeleri sonucunda maddeler değerlendirilmiş ve altı madde ölçekten çıkarılmıştır.
- Kapsam Geçerliği: Lawsche tekniği¹⁰³ ile değerlendirme yapılmış. Bu aşamada herhangi bir madde elenmesi olmamıştır.
- Pilot Uygulama: Kalan 32 madde ile yapılan pilot uygulamada, geri bildirimler doğrultusunda iki madde yeniden revize edilmiştir. Bununla birlikte bu aşamada hiç madde çıkartılmamıştır.

4.2 ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİĞİ

4.2.1 GÖRÜNÜŞ GEÇERLİLİĞİ

Ölçeğin görünüş geçerliğini değerlendirmek amacıyla, 5 psikiyatri bölümü öğretim üyeleri ve 6 sağlık çalışanı olmak üzere toplam 11 uzman ve hedef grup katılımcısı ile çalışma yürütülmüştür. Bu süreçte 38 maddeden oluşan taslak ölçek incelenmiştir. Çalışmadaki uzmanların önerileri doğrultusunda benzer maddeler birleştirilmiş ve anlaşılabilirliği düşük maddeler ise ölçekten çıkarılmıştır. Bu düzenlemeler sonucunda ölçek 32 maddeye indirgenmiştir.

4.2.2 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ

Görünüş geçerliği aşamasının ardından, ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere psikiyatri alanında uzmanlığı bulunan, konuya hâkim ve yeterli zaman ayırabilecek 9 uzman belirlenmiştir. Bu uzmanların tamamı görünüş geçerliği sürecine dâhil edilmemiştir. Uzman grubunun altısını akademisyenler, diğer üçünü ise klinik deneyime sahip hekimler oluşturmuştur.

Lawsche tekniği kapsam geçerliği için kullanılmıştır.¹⁰³ Dokuz uzmanın yer aldığı değerlendirmede maddelerin kapsam geçerlik oranının (KGO) en az 0.75 olması beklenmiştir. Uzman görüşleri sonucunda, ilgili maddelerin hepsinin bu eşik değeri karşıladığı gözlenmiştir. Altı madde için birer uzman ölçeğin çıkartılabileceğini belirtirken, diğer 32 madde için tüm uzmanlar ilgili maddelerin ölçekte kalması gerektiğini belirtmiştir. Bu değerlendirmeler sonunda ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin (KGI) 0.96 olduğu gözlenmiştir.

4.2.3 PİLOT UYGULAMA

Veri toplama sürecinden önce, olası sorunları belirlemek amacıyla farklı birimlerde görev yapan ve sigara içen 17 katılımcı ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Dönütler doğrultusunda, 32 maddelik taslak ölçekte yer alan iki madde dil açısından yeniden revize edilmiştir.

4.2.4 ANA ÇALIŞMA BULGULARI

4.2.4.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü olan 332 sigara içen birey oluşturmuştur. Toplanan anket formları incelendiğinde iki kişinin sigara içmediği anlaşılmıştır. Bundan dolayı analizlerden çıkartılmıştır. Analiz edilmeye engel olacak düzeyde verisi eksik olan iki katılımcının da verileri analize dâhil edilmemiştir. Geriye kalan 328 kişinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri (n=328)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	165	50,3
Erkek	163	49,7
Medeni Durum		

Bekâr	166	50,6
Evli	162	49,4
Eğitim durumu		
İlköğretim	4	1,2
Lise	37	11,3
Üniversite	287	87,5
Meslek		
Çalışmıyor	21	6,4
Öğrenci	30	9,1
Emekli	13	4,0
Kamu Çalışanı	169	51,5
Özel Sektör	95	29,0
Gelir Durumu		
25000 altı	47	14,3
25000-50000 arası	49	14,9
50000-100000 arası	127	38,7
100000-200000 arası	87	26,5
200000 üzeri	18	5,5
Gelir Dengesi		
Gelir<Gider	95	29,0
Gelir=Gider	144	43,9
Gelir>Gider	89	27,1
	Ort.	ss
Yaş	34,68	9,66

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında örneklemin %50,3'ü kadın, %50,6'sı bekâr, %87,5'i üniversite mezunu, %51,5'i kamu çalışanı, %43,9'u ise gelir-gider dengesinin eşit olduğunu belirtmiştir.

4.2.4.2 KATILIMCILARIN SİGARA KULLANIMI VE DİĞER ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların sigara kullanımı ve diğer özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların %18,6'sının E-sigara veya başka tütün ürünü kullandığı, %78'inin daha önce sigarayı bırakmayı denediği, %69,8'nin sigara bırakma denemesini kendi kendine yaptığı, %43'ünün ise sigarayı bırakmayı düşündüğü saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların sigara kullanımı ve diğer özellikleri

Değişkenler	n	%
E-sigara veya başka tütün ürünü kullanıyor musunuz?		
Hayır	267	81,4
Evet	61	18,6
Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?		
Hayır	72	22,0
Evet	256	78,0
Sigara Bırakmayı deneme yönteminiz neydi?		
Kendi kendime denedim.	229	69,8
Psikoterapi ile bırakmaya çalıştım.	6	1,8
Nikotin sakızı/Nikotin bandı kullandım.	39	11,9
Bupropion (Zyban, Qsmok, Buprapan, Wellbutrin) kullandım	25	7,6
Vareniklin (Champix) kullandım	18	5,5
Sitizin (Nikitabs) kullandım.	12	3,7
Biorezonans ile bırakmaya çalıştım	10	3,0
Diğer (moraterapi, akupunktur) vb.	6	1,8
Şu an sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?		
Hayır	102	31,1
Evet	142	43,3
Kararsızım	84	25,6
Alkol kullanımı	46	13,2
Alkol tüketmiyorum.	105	32,0
Ayda 1 kez	89	27,1
15 günde 1 kez	65	19,8
Haftada 1 kez	35	10,7
Haftada birkaç kez	31	9,5
Her gün	3	,9
Tıbbi bir hastalığınız var mı?	334	96,0
Yok	267	81,4
Var	61	18,6
	Ort.	ss
Günlük sigara içme adedi	16,58	9,77
Sigara içmeye kaç yıl önce başladınız?	14,37	9,16
En uzun bırakma süresiniz kaç aydır?	8,00	16,78

4.2.4.3 YAPISAL GEÇERLİK: AÇIMLAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Faktör yapısını incelemek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. Örneklem yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile değerlendirilmiş ve 0.868 bulunmuştur. Bartlett küresellik testi anlamlı çıkmıştır ($X^2=3939,66$; $p < 0.001$) ve bu sonuçlar, verilerin AFA için uygun olduğunu göstermiştir. Faktör yüklerine göre madde çıkarma işlemleri yapılmıştır. Bu aşamalarda en düşük faktör yükü 0,40 olarak belirlenmiştir. Üç faktörde birden yakın faktör yüküyle yer alan, iki faktör arasındaki farkın 0,10'dan küçük olduğu durumlar ya da hiçbir alt boyuta dağılmayan maddeler çıkartılmıştır. Aşağıda hangi maddelerin neden dolayı çıkartıldığı yazmaktadır.

Ölçekten ilk olarak 13. Madde üç boyutta birden yakın faktör yükleriyle yer almasından dolayı çıkartılmıştır. Sonrasında yine üç boyutta birden yer alan 30. madde çıkartılmıştır. Benzer nedenden dolayı ardından 6, 17 ve 2. maddeler çıkartılmıştır. Yenilenen analizde 7. madde hiçbir boyuta dağılmadığı için çıkartılmıştır. Sonrasında 5. madde iki alt boyutta 0,100'den düşük farkla dağıldığı için çıkartılmış. Yenilenen analiz sonrasında ise 25. maddenin alt boyutlardaki faktör yükü 0,4'ün altında olduğu için çıkartılmıştır. Bu işlemler sonrasında güvenilirlik analizleri yapılmış. Ancak burada 11, 15 ve 16. maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,250'nin altında kaldığı için çıkartılmıştır.

Bu maddeler çıkartıldıktan sonra yapılan faktör analizinde ise 24. madde üç faktöre birden dağıldığı için çıkartılmıştır. Ardından yapılan analizlerde ise 9, 32 ve 21. maddeler iki faktör arasındaki faktör yükü farkının 0,100'den küçük olmasından dolayı çıkartılmıştır. Kalan maddelerle yapılan güvenilirlik analizinde ise 28. maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı 0,198 olduğu için çıkartılmıştır. Faktör analizi yeniden yapılmıştır. Yapılan analizlerde 4. Ve 26. maddenin binişik maddeler olduğu, 31. maddenin ise faktör yükünün 0,4'ün altında olduğu için çıkartılmıştır.

Arkasından yapılan Açımlayıcı faktör analizinde sorunlu madde kalmadığı gözlenmiş ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bu analizlerde de sorun olmadığının görülmesi üzerine ölçeğin son haliyle 13 maddeden oluşan 3 faktörlü bir yapısının olduğu gözlenmiştir.

13 maddeden oluşan ölçeğin son Açıklayıcı faktör analizde KMO değeri 0.833 olarak hesaplanmış, Bartlett testi yine anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 1353.070$; $df = 78$; $p < 0.001$). Maddelerin faktör yükleri 0.418 ile 0.838 arasında değişmiştir. Analiz sonucunda ölçeğin üç faktörlü bir yapı gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 3). Scree plot grafiği de bu yapıyı desteklemiştir (Şekil 1). Üç faktör birlikte toplam varyansın %56.4'ünü açıklamaktadır.

Faktörlerin içeriklerine göre isimlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır:

Faktör 1: Bu faktördeki maddeler, bireyin sigarayı bırakma sürecinde kendi kapasitesini ve kontrol gücünü olduğundan daha düşük algılamasını yansıttığı için öz-yetersizlik (self-inefficacy) çarpıtmaları olarak isimlendirilmiştir.

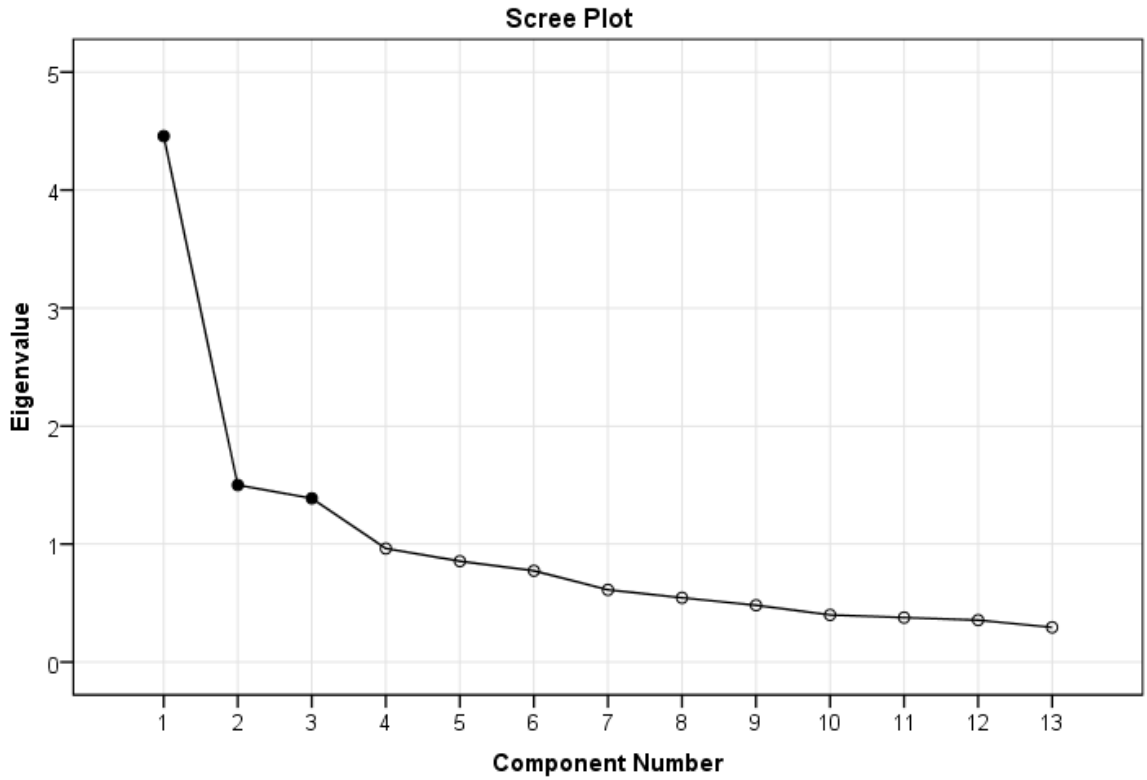
Faktör 2: Bu faktördeki maddeler, bireyin sigara kullanımını sürdürmesini haklı göstermek amacıyla davranışını “tek keyif”, “tek lüks” ya da “sonucu değiştirmeyen bir alışkanlık” gibi mantıksal gerekçelerle meşrulaştırmasını yansıttığı için rasyonalizasyon (akla uydurma) çarpıtmaları olarak isimlendirilmiştir.

Faktör 3: Bu faktördeki maddeler, bireyin rahatlama, gerginlik ve sinirlilik gibi duygusal durumlarını nesnel kanıtlardan bağımsız biçimde sigara ile ilişkilendirerek, hissettiklerini gerçeğin doğrudan kanıtı gibi kabul etmesini yansıttığı için duygusal akıl yürütme (emotional reasoning) çarpıtmaları olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 3. SİBÇÖ'ye Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçek maddeleri	Faktör Yükleri		
	1	2	3
Faktör 1: Öz-yetersizlik (Self-inefficacy)			
23. Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim	,825		
14. Sigarayı bırakacak kadar güçlü değilim	,821		
27. Sigarayı bırakamam	,805		
18. Sigara bırakmak için iradem zayıf	,779		
10. Sigara içmeden yaptığım işe odaklanamam	,493		
Faktör 2: Akla Uydurma (Rationalization)			

20. Sigaradan başka keyfim yok		,743	
8. Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.		,707	
19. Bıraktığımda hayatım daha iyi olmayacak		,689	
22. Sigara içen de ölüyor, içmeyen de ölüyor		,503	
Faktör 3: Duygusal Akıl Yürütme (Emotional Reasoning)			
12. Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor			,838
3. Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir			,801
1. Sigara içmezsem rahatlayamam			,572
29. Sigarayı bırakırsam kilo alırım			,418
	Varyans	34,28	11,53
	Eigen value (Öz-Değer)	4,457	1,500



Şekil 1. SİBÇÖ'ye Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

4.2.4.4 GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Taslak ölçeğin faktör yapısı belirlendikten sonra, iç güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Ardından 41 kişiyle test-tekrar test analizleri yapılmıştır.

Toplam 13 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.821 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri sırasıyla; *Öz-Yetersizlik* 0.841, *Rasyonalizasyon* 0.628 ve *Duygusal Akıl Yürütme* 0.658 olarak bulunmuştur. *Öz-yetersizlik alt boyutu* “çok iyi” düzeyde güvenilirlik sağlarken, *Rasyonalizasyon ve Duygusal Akıl Yürütme* alt boyutlarının alfa değerleri ise 0.60–0.79 aralığında kabul edilen “kabul edilebilir” düzeydedir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri ise 0,821 olup çok iyi düzeyde güvenilirlik sağlamaktadır.

Madde-toplam korelasyon katsayıları 0.254 ile 0.589 arasında değişmiştir. Literatürde genellikle alt sınır 0,20’den itibaren kabul edilmekle birlikte, ölçeğimizdeki en düşük değer 0,25’in üzerindedir.

Tablo 4. SİBÇÖ’nün Madde Analiz Sonuçları

Alt Boyutlar	Madde	Ort	ss	Madde-toplam korelasyon katsayıları	Cronbach’s Alpha
Öz-Yetersizlik					0.841
	10	2,50	1,183	,542	
	14	2,77	1,205	,630	
	18	2,95	1,278	,570	
	23	2,65	1,061	,582	
	27	2,37	1,005	,589	
Rasyonalizasyon					0.628
	8	2,74	1,235	,379	
	19	2,26	1,198	,254	
	20	2,30	1,162	,473	
	22	2,86	1,456	,350	
Duygusal Akıl Yürütme					0.658
	1	3,29	1,100	,564	
	3	3,39	1,097	,475	

	12	3,60	0,990	,433	
	29	3,06	1,318	,268	
Toplam Cronbach alfa					0,821

4.2.4.5 TEST – TEKRAR TEST YÖNTEMİ

SİBÇÖ'nün test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliği ile ilgili sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Sonuçlar, öz-yetersizlik alt boyutu için yüksek düzeyde ($r = 0,770$), toplam puan için ise iyi düzeyde ($r = 0,758$) zamanla kararlılık olduğunu göstermektedir. Rasyonalizasyon ($r = 0,627$) ve duygusal akıl yürütme ($r = 0,652$) alt boyutlarında elde edilen korelasyon katsayıları orta düzeyde olup kabul edilebilir düzeyde kararlılık olduğunu göstermektedir. Tüm korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı olması ($p < 0,001$), ölçeğin ve alt boyutlarının zaman içinde tutarlı ölçümler sunduğunu desteklemektedir.

Tablo 5. SİBÇÖ'nün test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliğinin belirlenmesi

	Ort.	ss	r	p
İlk SİBÇÖ – Öz-Yetersizlik	13,43	4,83	0,770	<0,001
İkinci SİBÇÖ – Öz-Yetersizlik	13,48	4,39		
İlk SİBÇÖ – Rasyonalizasyon	10,09	3,25	0,627	<0,001
İkinci SİBÇÖ – Rasyonalizasyon	10,26	3,59		
İlk SİBÇÖ – Duygusal Akıl Yürütme	13,68	3,06	0,652	<0,001
İkinci SİBÇÖ – Duygusal Akıl Yürütme	12,97	3,38		
İlk SİBÇÖ Toplam Puanı	37,21	9,26	0,758	<0,001
İkinci SİBÇÖ Toplam Puanı	36,73	8,61		

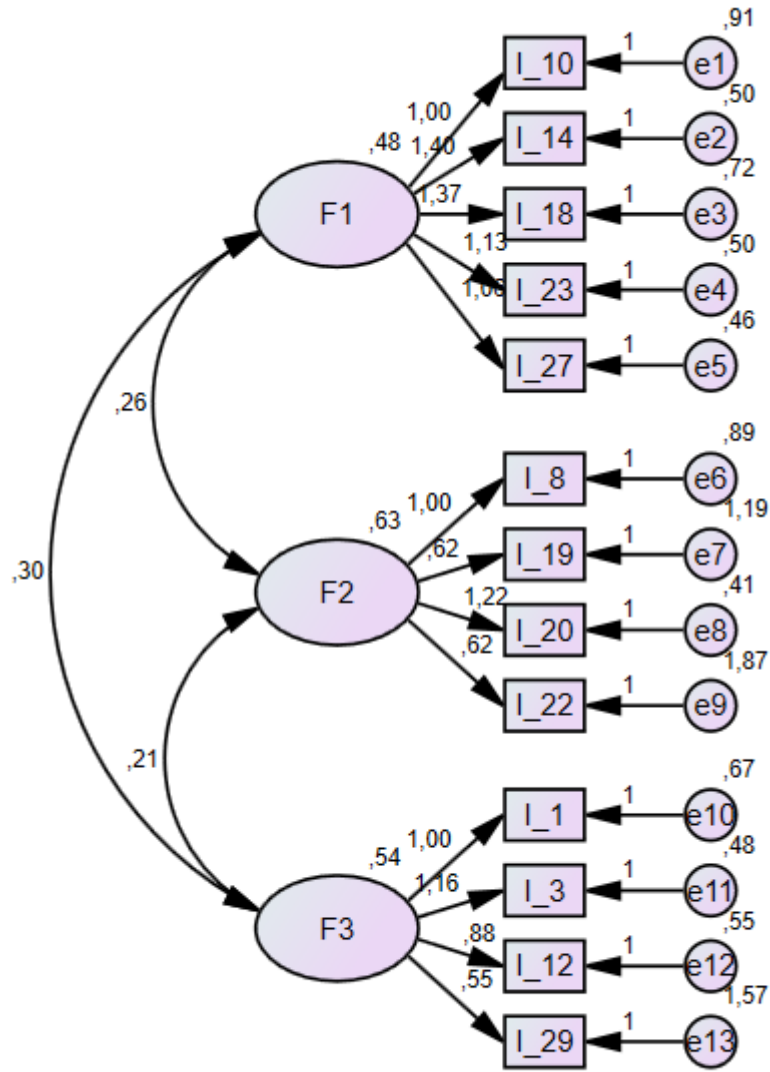
4.2.4.6 DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ile elde edilen üç faktörlü yapının geçerliliğini test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Uyum iyiliği indekslerinden Ki-kare / serbestlik derecesi (χ^2/df) oranı 2.856 olarak gözlenmiştir. Bu değer, kabul edilebilir bir uyum indeksi olmakla birlikte diğer uyum indeksleri ise şöyledir; RMSEA = 0.075; GFI = 0.925; AGFI = 0.890; NFI = 0.871; CFI = 0.911.

Tablo 6. SİBÇÖ'nün Uyum İndeksleri

Uyum İndeksi	Çok İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	SİBÇÖ'nün uyum indeksleri
χ^2 / sd	≤ 2	≤ 3 (≤ 5 sınır)	2,856
CFI	≥ 0.95	0.90 – 0.94	0,911
NFI	≥ 0.95	0.90 – 0.94	0,871
RMSEA	≤ 0.05	0.06 – 0.08	0,075
GFI	≥ 0.95	≥ 0.90	0,925
AGFI	≥ 0.95	≥ 0.90	0,890

Bu bulgular doğrultusunda, faktör yapısıyla oluşan modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığı sonucuna varılmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Modeli

Sigara İçme ile İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin geliştirilme aşamaları Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Sigara İçme ile İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin Geliştirilme Aşamaları

Aşama	Yapılan çalışmalar	Madde sayısı
Aşama -1 Madde havuzu oluşturulması	Kavramsal ve kuramsal çerçeve bağlamında Araştırmacılar tarafından 67 ifadeden oluşan madde havuzu oluşturuldu.	67 madde
Aşama -2 Ön eleme	Araştırmacılar tarafından benze maddeler birleştirildi ve ölçüm duyarlılığını olumsuz etkileyebilecek maddeler taslak ölçekten çıkarıldı. Geriye 38 madde kaldı.	38 madde

Aşama -3 Görünüş geçerliği	Beşi psikiyatri hekimi ve altısı sağlık çalışanı olmak üzere toplam 11 kişi ile görünüş geçerliğini incelendi. Hedeflenen yapıyı yeterince temsil etmediği belirlenen 6 madde elendi.	32 madde
Aşama -4 Kapsam geçerliği	Kapsam geçerliği için 9 uzmandan görüş alındı ve analizler yapıldı. KGO 0,75'in altında kalan madde olmadı. Taslak ölçekteki madde sayısı korundu. KGİ 0,96 idi.	32 madde
Aşama -5 Pilot uygulama	17 sağlık çalışanı ile taslak ölçeğin pilot uygulaması yapıldı. İki madde dil ve içerik açısından yeniden düzenlendi.	32 madde
Aşama -6 Veri toplanması	Örneklem grubunda uygulama yapıldı. Toplanan anket formu sayısı 332 iken, cevapları analize engel olacak oranda eksik olan iki anket ve sigara içmediğini ifade dene iki kişinin anketi analize alınmadı. Sonuç olarak 328 kişide çalışma tamamlandı.	32 madde
Aşama -7 İlk Açımlayıcı Faktör analizi	Bu aşamada 8 madde farklı nedenlerden dolayı elenmiştir; <ul style="list-style-type: none"> • Üç alt faktörde binişik olarak yer alma (13, 30, 6, 17 ve 2. maddeler) • Hiçbir alt faktöre 0,40 ve üzerinde faktör yükü ile dağılmama (7 ve 25. madde) • İki alt faktörde binişik olarak yer alma (5. madde) 	24 madde
Aşama -8 İlk güvenilirlik analizi	Bu aşamada 3 madde (11, 15 ve 16. maddeler) madde-toplam korelasyonları 0,25'in altında olduğu için elenmiştir.	21 madde
Aşama -9 İkinci Açımlayıcı faktör analizi	Bu aşamada 4 madde farklı nedenlerden dolayı elenmiştir; <ul style="list-style-type: none"> • Üç alt faktörde binişik olarak yer alma (24. madde) • İki alt faktörde binişik olarak yer alma (9, 32 ve 21. maddeler) 	17 madde
Aşama -10 İkinci güvenilirlik analizi	Bu aşamada 28. madde madde-toplam korelasyonu 0,25'in altında olduğu için elenmiştir.	16 madde
Aşama -11 Üçüncü Açımlayıcı faktör analizi	Bu aşamada 3 madde farklı nedenlerden dolayı elenmiştir; <ul style="list-style-type: none"> • İki alt faktörde binişik olarak yer alma (4 ve 26. maddeler) • Hiçbir alt faktöre 0,40 ve üzerinde faktör yükü ile dağılmama (31. madde) <p>Bu madde elemeleri sonrasında yapılan Açımlayıcı faktör analizinde</p> <ul style="list-style-type: none"> • KMO değeri 0.833 • Bartlett testi sonuçları; $\chi^2 = 1353.070$; $df = 78$; $p < 0.001$ • Açıklanan toplam varyans %56,4 • 3 alt faktör (Öz-yetersizlik, rasyonelizasyon, duygusal akıl yürütme) 	13 madde
Aşama -12 Üçüncü güvenilirlik analizi	Tüm maddelerin madde-toplam korelasyonları 0,25'in üzerindedir. 13 maddeli ölçeğin güvenilirlik analizleri <ul style="list-style-type: none"> • Toplam Cronbach alfa değeri=0,82 • Öz-yetersizlik alt boyutunun Cronbach alfa değeri=0,84 • Rasyonelizasyon alt boyutunun Cronbach alfa değeri=0,62 • Duygusal akıl yürütme alt boyutunun Cronbach alfa değeri=0,65 • Madde-toplam madde korelasyonları 0,254-0,589 arasında değişmektedir. • Test-tekrar test analizlerinde toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayısı $r=0,758$, $p<0,001$ 	13 madde
Aşama -13 Doğrulayıcı faktör analizi	Doğrulayıcı faktör analizinde modelin uyumlu olduğu saptanmıştır. $\chi^2/df = 2.856$; RMSEA = 0.075; GFI = 0.925; AGFI = 0.890; NFI = 0.871; CFI = 0.911.	13 madde

4.2.5 SİBÇÖ KISA FORMUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Kısa formun geliştirilme amacı, uygulama yükünü azaltarak araştırma ve saha çalışmalarında hızlı, pratik, uygulanabilir ve aynı zamanda güvenilir bir değerlendirme aracı sunmaktır. Bunun için, geliştirdiğimiz ölçeğin her bir alt boyutunu içerecek ve ana yapıya sadık kalacak şekilde madde seçimleri yapılmıştır. Maddelerin seçiminde, faktör yükünün yüksekliği, düşük çapraz yük, madde-toplam madde korelasyon katsayılarının yüksekliği, içerik kapsayıcılığı ve klinik karşılığı olan ifadelerin olması belirleyici olmuştur. Bu kriterler doğrultusunda;

- Öz-yetersizlik alt boyutundan 23 ve 27. Maddeler seçilmiştir. Bu maddeler hem yüksek faktör yükleri (sırasıyla 0,825 ve 0,805) ve madde-toplam madde korelasyonlarına (0,582 ve 0,589) sahiptir. Aynı zamanda öz-yetersizlik alt boyutunun çekirdek göstergelerindedir. Madde 23 (Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim), öz-yetersizliğin süreçsel ve anlık bileşenini yakalar. İstek geldiğinde bu durumla baş edemeyeceğim inancını ifade eder. Madde 27 (Sigarayı bırakamam) ise bırakma davranışının imkansız olduğunu genelleşmiş bir yargı ile ifade eder. Bu madde de öz-yetersizliğin sonuç boyutunu ölçer.
- Akılcılaştırma alt boyutundan 8. Ve 20. Maddeler kısa ölçeğe alınmıştır. Yine bu maddelerinde faktör yükleri (sırasıyla 0,707 ve 0,743) ve madde-toplam madde korelasyonlarına (0,379 ve 0,473) bu alt boyuttaki maddelere göre yüksektir. Madde 20 (Sigaradan başka keyfim yok), hedonik bir gerekçelendirme olup sigara bir ödül ve iyi duygu kaynağı olarak sunulur. Madde 8'de (Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm) ise zararı minimize etme ve karşılaştırmalı meşrulaştırma vardır. Bu maddenin kültürel bağlamda sık görüldüğü ve yüksek yüzey geçerliliğe sahip olduğu düşünülmüştür.
- Duygusal Akıl Yürütme boyutundan ise 3 ve 12. Maddeler seçilmiştir. Bu maddelerinde faktör yükleri (sırasıyla 0,801 ve 0,838) ve madde-toplam madde korelasyonları (0,475 ve 0,433) yüksektir. Madde 3 (Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir), duygusal akıl yürütmenin davranışa dönüşümünü ifade eden kritik bir maddedir. Bir zorunluluk ifadesi içerir. Madde 12 (Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor) ise kişi duygusunu bir kanıt gibi kullanır. Sıklıkla gözlenen duygudurumu düzenlemek için sigara içme davranışının tipik bir ifadesidir.

- Öz-yetersizlik alt boyutundaki 10. Madde faktör yükünün düşüklüğünden dolayı, duygusal akıl yürütmedeki 29. Madde hem düşük faktör yükü hem de düşük madde-toplam madde korelasyonunun düşüklüğünden dolayı, rasyonalizasyon alt boyutundaki 22. Madde ise tarama gücünün sınırlı olacağı ve nihilistik bir temadan olmasından dolayı yine rasyonalizasyon alt boyutundaki 19. Madde ise daha soyut bir beklenti içerdiği için kısa ölçeğe alınmamıştır.

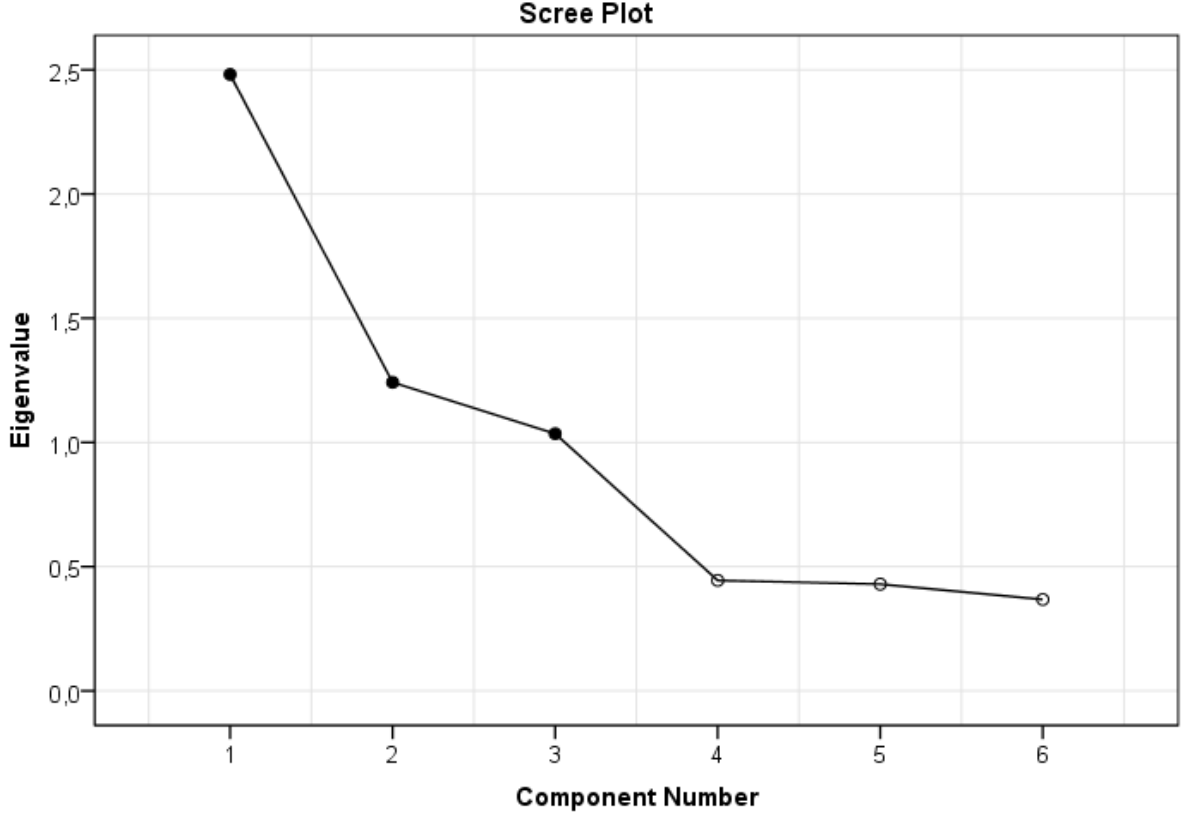
4.2.5.1 SİGARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ-KISA FORMU'NUN AÇIMLAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Tablo 8’de Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği-Kısa Formu’nun Açımlayıcı Faktör Analizi gösterilmiştir. Kısa formun açımlayıcı faktör analizde KMO değeri 0.641 olarak hesaplanmış, Bartlett testi yine anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 485,028$; $df = 15$; $p < 0.001$). Maddelerin faktör yükleri 0.831 ile 0.915 arasında değişmiştir. Analiz sonucunda ölçeğin uzun formdaki üç faktörlü yapıyı koruduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Scree plot grafiği de bu yapıyı desteklemiştir (Şekil 3). Üç faktör birlikte toplam varyansın %79,3’ünü açıklamaktadır.

Tablo 8. Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği-Kısa Formu’nun Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçek maddeleri	Faktör Yükleri		
	1	2	3
Faktör 1: Öz-yetersizlik (Self-inefficacy)			
27. Sigarayı bırakamam	,891		
23. Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim	,887		
Faktör 2: Akılcılaştırma (Rationalization)			
8. Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.		,915	
20. Sigaradan başka keyfim yok		,831	
Faktör 3: Duygusal Akıl Yürütme (Emotional Reasoning)			
12. Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor			,903

3. Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir				,865
	Varyans	41,35	20,69	17,25
	Eigen value (Öz-Değer)	2,481	1,242	1,035



Şekil 3. SİBÇÖ Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Ait Scree Plot Grafiği

4.2.5.2 SİGARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ-KISA FORMU'NUN GÜVENİRLİK ANALİZİ

SİBÇÖ'nün kısa formunun Cronbach alfa değeri 0.713 olarak hesaplanmıştır. Kısa formdaki alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri sırasıyla; *Öz-Yetersizlik* 0.759, *Rasyonalizasyon* 0.708 ve *Duygusal Akıl Yürütme* 0.726 olarak bulunmuştur. Kısa formun toplam ve alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri kabul edilebilir düzeydedir. Madde-toplam korelasyon katsayıları 0.374 ile 0.495 arasında değişmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. SİBÇÖ'nün Madde Analiz Sonuçları

Alt Boyutlar	Madde	Madde-toplam korelasyon katsayıları	Cronbach's Alpha
Öz-Yetersizlik			0,759
	23. Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim	,483	
	27. Sigarayı bırakamam	,475	
Rasyonalizasyon			0,708
	8. Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.	,427	
	20. Sigaradan başka keyfim yok	,495	
Duygusal Akıl Yürütme			0,726
	3. Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir	,422	
	12. Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor	,374	
Toplam Cronbach alfa			0,713

4.2.5.3 SİĞARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITIMLAR ÖLÇEĞİ-KISA FORMU'NUN TEST – TEKRAR TEST YÖNTEMİ

SİBÇÖ-KF'nin test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliği ile ilgili sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Bulgular, toplam puan için kabul edilebilir düzeyde zamanla kararlılık olduğunu göstermektedir ($r = 0,703$). Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik ($r = 0,629$), rasyonalizasyon ($r = 0,594$) ve duygusal akıl yürütme ($r = 0,642$) alt boyutlarının test-tekrar test korelasyonlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Tüm korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olması ($p < 0,001$), kısa formun zaman içinde tutarlı ölçümler sunduğunu desteklemektedir. Alt boyutların iki maddeden oluşması ve kısa formun tarama amacıyla geliştirilmiş olması dikkate alındığında, elde edilen korelasyon değerlerinin kabul edilebilir düzeyde test-tekrar test güvenilirliğine işaret ettiği söylenebilir.

Tablo 10. SİBÇÖ-KF'nin test- tekrar test yöntemi ile güvenilirliğinin belirlenmesi

	Ort.	ss	r	p
İlk SİBÇÖ-KF – Öz-Yetersizlik	4,80	1,84	0,629	<0,001
İkinci SİBÇÖ-KF – Öz-Yetersizlik	4,97	1,73		

İlk SİBÇÖ-KF – Rasyonalizasyon	4,82	2,21	0,594	<0,001
İkinci SİBÇÖ-KF – Rasyonalizasyon	4,97	2,18		
İlk SİBÇÖ-KF – Duygusal Akıl Yürütme	6,90	1,95	0,642	<0,001
İkinci SİBÇÖ-KF– Duygusal Akıl Yürütme	6,58	1,97		
İlk SİBÇÖ-KF Toplam Puanı	16,53	4,51	0,703	<0,001
İkinci SİBÇÖ-KF Toplam Puanı	16,53	4,43		

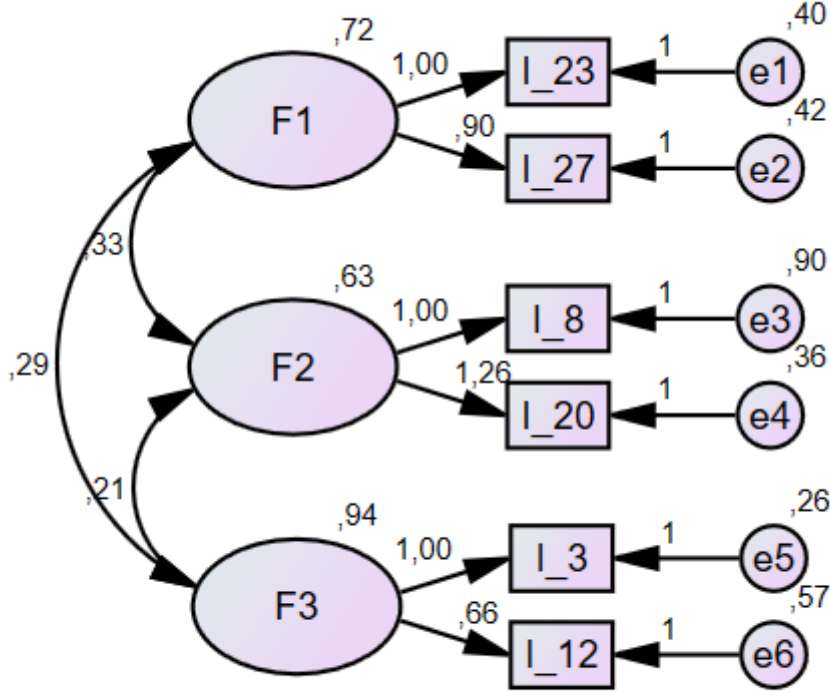
4.2.5.4 SİGARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ-KISA FORMU’NUN DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ(DFA)

SİBÇÖ-KF’nun açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen üç faktörlü yapının geçerliliğini test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Uyum iyiliği indekslerinden Ki-kare / serbestlik derecesi (χ^2/df) oranı 1,108 olarak gözlenmiştir. Bu değer, çok iyi bir uyum indeksidir. Bununla birlikte diğer uyum indeksleri de çok iyi bir uyuma işaret etmektedir; RMSEA = 0.018; GFI = 0.993; AGFI = 0.976; NFI = 0.986; CFI = 0.999 (Tablo 11).

Tablo 11. SİBÇÖ-KF’nin uyum indeksleri

Uyum İndeksi	Çok İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	SİBÇÖ-KF’nun uyum indeksleri
χ^2 / sd	≤ 2	≤ 3 (≤ 5 sınır)	1,108
CFI	≥ 0.95	0.90 – 0.94	0,999
NFI	≥ 0.95	0.90 – 0.94	0,986
RMSEA	≤ 0.05	0.06 – 0.08	0,018
GFI	≥ 0.95	≥ 0.90	0,993
AGFI	≥ 0.95	≥ 0.90	0,976

Bu bulgular doğrultusunda, faktör yapısıyla oluşan modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığı sonucuna varılmıştır (Şekil 4).



Şekil 4. Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği Kısa Formu'na (SİBÇÖ-KF) Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Modeli

4.2.6 SİBÇÖ VE SİBÇÖ-KF ARASINDAKİ İLİŞKİ

SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 12'de gösterilmiştir. SİBÇÖ'nün alt boyutları ile toplam puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, öz-yetersizlik, rasyonelizasyon ve duygusal akıl yürütme alt boyutlarının toplam puanla yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir ($r = 0,701-0,850$; $p < 0,01$). Bu bulgu, alt boyutların ölçeğin ortak yapısına güçlü biçimde katkıda bulunduğunu göstermektedir. Uzun form ile kısa form arasındaki ilişkiler incelendiğinde, aynı alt boyutlara ait puanlar arasında yüksek düzeyde korelasyonlar saptanmıştır (öz-yetersizlik: $r = 0,881$; rasyonelizasyon: $r = 0,821$;

duygusal akıl yürütme: $r = 0,853$; $p < 0,01$). Benzer biçimde, SİBÇÖ toplam puanı ile SİBÇÖ-KF toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur ($r = 0,901$; $p < 0,01$). Bu sonuçlar, kısa formun uzun formu başarıyla temsil ettiğini ve iki form arasında yüksek düzeyde ölçüm tutarlılığı olduğunu göstermektedir.

Tablo 12. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7
(1) SİBÇÖ- ÖY	1						
(2) SİBÇÖ-R	,360**	1					
(3) SİBÇÖ-DAY	,504**	,305**	1				
(4) SİBÇÖ-Toplam	,850**	,701**	,752**	1			
(5) SİBÇÖ-KF- ÖY	,881**	,363**	,359**	,736**	1		
(6) SİBÇÖ-KF-R	,349**	,821**	,260**	,607**	,352**	1	
(7) SİBÇÖ-KF-DAY	,380**	,266**	,853**	,618**	,260**	,237**	1
(8) SİBÇÖ-KF-Toplam	,730**	,689**	,664**	,901**	,732**	,761**	,673**

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü).

4.2.6.1 SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF VE FNBT, SÜBÖ İLİŞKİSİ

SİBÇÖ ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 13'de gösterilmiştir. Ölçüt geçerliği için yapılan bu analizlerde SİBÇÖ toplam puanı ile Fagerström toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = 0,444$; $p < 0,001$). Benzer bir şekilde anlamlılığın SİBÇÖ-KF toplam puanı ile Fagerström toplam puanı arasında da olduğu gözlenmiştir. ($r = 0,309$; $p < 0,001$). Bu bulgular hem SİBÇÖ'nün hem de SİBÇÖ-KF'nin nikotin bağımlılığı düzeyi ile kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymakta olup SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin ölçüt (yakınsak) geçerliğini desteklemektedir.

Tablo 13. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi ($n=328$)

		Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puanları			Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puanları
	r	,488**		r	,397**

SİBÇÖ- ÖY	p	<0,001	SİBÇÖ-KF- ÖY	p	,000
SİBÇÖ-R	r	,155**	SİBÇÖ-KF-R	r	,109*
	p	0,005		p	,049
SİBÇÖ-DAY	r	,349**	SİBÇÖ-KF-DAY	r	,179**
	p	<0,001		p	,001
SİBÇÖ-Toplam	r	,444**	SİBÇÖ-KF-Toplam	r	,309**

Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ-KF toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 14’te gösterilmiştir. Bulgular, SÜBÖ toplam puanı ile SİBÇÖ-KF toplam puanı arasında orta–yüksek düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = 0,586$; $p < 0,001$). Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik (SİBÇÖ-KF-ÖY) ve duygusal akıl yürütme (SİBÇÖ-KF-DAY) alt boyutlarının, duygusal düzenleme ve kontrolle ilişkili üstbilişsel inançlarla orta–yüksek düzeyde ilişkiler gösterdiği görülmektedir (Tablo 14). Özellikle SÜBÖ’nün duygusal düzenleme hakkında pozitif üstbilişsel inançlar (DDP) alt boyutunun SİBÇÖ-KF-DAY ile yüksek düzeyde ilişkili olması ($r = 0,689$; $p < 0,001$), sigara içmenin duygusal durumları düzenleme işlevine yönelik bilişsel çarpıtmaların bu üstbilişsel inançlarla yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir. Genel olarak elde edilen bulgular, SİBÇÖ-KF’nin hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde, sigara içmeye ilişkin üstbilişsel inançlarla kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymakta; ölçeğin yakınsak geçerliğini güçlü biçimde desteklemektedir.

Tablo 14. Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ-KF toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SİBÇÖ-KF- ÖY	SİBÇÖ-KF-R	SİBÇÖ-KF-DAY	SİBÇÖ-KF-Toplam
SÜBÖ – Toplam	r	0,467	0,313	0,508	0,586
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – BDP	r	0,342	0,279	0,416	0,474
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – DDP	r	0,270	0,293	0,689	0,569
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – KEN	r	0,541	0,216	0,251	0,457

	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – BEN	r	0,323	0,194	0,237	0,344
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

SÜBÖ - BDP: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Bilişsel Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar, SÜBÖ - DDP: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Duygusal Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar, SÜBÖ -KEN: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Sigaranın Kontrol Edilmezliği Hakkında Negatif Üstbilişsel İnanışlar, SÜBÖ -BEN: Sigara içmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Bilişsel Engellenme Hakkında Negatif Üstbilişsel İnanışlar

Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 15’te gösterilmiştir. Bulgular, SÜBÖ toplam puanı ile SİBÇÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = 0,658$; $p < 0,001$). Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik (SİBÇÖ-ÖY) ve duygusal akıl yürütme (SİBÇÖ-DAY) alt boyutlarının, özellikle kontrol ve duygusal düzenleme ile ilişkili üstbilişsel inançlarla orta–yüksek düzeyde ilişkiler gösterdiği görülmektedir (Tablo 15). Genel olarak elde edilen bulgular, SİBÇÖ’nün hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde, sigara içmeye ilişkin üstbilişsel inançlarla kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymakta ve ölçeğin ölçüt geçerliğini güçlü biçimde desteklemektedir.

Tablo 15. Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SİBÇÖ-ÖY	SİBÇÖ-R	SİBÇÖ-DAY	SİBÇÖ-Toplam
SÜBÖ – Toplam	r	0,614	0,311	0,583	0,658
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – BDP	r	0,448	0,312	0,462	0,529
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – DDP	r	0,386	0,332	0,667	0,579
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – KEN	r	0,659	0,182	0,380	0,556
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
SÜBÖ – BEN	r	0,453	0,133	0,326	0,409
	p	<0,001	0,016	<0,001	<0,001

SÜBÖ - BDP: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Bilişsel Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar, SÜBÖ - DDP: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-Duygusal Düzenleme Hakkında Pozitif Üstbilişsel İnanışlar, SÜBÖ -KEN: Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-

4.2.6.2 SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF VE YAŞ

Yaş ile SİBÇÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, öz-yetersizlik alt boyutunun yaş ile anlamlı pozitif ilişki gösterdiği ($r = 0,176$; $p = 0,001$), toplam puanın da yaşla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir ($r = 0,111$; $p = 0,045$). Kısa formda (SİBÇÖ-KF) benzer bir örüntü gözlenmiş; öz-yetersizlik ($r = 0,215$; $p < 0,001$), rasyonalizasyon ($r = 0,174$; $p = 0,002$) ve toplam puanın ($r = 0,151$; $p = 0,006$) yaş ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği saptamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi ($n=328$)

		Yaş			Yaş
SİBÇÖ- ÖY	r	0,176	SİBÇÖ-KF- ÖY	r	0,215
	p	0,001		p	<0,001
SİBÇÖ-R	r	0,076	SİBÇÖ-KF-R	r	0,174
	p	0,169		p	0,002
SİBÇÖ-DAY	r	-0,030	SİBÇÖ-KF-DAY	r	-0,071
	p	0,586		p	0,201
SİBÇÖ-Toplam	r	0,111	SİBÇÖ-KF-Toplam	r	0,151
	p	0,045		p	0,006

4.2.6.3 SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF VE CİNSİYET

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda, SİBÇÖ'nün duygusal akıl yürütme (SİBÇÖ-DAY) alt boyutunda kadınların erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($t = 2,632$; $p = 0,009$). Buna karşın öz-yetersizlik, rasyonalizasyon ve toplam puanlar açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kısa form (SİBÇÖ-KF) için yapılan analizlerde ise hiçbir alt boyut ve toplam puan açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort.	ss	t	p
SİBÇÖ- ÖY	Kadın	165	13,10	4,50	-,508	0,612
	Erkek	163	13,35	4,51		
SİBÇÖ-R	Kadın	165	10,47	3,57	1,614	0,107
	Erkek	163	9,85	3,37		
SİBÇÖ-DAY	Kadın	165	13,79	3,17	2,632	0,009
	Erkek	163	12,87	3,13		
SİBÇÖ-Toplam	Kadın	165	37,37	8,84	1,344	0,180
	Erkek	163	36,09	8,45		
SİBÇÖ-KF- ÖY	Kadın	165	4,92	1,82	-,953	0,341
	Erkek	163	5,11	1,89		
SİBÇÖ-KF-R	Kadın	165	5,23	2,21	1,597	0,111
	Erkek	163	4,85	1,99		
SİBÇÖ-KF-DAY	Kadın	165	7,14	1,81	1,554	0,121
	Erkek	163	6,82	1,88		
SİBÇÖ-KF-Toplam	Kadın	165	17,29	4,36	1,061	0,289
	Erkek	163	16,80	4,05		

4.2.6.4 SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF VE EĞİTİM DÜZEYİ

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda, SİBÇÖ'nün öz-yetersizlik (SİBÇÖ-ÖY) alt boyutunda lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin üniversite mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($t = 2,682$; $p = 0,008$). Benzer şekilde SİBÇÖ toplam puanı da lise ve altı grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t = 2,324$; $p = 0,021$). Kısa form (SİBÇÖ-KF) için yapılan analizlerde, öz-yetersizlik alt boyutunda lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($t = 2,103$; $p = 0,036$). Ancak kısa formun toplam puanları açısından eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	n	Ort	ss	t	p
SİBÇÖ- ÖY	Lise ve altı	41	14,97	4,52	2,682	0,008
	Üniversite	287	12,97	4,45		
SİBÇÖ-R	Lise ve altı	41	10,75	3,71	1,150	0,251
	Üniversite	287	10,08	3,45		

SİBÇÖ-DAY	Lise ve altı	41	13,92	3,28	1,267	0,206
	Üniversite	287	13,25	3,16		
SİBÇÖ-Toplam	Lise ve altı	41	39,65	8,98	2,324	0,021
	Üniversite	287	36,32	8,54		
SİBÇÖ-KF- ÖY	Lise ve altı	41	5,58	2,01	2,103	0,036
	Üniversite	287	4,93	1,82		
SİBÇÖ-KF-R	Lise ve altı	41	5,46	2,28	1,357	0,176
	Üniversite	287	4,98	2,08		
SİBÇÖ-KF-DAY	Lise ve altı	41	6,95	2,01	-0,135	0,893
	Üniversite	287	6,99	1,83		
SİBÇÖ-KF-Toplam	Lise ve altı	41	18,00	4,39	1,545	0,123
	Üniversite	287	16,91	4,17		

4.2.6.5 SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF, SİGARA KULLANIM VE BIRAKMA DENEMESİ ÖZELLİKLERİ

SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve günlük içilen sigara adedi arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 19’de gösterilmiştir. Günlük içilen sigara adedi ile SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF’nin toplam ve alt boyut puanları arasında genel olarak pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgular, sigara tüketim miktarı arttıkça sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların da arttığını göstermektedir.

Tablo 19. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve günlük içilen sigara adedi arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=328)

		Günlük içilen sigara adedi			Günlük içilen sigara adedi
SİBÇÖ- ÖY	r	0,361	SİBÇÖ-KF- ÖY	r	0,308
	p	<0,001		p	<0,001
SİBÇÖ-R	r	0,132	SİBÇÖ-KF-R	r	0,056
	p	0,016		p	0,315
SİBÇÖ-DAY	r	0,230	SİBÇÖ-KF-DAY	r	0,110
	p	<0,001		p	0,047
SİBÇÖ-Toplam	r	0,326	SİBÇÖ-KF-Toplam	r	0,212
	p	<0,001		p	<0,001

SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve sigara içme yılı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 20’de gösterilmiştir. Sigara içme yılı ile öz-yetersizlik (SİBÇÖ-ÖY) alt boyutu ($r = 0,247$; $p < 0,001$) ve toplam puan ($r = 0,201$; $p < 0,001$) ile düşük–orta düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Rasyonalizasyon (SİBÇÖ-R) alt boyutunda ilişki düşük düzeyde olmakla birlikte anlamlıdır ($r = 0,118$; $p = 0,033$). Kısa form (SİBÇÖ-KF) sonuçları da benzer bir örüntü göstermiştir (Tablo 20).

Tablo 20. SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve sigara içme yılı arasındaki ilişkinin incelenmesi ($n=328$)

		Sigara içme yılı			Sigara içme yılı
SİBÇÖ- ÖY	r	0,247	SİBÇÖ-KF- ÖY	r	0,265
	p	<0,001		p	<0,001
SİBÇÖ-R	r	0,118	SİBÇÖ-KF-R	r	0,158
	p	0,033		p	0,004
SİBÇÖ-DAY	r	0,069	SİBÇÖ-KF-DAY	r	0,027
	p	0,214		p	0,620
SİBÇÖ-Toplam	r	0,201	SİBÇÖ-KF-Toplam	r	0,208
	p	<0,001		p	<0,001

SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KY puanlarının sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir. Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, SİBÇÖ’nün öz-yetersizlik, rasyonalizasyon, duygusal akıl yürütme alt boyutları ile toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Benzer şekilde, SİBÇÖ-KF’nin tüm alt boyutları ve toplam puanı bakımından da, daha önce bırakmayı deneyenler ile denemeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgular, sigarayı bırakmayı daha önce deneme durumunun, sigara içme ile ilişkili bilişsel çarpıtmalar düzeyi üzerinde ayırt edici bir etki göstermediğini ve söz konusu bilişsel yapıların, bırakma denemesinden bağımsız olarak benzer düzeylerde seyrettiğini düşündürmektedir.

Tablo 21. SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KY puanlarının sigarayı bırakmayı deneme durumuna göre karşılaştırılması

Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?	n	Ort.	ss	t	p

SİBÇÖ- ÖY	Hayır	72	13,77	4,32	1,172	0,242
	Evet	256	13,07	4,54		
SİBÇÖ-R	Hayır	72	10,68	3,88	1,407	0,160
	Evet	256	10,02	3,35		
SİBÇÖ-DAY	Hayır	72	13,59	3,50	0,781	0,436
	Evet	256	13,26	3,08		
SİBÇÖ-Toplam	Hayır	72	38,05	8,48	1,464	0,144
	Evet	256	36,36	8,68		
SİBÇÖ-KF- ÖY	Hayır	72	5,33	1,82	1,635	0,103
	Evet	256	4,92	1,85		
SİBÇÖ-KF-R	Hayır	72	4,90	2,23	-0,650	0,516
	Evet	256	5,08	2,07		
SİBÇÖ-KF-DAY	Hayır	72	7,11	2,01	0,639	0,523
	Evet	256	6,95	1,80		
SİBÇÖ-KF-Toplam	Hayır	72	17,34	4,32	0,673	0,501
	Evet	256	16,96	4,18		

5 TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 TARTIŞMA

Bu tez çalışmasına, sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek üzere, klinikte kullanılabilir geçerli, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir ölçek geliştirme amacı ile başlanmıştır. Sigara İçme ile ilgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (SİBÇÖ) kısa ve uzun formu geliştirilmiş ve ölçeğin özellikleri kapsamlı biçimde incelenmiştir. Alanyazın taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulan madde havuzu, çok aşamalı geçerlik ve güvenilirlik analizlerinden geçirilmiş; hem kuramsal hem de istatistiksel açıdan geçerli ve güvenilir bir ölçek elde edilmiştir. Yapılan analizler, ölçeğin sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel süreçleri güvenilir ve geçerli bir biçimde ölçebildiğini göstermektedir.

Faktör analizleri sonucunda, SİBÇÖ'nün üç faktörlü (öz-yetersizlik, rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme) bir yapı sergilediği belirlenmiştir. Bu üç faktörlü yapı, bilişsel davranışçı kuram çerçevesinde sigara içmeyi sürdüren temel bilişsel çarpıtmalarla örtüşmektedir. Ölçeğin kısa formunun (SİBÇÖ-KF) da uzun formunu yüksek düzeyde temsil ettiği, geçerlik ve güvenilirlik göstergelerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Genel olarak elde edilen bulgular, SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin hem araştırma hem de klinik uygulamalarda kullanılabilecek nitelikte ölçme araçları olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bölümde, çalışma sonucunda elde edilen bulgular ilgili alanyazın çerçevesinde aşağıda sırasıyla tartışılmış ve öneriler geliştirilmiştir.

5.1.1 SİBÇÖ'NÜN FAKTÖR YAPISI

SİBÇÖ, öz-yetersizlik (SİBÇÖ-ÖY), rasyonalizasyon (SİBÇÖ-R) ve duygusal akıl yürütme (SİBÇÖ-DAY) olarak üç faktöre ayrılmaktadır. Bu faktörlerin içerikleri, sigara içme davranışını sürdüren bilişsel süreçleri açıklayan bilişsel davranışçı çerçeve ile büyük ölçüde uyumludur.

Özyeterlilik (self-efficacy), Bandura⁵⁴ tarafından geliştirilen bir kavram olup bireyin belirli bir başarıya ulaşmak için gerekli olan eylem planlarını organize etme ve

uygulama kapasitesine dair inancını ifade eder.⁵³ Bu kavram, bir kişinin bir görevi başarıyla tamamlayıp tamamlayamayacağına dair kendi yeteneklerini değerlendirmesidir.^{53,54} Bir kişi sigarayı bırakmanın sağlığını düzeltereğine inansa dahi, bunu yapabileceğine dair yeteneğinden şüphe ediyorsa, bu konuda harekete geçemeyebilir.^{54,87} SİBÇÖ'deki öz-yetersizlik faktörü, hastanın bu alanlardaki inançsızlığını gösteren faktörlerdendir. Sigara bırakma literatüründe "bırakma özyeterliliği", bir bireyin yüksek riskli durumlarda (üzgünken, başkaları içerken vb.) sigara içmekten kaçınma yeteneğine olan güveni olarak tanımlanır.⁵³ Öz-yetersizlik, kişinin sigarayı bırakma özyeterliliğinin yokluğu olarak da tanımlanabilir. Çalışmalar, yüksek özyeterliliğin sigarayı bırakma başarısını artırdığını, düşük özyeterliliğin ise nüks riskini yükselttiğini göstermektedir.^{53,87} Bu sebeple ölçüğümüzdeki Öz-yetersizlik faktörü, nüksü takip etme, önleme açısından da oldukça önemlidir, çünkü sigara kullanımı arttıkça, özyeterliliğin azaldığı bilinmektedir.⁵³

Rasyonalizasyon, kişinin sigara içmek gibi sergilediği davranışlar ile ilgili sahip olduğu bilgilerin çelişmesinden kaynaklı yaşadığı huzursuzluğu, bilişsel çelişkiyi gidermek için kullandığı bir savunma mekanizmasıdır.^{84,92} Rasyonalizasyonun, kişinin kendini muaf tuttuğu inançlarla ve minimizasyon çarpıtmaları ile de bağlantısı olduğu görülebilir. Bu çarpıtmalar, bir nevi kalkan oluşturarak, kişinin sigaranın sağlığına zararları üzerine düşünmesini engeller ve iyimser yanlılığı besleyerek sigara bırakmayı engelleyen sebepleri oluşturur.^{92,93}

Duygusal akıl yürütme, bir kişinin gerçekliği nesnel kanıtlara veya mantıksal verilere göre değil, o anki duygularına ve hissettiklerine dayanarak değerlendirmesi eğilimidir, duygusal risk algısının azlığı olarak da tanımlanabilir, kişi sigaranın sağlığa zararını bilişsel olarak kabul etse dahi duygusal olarak risk hissetmiyorsa bunu riskin düşük olduğu yönünde yorumlayabilir.⁶⁹ Bu iyimser yanlılık, duygusal akıl yürütme bilişsel çarpıtması ile beslenir.⁸⁴ Bağımlılıktan kaynaklanan rahatsız edici hisleri azaltmak için kişiler, sigaranın sağlık tehdidini tamamen görmezden gelerek duygusal bir rahatlama yolu seçebilir, bu durum "bağımlılığın kaçınılmaz olduğu" inancına sahip kişilerde risk algısının daha düşük olmasıyla kendini gösterir.⁶⁹

Bu sebeplerle elde ettiğimiz ölçek, alanyazını destekler şekilde, sigara kullanımının yalnızca fizyolojik bağımlılık değil, aynı zamanda bilişsel ve duygusal süreçlerle sürdürülen çok boyutlu bir davranış olduğunu desteklemektedir.

5.1.2 AÇIMLAYICI VE DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada SİBÇÖ'nün faktör yapısını ortaya koymak amacıyla yürütülen açımlayıcı faktör analizi süreci, ölçeğin kavramsal bütünlüğünü güçlendirmeyi ve ölçülmek istenen yapıyı daha net biçimde temsil etmeyi hedefleyen çok aşamalı ve titiz bir madde eleme süreci içermiştir.

Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri öncesinde 67 maddelik havuzdan araştırmacılar tarafından benzer maddeler birleştirilmiş ve ölçüm duyarlılığını olumsuz etkileyebilecek 29 madde taslak ölçekten çıkarılmıştır. Görünüş geçerliği sırasında altı madde daha hedeflenen yapıyı yeterince temsil etmediği için elenmiştir. Lawsche tekniği¹⁰³ ile kapsam geçerliği değerlendirilmiş, 32 madde ölçekte kalmaya devam etmiştir. Kapsam Geçerliğinde içerik açısından 2 madde yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin bu haliyle Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0.96 olarak hesaplanarak yüksek kapsam geçerliliği olduğu görülmüş.¹⁰⁴ Farklı birimlerde görev yapan 17 katılımcı ile kalan 32 madde ile pilot uygulama yapılmış, iki maddenin dil açısından revize edilmesi sonrasında 32 maddelik taslak ölçek düzenlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda örneklem yeterliliği KMO katsayısı 0.868 olarak hesaplanmıştır. Kaiser tarafından önerilen sınıflamaya göre 0.80 üzerindeki bu değer, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için 'çok iyi' düzeyde yeterli olduğunu göstermektedir.¹⁰⁵

Alanyazında da belirtildiği üzere faktör analizleri sırasında ters yükler gösteren, birden fazla faktöre anlamlı düzeyde dağılan ya da düşük faktör yükü sergileyen maddeler ölçekten çıkarılmış, ölçeğin istatistiksel uygunluğunun yanı sıra kuramsal tutarlılığının da artırılmasını amaçlanmıştır.^{100,106,107} Madde eleme sürecinde 13 maddeden oluşan, üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Yoğun eleme süreci sonucunda sigara bağımlılığının bilişsel yapısı ile örtüşen, her bir faktörün içerik açısından ayırt edici hale geldiği bir ölçek hazırlandığı düşünülmektedir. On üç maddeden oluşan ölçeğin son Açımlayıcı faktör analizde KMO değeri 0.833 olarak hesaplanmış, örneklem büyüklüğü 'çok iyi' düzeyinde

yeterli¹⁰⁵ ve Bartlett testi yine anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 1353.070$; $df = 78$; $p < 0.001$).^{106,108} Maddelerin faktör yükleri 0.418 ile 0.838 arasında değişmiştir, alanyazındaki 0.40 üzeri değerlerin orta-iyi olarak kabul edilebilir, anlamlı ve yorumlanabilir olduğu bilgisi ile uyumludur (Tablo 3).^{107,109}

AFA sonucunda elde edilen üç faktörlü yapının geçerliliği, alanyazında önerildiği üzere¹¹⁰, doğrulayıcı faktör analizi ile ayrıca test edilmiştir. DFA sonuçlarında elde edilen uyum indekslerinin genel olarak kabul edilebilir ve iyi düzeylerde olduğu gözlenmiştir. χ^2 / sd oranı ve RMSEA, CFI, GFI ve AGFI gibi uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olması¹¹¹⁻¹¹³, açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen yapının verilerle tutarlı olduğunu göstermektedir (Tablo 6). Bu bulgular doğrultusunda, oluşan modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığı sonucuna varılmıştır (Şekil 2).

Sonuç olarak, AFA ve DFA bulguları birlikte değerlendirildiğinde, SİBÇÖ'nün faktör yapısının hem istatistiksel hem de kuramsal açıdan sağlam temellere dayanmaktadır. Özellikle yoğun madde eleme sürecinin ardından elde edilen yapının, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaları daha net biçimde temsil ettiği ve ölçeğin ölçüm gücünü artırdığı düşünülmektedir. Bu durum, geliştirilen ölçeğin araştırma ve klinik uygulamalarda güvenle kullanılabileceğine işaret etmektedir.

5.1.3 ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI:

5.1.3.1 İÇ TUTARLILIK BULGULARI

Taslak ölçeğin faktör yapısı belirlendikten sonra, SİBÇÖ iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam korelasyonları ile değerlendirilmiştir.¹¹⁴ Toplam 13 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.821, Öz-Yetersizlik faktörü için 0.841, Rasyonalizasyon için 0.628 ve Duygusal Akıl Yürütme için 0.658 olarak bulunmuştur. Öz-yetersizlik alt boyutu için “çok iyi” düzeyde güvenilirlik sağlanırken, Rasyonalizasyon ve Duygusal Akıl Yürütme faktörlerinde “kabul edilebilir” düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri ise 0,821 olup çok iyi düzeyde güvenilirlik sağlamaktadır (Tablo 4).¹¹⁵ Ölçeğin toplam puanına ait Cronbach alfa katsayısının çok iyi düzeyde bulunması, ölçeğin sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaları bütüncül ve tutarlı bir yapı altında ölçtüğünü göstermektedir. Bu bulgu, ölçeğin genel iç tutarlılığının güçlü olduğunu ve maddelerin ortak bir yapıyı temsil ettiğini

desteklemektedir.¹¹⁰ Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik alt boyutunun Cronbach alfa değerinin yüksek düzeyde olduğu, buna karşın rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme alt boyutlarının alfa değerlerinin kabul edilebilir düzeyde seyrettiği görülmektedir. Alt boyutlar arasındaki bu farklılığın, ölçülen bilişsel yapıların doğasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Öz-yetersizlik, bireyin sigarayı bırakma sürecine ilişkin genelleşmiş ve görece daha bütüncül bir inanç örüntüsünü yansıtırken, rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme içerik açısından daha heterojen bilişsel süreçleri kapsamaktadır, Cronbach alfa değerindeki düşüşün, bununla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.¹⁰⁰

5.1.3.2 TEST-TEKRAR TEST GÜVENİRLİĞİ

Bu tez çalışmasında geliştirilen Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) zaman içindeki kararlılığı, test-tekrar test yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bir hafta arayla gerçekleştirilen uygulamalar sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları, ölçeğin hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve kabul edilebilir düzeyde zamanla kararlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, SİBÇÖ'nün ölçtüğü bilişsel çarpıtmaların kısa zaman aralıklarında önemli ölçüde değişmeden ölçülebildiğini ve ölçeğin tutarlı ölçümler sunduğunu desteklemektedir.

Uzun form incelendiğinde, alanyazında zamanla kararlılığı ölçmek için temel yöntem olarak belirtilmesi¹¹⁵ sebebiyle uygulanan test-tekrar test yöntemi ile güvenilirliğe dair sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Öğrenme/hatırlama etkisini azaltıp gerçek değişimi minimize ettiği için, iki haftalık tekrar tercih edilmiştir.¹⁰⁰ Sonuçlara göre, öz-yetersizlik alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısının yüksek düzeyde bulunması($r=0,770$)¹¹⁵, bireyin sigarayı bırakma sürecine ilişkin öz-etkililik algısının görece daha istikrarlı ve süreklilik gösteren bir bilişsel yapı olduğuna işaret etmektedir. Buna karşın rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme alt boyutlarında elde edilen korelasyon katsayılarının kabul edilebilir düzeyde olması(sırasıyla $r=0,627$ ve $r=0,652$), bu bilişsel çarpıtmaların durumsal ve bağlama duyarlı özellikler taşıyabileceğini, kabul edilebilir düzeyde kararlılık gösterdiğini düşündürmektedir. Tüm korelasyonların istatistiksel olarak

anlamli olması ($p < 0,001$), ölçeğin ve alt boyutlarının zaman içinde tutarlı ölçümler sunduğunu desteklemektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, SİBÇÖ'nün test–tekrar test sonuçları, ölçeğin ölçtüğü bilişsel çarpıtmaların kısa süreli uygulamalarda rastlantısal dalgalanmalardan ziyade görece bir süreklilik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, geliştirilen ölçeğin hem araştırma hem de klinik bağlamda, zaman içinde tutarlı ölçümler elde edilmesine olanak sağlayan güvenilir bir değerlendirme aracı olduğunu göstermektedir.

5.1.4 SİBÇÖ-KF (KISA FORM) BULGULARININ TARTIŞILMASI

Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) tutarlı, güvenilir, kararlı yapısının yanı sıra, uygulama yükünü azaltmak ve özellikle saha çalışmaları ile klinik tarama amaçlarına uygun, pratik bir değerlendirme aracı sunmak amacıyla kısa formu (SİBÇÖ-KF) da geliştirilmiştir. Kısa formun geliştirilmesinde temel amaç, ölçülen bilişsel yapının özünü koruyarak, daha kısa sürede uygulanabilen ve katılımcı yorgunluğunu azaltan bir ölçme aracı elde etmektir.

Kısa form için madde seçimi yapılırken yalnızca istatistiksel ölçütler değil, aynı zamanda maddelerin kuramsal temsil gücü ve klinik karşılığı da dikkate alınmıştır. Her bir alt boyutu temsil edecek biçimde, faktör yükleri yüksek ve madde-toplam korelasyonları güçlü çekirdek maddeler seçilmiştir (Öz-yetersizlik 23 ve 27.maddeler, rasyonalizasyon 8 ve 20.maddeler, duygusal akıl yürütme 3 ve 12.maddeler).^{107,116} Diğer maddeler faktör yükünün düşüklüğü, madde- toplam korelasyonun düşüklüğü, tarama gücü sınırlılığı, nihilistik temalarda olmaları, soyut beklenti içermeleri sebeplerinden dolayı kısa ölçeğe dâhil edilmemiştir.¹¹⁷

Bu yaklaşım doğrultusunda oluşturulan kısa formun oluşturulma koşulu olarak, uzun formdaki üç faktörlü yapıyı koruduğu (Tablo 8, Şekil 3) ve her bir alt boyutun temel bilişsel içeriğini yansıttığı hem toplam puanlar hem de karşılık gelen alt boyutlar arasında uzun form ile arasında yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar görülmektedir (Tablo 12).¹¹⁸ Elde edilen bu sonuçlar, kısa formun uzun formdan bağımsız, farklı bir yapı ölçmekten ziyade, aynı bilişsel çarpıtmalar yapısının daha özlü bir değerlendirmesini sunduğunu desteklemektedir.¹⁰⁰ İç güvenilirliğinde, SİBÇÖ-KF'nin toplam ve alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri kabul edilebilir düzeylerde

bulunmuştur(SİBÇÖ-KF=0.713, SİBÇÖ-KF-ÖY=0.759, SİBÇÖ-KF-R=0.708, SİBÇÖ-KF-DAY=0.726, Tablo 9).^{110,115}

Kısa formun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında elde edilen uyum iyiliği indekslerinin çok iyi düzeyde (Tablo 11) olması, bu yapının verilerle güçlü bir uyum sergilediğini ortaya koymaktadır.¹¹¹ Kısa formda daha az sayıda ve daha homojen maddelerin yer alması, modelin daha yalın ve net bir yapıya kavuşmasına katkı sağlamış olabilir. Bu durum, kısa formun uzun forma kıyasla daha iyi uyum indeksleri göstermesinin, ölçüm gücünün azalmasından değil, yapının arıtılmış ve hedefe odaklı hale gelmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kısa form (SİBÇÖ-KF) için elde edilen test–tekrar test bulguları da benzer bir örüntü sergilemiştir. Alt boyutların her birinin, toplam puan için elde edilen korelasyon katsayısının kabul edilebilir düzeyde olması kısa formun zaman içinde tutarlı ölçümler sunduğunu göstermektedir (Tablo 10).¹¹⁵ İki maddeli alt boyutlarda iç tutarlılık ve zamanla kararlılık katsayılarının görece daha sınırlı olmasının, ölçüm gücünden ziyade madde sayısının azlığına bağlı istatistiksel bir durum olduğu düşünülmektedir.^{100,119} Buna rağmen elde edilen bulgular, kısa formun tarama ve saha çalışmalarında kullanılabilecek düzeyde güvenilir bir araç olduğunu desteklemektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, SİBÇÖ-KF'nin uzun formun kuramsal yapısını koruyan, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu; özellikle zaman kısıtlı klinik ortamlarda ve geniş örneklemlerle araştırmalarda kullanılabilecek pratik bir alternatif sunduğu söylenebilir.

5.1.5 ÖLÇÜT (YAKINSAK) GEÇERLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI

Bu çalışmada geliştirilen Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin (SİBÇÖ) ölçüt (yakınsak) geçerliğini değerlendirmek amacıyla, nikotin bağımlılığı şiddetini ölçen Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve sigara içmeye ilişkin üstbilişsel süreçleri değerlendiren Sigara İçmeyle İlgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) ile olan ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen bulgular, SİBÇÖ'nün hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde, kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır.

5.1.5.1 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ İLE İLİŞKİLERİ (FNBT)

FNBT, nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçerken¹²⁰; SİBÇÖ bağımlılığın bilişsel boyutunu ele almaktadır. Bu iki ölçek arasındaki ilişkiler, bilişsel çarpıtmaların fiziksel bağımlılık düzeyiyle paralel hareket ettiğini göstermektedir. FNBT ile yapılan analizlerde, SİBÇÖ toplam puanı ile FNBT toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 13). Bu pozitif ilişki ($r=0,444$), fiziksel bağımlılık düzeyi arttıkça bilişsel çarpıtmaların da arttığını ortaya koymaktadır.^{53,121} Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik ve duygusal akıl yürütme alt boyutlarının FNBT ile daha güçlü ilişkiler göstermesi dikkat çekicidir, en güçlü ilişki, öz-yetersizlik ($r = 0,488$) alt boyutu ile görülmektedir. Bu durum, bireyin sigarayı bırakma sürecine ilişkin kontrol algısının zayıflaması ve sigaranın duygu düzenleyici bir araç olarak algılanmasının, bağımlılık şiddetiyle daha doğrudan ilişkili bilişsel süreçler olabileceğini düşündürmektedir.¹²²

SİBÇÖ-KF ile FNBT toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,309$, $p < 0,001$). Yine öz-yetersizlik ($r= 0,397$) alt boyutu, alt boyutlar arasında en anlamlı sonucu oluşturmaktadır. Hem SİBÇÖ hem de SİBÇÖ-KF'nin nikotin bağımlılığı düzeyiyle beklenen yönde anlamlı ilişki göstermesi, geliştirilen ölçeklerin ölçüt geçerliğini güçlü bir şekilde desteklemektedir.¹²³

5.1.5.2 SİGARA İÇMEYLE İLGİLİ ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ İLE İLİŞKİLERİ (SÜBÖ)

SİBÇÖ'nün SÜBÖ ile olan ilişkileri incelendiğinde ise, toplam puanlar arasında yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($r=0,658$) (Tablo 15).¹²⁴ Bu bulgu, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmalar ile sigaraya yönelik üstbilişsel inanışların birbiriyle yakından ilişkili yapılar olduğunu ve güçlü geçerlik kanıtı olduğunu desteklemektedir.¹²³ Alt boyutlar düzeyinde yapılan incelemelerde, öz-yetersizlik ve duygusal akıl yürütme alt boyutlarının, SÜBÖ'nün duygusal düzenleme ve sigaranın kontrol edilemezliğine ilişkin üstbilişsel inanışlarıyla orta-yüksek düzeyde ilişkiler göstermesi dikkat çekmektedir. Öz-yetersizlik alt boyutunun SÜBÖ'nün kontrol ve bilişsel engellenme ile ilişkili alt boyutlarıyla anlamlı ilişkiler göstermesi ($r= 0,659$), bireyin sigarayı bırakma sürecine yönelik düşük öz-yeterlilik algısının, sigara içme davranışının

kontrol edilemez olduğuna dair üstbilişsel inanışlarla birlikte seyrettiğine işaret etmektedir. Özellikle SÜBÖ'nün "duygusal düzenleme hakkındaki pozitif üstbilişsel inançlar" alt boyutu ile SİBÇÖ'nün "duygusal akıl yürütme" boyutu arasındaki yüksek korelasyon ($r=0,667$), sigara içme davranışının duyguları yönetme işleviyle ne kadar güçlü bir bilişsel çarpıtma zemini üzerine oturduğunu kanıtlamaktadır. Bu durum, sigara bağımlılığının sadece fiziksel bir süreç olmadığını, hatalı bilişsel süreçler ve üstbilişsel inançlarla yakından ilişkili olduğunu göstermekte ve bireyin sigara içmenin duygusal durumları düzenlediğine dair inançlarının hem bilişsel çarpıtmalar hem de üstbilişsel düzeyde paylaşılan ortak bir yapı üzerinden şekillendiğini düşündürmekte, ölçeğin ölçüt geçerliğini güçlü biçimde ortaya koymaktadır.

Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (SÜBÖ) puanları ile SİBÇÖ-KF toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 14'te gösterilmiştir. Bulgular, SÜBÖ toplam puanı ile SİBÇÖ-KF toplam puanı arasında orta-yüksek düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu, güçlü ölçüt geçerliğini göstermektedir ($r = 0,586$; $p < 0,001$).¹²³ Alt boyutlar incelendiğinde, öz-yetersizlik (SİBÇÖ-KF-ÖY) ve duygusal akıl yürütme (SİBÇÖ-KF-DAY) alt boyutlarının, sırasıyla kontrolle ilişkili üstbilişsel inançlarla ve duygusal düzenlemeyle ilgili orta-yüksek düzeyde ilişkiler gösterdiği görülmektedir (sırasıyla $r=0,541$, $p < 0,001$ ve $r=0,689$, $p < 0,001$). Öz-yetersizlik alt boyutunun kontrolle ilişkili üstbilişsel inançlarla anlamlı ilişkiler göstermesi, Bandura'nın düşük özyeterlilik algısının, kontrol kaybı ve çaresizlik inançlarıyla yakından ilişkili olduğu görüşü ile paraleldir.¹²⁵ Özellikle SÜBÖ'nün duygusal düzenleme hakkında pozitif üstbilişsel inançlar (DDP) alt boyutunun SİBÇÖ-KF-DAY ile yüksek düzeyde ilişkili olması ($r=0,689$)¹²⁶, sigara içmenin duygusal durumları düzenleme işlevine yönelik alanyazın ile uyumlu şekilde bilişsel çarpıtmaların bu üstbilişsel inançlarla yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir.⁶⁰ Genel olarak elde edilen bulgular, SİBÇÖ-KF'nin hem toplam puan hem de alt boyutlar düzeyinde, sigara içmeye ilişkin üstbilişsel inançlarla kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymakta; ölçeğin ölçüt geçerliğini güçlü biçimde desteklemekte ve geçerli bir ölçek kısaltılmasının koşullarındandır.^{100,118}

Genel olarak değerlendirildiğinde, SİBÇÖ'nün FNBT ve SÜBÖ ile gösterdiği bu örüntüsel ilişkiler, ölçeğin ölçüt geçerliğini güçlü biçimde desteklemektedir. Bulgular,

sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların hem bağımlılık şiddeti hem de sigaraya ilişkin üstbilişsel süreçlerle kuramsal olarak beklenen doğrultuda ilişkili olduğunu ve geliştirilen ölçeğin ölçmek istediği yapıyı başarıyla temsil ettiğini göstermektedir.

5.1.6 DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, Sigara İçme ile İlişkili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (SİBÇÖ) ve kısa formunun (SİBÇÖ-KF) demografik ve klinik değişkenlerle olan ilişkileri incelenmiş; elde edilen bulgular sigara içme davranışını sürdüren bilişsel süreçlerin psikolojik ve klinik anlamı çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bulgular, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların bazı demografik ve kullanım özellikleriyle ilişkili olduğunu, bazı değişkenler açısından ise daha yapısal ve süreğen özellikler sergilediğini göstermektedir.

5.1.6.1 YAŞ

Yaş değişkeni ile yapılan analizlerde, özellikle öz-yetersizlik alt boyutunun hem uzun hem de kısa formda yaş ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermesi dikkat çekicidir. Yaş ile SİBÇÖ puanları arasındaki ilişkilerde, öz-yetersizlik alt boyutunun yaş ile anlamlı pozitif ilişki gösterdiği ($r = 0,176$; $p = 0,001$), toplam puanın da yaşla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir ($r = 0,111$; $p = 0,045$)(Tablo 16). Kısa formda (SİBÇÖ-KF) da benzer bir örüntü gözlenmiş; öz-yetersizlik ($r = 0,215$; $p < 0,001$), rasyonalizasyon ($r = 0,174$; $p = 0,002$) ve toplam puanın ($r = 0,151$; $p = 0,006$) yaş ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Büyük örneklerde küçük etki büyüklükleri bile istatistiksel olarak anlamlı olabildiği, bu durumun özellikle yaş, cinsiyet gibi demografik değişkenlerde beklenen bir bulgu olduğu bilinmektedir.^{106,124} Bu bulgular, yaş ilerledikçe bireyin sigarayı bırakma sürecine ilişkin kontrol algısının zayıflayabileceğini ve sigara içme davranışının daha yerleşik bir alışkanlık haline gelebileceğini düşündürmektedir. Sigara içme davranışının yıllar içinde tekrarlayan bırakma girişimleri ve olası başarısızlık deneyimleriyle birlikte, kişide negatif pekiştirme benzeri örüntülerin gelişmesine zemin hazırlayabileceği değerlendirilmektedir.¹²⁶ Buna karşın duygusal akıl yürütme alt boyutunun yaş ile anlamlı ilişki göstermemesi, bu bilişsel çarpıtmanın yaşa özgü olmaktan ziyade daha durumsal ve bağlama duyarlı bir yapı sergilediğini düşündürmektedir.

Oakes ve ark. bahsettiği ‘kurşun geçirmez’ inançların, iyimser yanlılık ve risk algısı içeriği ve bu inançların, bilişsel çarpıtmalar yönünden bakıldığında, minimizasyon, rasyonalizasyon gibi çarpıtmaları içerdiği dikkate alınarak, bu inançların daha çok 50 yaş üzerindeki kişilerde görülmesi SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF ve yaşın pozitif ilişki göstermesini desteklemektedir.⁹³ Yaş ilerledikçe bu hatalı düşünce kalıplarının kemikleşir⁷⁹, bu durum kişinin sigarayı bırakma konusundaki öz-yetersizlik algısını da beslemektedir. Yaş ilerledikçe bilişsel çarpıtmaların azalmadığı, aksine biçim değiştirdiği bilinmektedir, yaşlı bireylerin, gelecekteki risklerini tahmin etmek için geçmiş deneyimlerine dayanma eğilimleri daha yüksektir.¹²⁷ Alanyazından elde edilen bu bilgiler ışığında, çalışmamız alanyazı ile uyumludur.

5.1.6.2 CİNSİYET

Cinsiyet değişkeni açısından yapılan karşılaştırmalarda, SİBÇÖ’nün duygusal akıl yürütme alt boyutunda kadınların erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır ($t = 2,632$; $p = 0,009$). Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması, cinsiyet değişkeninin ilgili alt boyut üzerinde ayırt edici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.¹¹⁷ Bu bulgu, kadınlarda sigara içme davranışının duygusal düzenleme işleviyle daha güçlü biçimde ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Buna karşın öz-yetersizlik, rasyonalizasyon ve toplam puanlar açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmaması ($p > 0,05$), bu bilişsel çarpıtmaların büyük ölçüde cinsiyetten bağımsız olduğunu düşündürmektedir. Kısa form (SİBÇÖ-KF) için yapılan analizlerde ise hiçbir alt boyut ve toplam puan açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 17).

5.1.6.3 EĞİTİM DÜZEYİ

Eğitim düzeyi ile ilişkiler incelendiğinde, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin uzun form öz-yetersizlik alt boyutu ($t = 2,682$; $p = 0,008$) ve toplam puanlarında ($t = 2,324$; $p = 0,021$) üniversite mezunlarına kıyasla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu bulgu, düşük eğitim düzeyinde sigarayı bırakma sürecine ilişkin kontrol algısının daha zayıf olabileceğini ve bilişsel çarpıtmaların daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. Kısa form (SİBÇÖ-KF) için yapılan analizlerde, öz-

yetersizlik alt boyutunda lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($t = 2,103$; $p = 0,036$). Ancak kısa formun toplam puanları açısından eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 18).

Kaynaklar, eğitim seviyesinin sigara içme davranışının en güçlü öngörücüsü olabileceğini vurgulamakta, özellikle lise ve daha az eğitim almış kişilerde sigara içme oranı %40-44 gibi yüksek bir seviyede olduğunu bildirmektedir.^{31,34,39,48,49} Sigarayla deneme aşamasından her gün içiciliğe geçişte eğitim seviyesinin düşüklüğü en önemli risk faktörlerinden biridir.³⁹ Aynı zamanda düşük eğitilmiş bireylerin sigarayı bırakma konusunda daha az başarılı oldukları belirtilmektedir.⁴⁹ Düşük özyeterlilik algısının, özellikle uzun süreli içme öyküsü olan ve eğitim düzeyi düşük gruplarda daha belirgin bir engel teşkil ettiği düşünülmektedir.³¹ Oakes ve ark. bahsettiği ‘kurşun geçirmez’ inançların, iyimser yanlılık ve risk algısı içeriğine, bilişsel çarpıtmalar yönünden bakıldığında, bu inançların daha çok 12 yıldan daha az eğitim süresi olan kişilerde olduğu aktarılmıştır.⁹³ Bu veriler de çalışmamızın uzun ve kısa formu ile benzerlik göstermektedir.

5.1.6.4 SİGARA KULLANIM VE BIRAKMA DENEMESİ ÖZELLİKLERİ

Sigara kullanım özellikleri değerlendirildiğinde, günlük içilen sigara adedi ve sigara içme yılı arttıkça SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF’nin özellikle öz-yetersizlik ve toplam puanlarının artış göstermesi, bilişsel çarpıtmaların sigara içme davranışının şiddeti ve süresiyle paralel biçimde güçlendiğini düşündürmektedir (Tablo 19, Tablo 20). Elde edilen korelasyon katsayıları, Cohen’in (1988) sınıflamasına göre küçük–orta etki büyüklüklerinde olup, sigara kullanım şiddeti ve süresiyle bilişsel çarpıtmalar arasındaki anlamlı ilişkiyi ortaya koymaktadır.¹²⁸ Bu durum, bilişsel çarpıtmaların sigara içme davranışının yalnızca bir sonucu değil, aynı zamanda davranışın sürdürülmesine katkı sağlayan pekiştirici bilişsel süreçler olabileceğini desteklemektedir. Oakes ve arkadaşlarına göre, iyimser yanlılık ve risk algısının azlığının günde 15’ten fazla sigara içen kişilerde ön plana çıkması da çalışmamızı desteklemektedir.⁹³ Kısa formda duygusal akıl yürütme alt boyutunun sigara içme yılı ile daha zayıf ilişkiler göstermesi ise, ancak bu durumun ince ilişkileri yakalama gücü azaltabildiği, ölçüm geçerliğini zedelediği bilinmektedir.¹¹⁸ Bu bilişsel çarpıtmanın kroniklikten ziyade anlık duygusal durumlarla daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

SİBÇÖ, SİBÇÖ-KF ve sigara içme yılı arasındaki ilişkinin incelenmesinde (Tablo 20) öz-yetersizlik (SİBÇÖ-ÖY) alt boyutu ($r = 0,247$; $p < 0,001$) ve toplam puan ($r = 0,201$; $p < 0,001$) ile düşük–orta düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Elde edilen korelasyon katsayıları, Cohen'in sınıflamasına göre düşük–orta etki büyüklüğünde olmakla birlikte, sigara içme yılı ile bilişsel çarpıtmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir.¹²⁸ Rasyonalizasyon (SİBÇÖ-R) alt boyutunda ilişki düşük düzeyde olmakla birlikte anlamlıdır ($r = 0,118$; $p = 0,033$). Kısa form (SİBÇÖ-KF) sonuçları da uzun form ile benzer bir örüntü göstermiştir (Tablo 20). Rasyonalizasyon alt boyutunda elde edilen düşük düzeyli korelasyon, Rosenthal'ın belirttiği üzere, davranışın uzun süreli sürdürülmesiyle ilişkili birikimli etkiler bağlamında anlamlı kabul edilebilir.¹²⁹ Süre ve kroniklik içeren değişkenlerle psikolojik ölçekler arasında düşük–orta düzey korelasyonlar beklendiği ve bu düzeydeki ilişkilerin de ölçüt geçerliğini desteklediği bilinmektedir.¹²⁴ Çalışmamızın sonuçları alanyazın ile benzerdir, sigaranın erken yaşta denenmesi ve uzun süre kullanımının yetişkinlikte bağımlılık riskini arttığı bilinmektedir.^{35,42,45} Ergenlik dönemindeki dürtüsellik gibi özellikler kişiyi bağımlılığa karşı daha savunmasız kılar, bu sebeple sigaraya erken başlanması da kullanım geçmişinin toplam süresini arttırarak bağımlılık riskini arttırır.¹³⁰

Sigarayı bırakmayı daha önce deneme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin toplam ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.¹¹⁷ ($p > 0,05$, Tablo 21) Bu bulgu, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların, yalnızca bırakma girişiminde bulunmuş olma durumundan bağımsız olarak varlığını sürdürebildiğini göstermektedir.⁷⁹ Başka bir ifadeyle, bilişsel çarpıtmalar bırakma denemesinden önce de mevcut olabilmekte ve sigarayı bırakmayı denemenin bilişsel çarpıtmalar açısından ayırt edici etki göstermediğini düşündürmektedir.⁷³ Bu durum, bilişsel çarpıtmaların sigara bağımlılığında daha süregelen özellikler taşıdığını; yalnızca davranışsal girişimlerle değil, hedefe yönelik bilişsel müdahalelerle ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

6 SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 SONUÇ

Bu çalışma ile klinik uygulamaya uygun, bilişsel çarpıtmaları ölçen, kullanımı kolay SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF ölçekleri geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile ölçeğin psikometrik özellikleri kapsamlı biçimde incelenmiştir. Alanyazı taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulan madde havuzu, çok aşamalı geçerlik ve güvenilirlik analizlerinden geçirilmiş; sonuçta hem kuramsal hem de istatistiksel açıdan tutarlı bir ölçme aracı elde edilmiştir. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda, ölçeğin öz-yetersizlik, rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme olmak üzere üç faktörlü bir yapı sergilediği belirlenmiştir. Elde edilen bu yapı, sigara içme davranışını sürdüren bilişsel süreçlerin öz-yeterlilik algısı, davranışın rasyonalizasyonu ve duygusal akıl yürütme boyutlarında kümelenildiğini göstermektedir. Ölçeğin toplam ve alt boyut düzeylerinde kabul edilebilir ve iyi düzeyde güvenilirlik göstermesi, geliştirilen aracın güvenilir bir ölçüm sunduğunu desteklemektedir. Geliştirilen ölçek 5'li Likert tipinde, 13 madde ve Öz-Yetersizlik, Rasyonalizasyon, Duygusal Akıl Yürütme isimli üç alt boyuttan oluşmaktadır. Üç alt boyut birlikte toplam varyansın %56.4'ünü açıklamaktadır.

Çalışma kapsamında geliştirilen SİBÇÖ-KF'nin de uzun formun kuramsal yapısını koruduğu, uzun form ile yüksek düzeyde ilişkiler gösterdiği ve doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının çok iyi uyum indeksleri sergilediği saptanmıştır. Geliştirilen kısa ölçek 5'li Likert tipinde, altı madde ve Öz-Yetersizlik, Rasyonalizasyon, Duygusal Akıl Yürütme isimli üç alt boyuttan oluşmaktadır. Üç alt boyut ile birlikte toplam varyansın %79,3'ünü açıklamaktadır. Bu bulgular, kısa formun özellikle zaman kısıtlı klinik ortamlarda ve geniş örneklemleri araştırmalarda kullanılabilecek pratik ve güvenilir bir alternatif sunduğunu göstermektedir. Ölçüt geçerlik analizlerinde, SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin sigara bağımlılığı şiddeti ve sigara içmeye ilişkin üstbilişsel inanışlarla kuramsal olarak beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler göstermesi, ölçeğin ölçmek istediği bilişsel yapıyı başarıyla temsil ettiğini ortaya koymaktadır. Genel olarak bu çalışma, sigara bağımlılığında bilişsel çarpıtmaların değerlendirilmesine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı sunarak hem araştırma hem de klinik uygulamalara katkı sağlamaktadır.

Geliştirilmiş olan ölçeğin, klinik uygulamalarda bireylerin bilişsel engellerini daha doğru tanımlamaya, tedavi planlamasını bireyselleştirmeye ve müdahalelerin etkililiğini ölçmeye katkı sunacağı öngörülmektedir. Ayrıca, bu ölçek aracılığıyla sigara bırakma sürecine ilişkin bilişsel faktörlerin daha sistematik biçimde araştırılması mümkün olacak, böylece bağımlılık alanındaki bilimsel bilgi birikimi de zenginleşecektir. Bildiğimiz

kadarıyla, alanyazında sigara bağımlılığında doğrudan bilişsel çarpıtmalara yönelik geliştirilmiş mevcut bir ölçek bulunmamaktadır. Bu gerekçelerle, sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi, bilimsel ve toplumsal açıdan önemli bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır.

6.2 ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmamızın sınırlılıklarında öncelikle araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması, elde edilen bulguların nedensel ilişkiler çerçevesinde yorumlanmasını sınırlayabilmektedir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarla bilişsel çarpıtmaların zaman içindeki değişimi ve bırakma süreciyle ilişkisi daha ayrıntılı biçimde değerlendirilebilir. Çalışmamızın öz-bildirim yöntemine dayalı olarak toplanmış olması olası yanlılıkları beraberinde getirebilir, nesnel ölçümlerle desteklenememiş olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir. Örneklemin büyük ölçüde üniversite mezunu bireylerden oluşması, sonuçların farklı sosyokültürel ve eğitim düzeylerine sahip gruplara genellenmesini sınırlayabilir.

6.3 ÖNERİLER

Gelecek çalışmalarda, SİBÇÖ ve SİBÇÖ-KF'nin klinik alanda uygulanarak ayırt edici ve yordayıcı geçerliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca ölçeğin, sigara bırakma tedavisi öncesi ve sonrası uygulamalarla kullanılması, bilişsel çarpıtmaların tedavi sürecindeki değişimine duyarlılığını incelemek açısından önemli katkılar sağlayabilir.

Uzunlamasına tasarımlarla yapılacak çalışmalar, sigara içme davranışıyla ilişkili bilişsel çarpıtmaların zaman içindeki seyrini ve nüks süreçleriyle ilişkisini daha net biçimde ortaya koyabilir. Ayrıca uzun ve kısa formların psikoterapi yaklaşımlarında değerlendirme ve izlem aracı olarak kullanılması, bilişsel müdahalelerin hedeflenmesine ve etkililiğinin değerlendirilmesine katkı sağlayabilir. Farklı yaş grupları, sosyoekonomik düzeyler ve kültürel örneklerle yapılacak çalışmalar, ölçeğin kültürler arası geçerliğini ve genellenebilirliğini güçlendirecektir.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek üzere, geçerli, güvenilir ve klinikte pratikte uygulanabilir kısa bir ölçek geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma metodolojik nitelikte kesitsel bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Ölçüm araçları olarak Olgu Rapor Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnançlar Ölçeği, Sigara Bağımlılığında Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği(Taslak Form) kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini 332 sigara içen birey oluşturmuştur. Test-tekrar test uygulaması için 41 kişi ölçeği iki hafta sonra yeniden doldurmuştur. Madde havuzu oluşturulması, görünüş geçerliği, kapsam geçerliği, pilot uygulama aşamalarından geçilmiştir.

Bulgular: Ölçekler; öz-yetersizlik, rasyonalizasyon ve duygusal akıl yürütme olmak üzere üç faktörlü bir yapı sergilemektedir. Test-tekrar test analizleri ile ölçeklerin zaman içindeki kararlılığı doğrulanmıştır. Ölçek puanlarının Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sigara İçmeyle ilgili Üstbilişsel İnançlar Ölçeği ile pozitif ve anlamlı ilişkiler gösterdiği; özellikle öz-yetersizlik boyutunun bağımlılık düzeyiyle en güçlü ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Analizler; yaş, günlük içilen sigara adedi ve sigara kullanım süresi arttıkça bilişsel çarpıtmaların anlamlı şekilde arttığını ortaya koymuştur. Kadınların duygusal akıl yürütme düzeyleri, eğitim düzeyi düşük bireylerin ise öz-yetersizlik puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kısa formun da uzun formunu yüksek düzeyde temsil ettiği görülmüştür. 13 maddelik uzun form ve 6 maddelik kısa formun sigara bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları ölçmede geçerli ve güvenilir araçlar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Yapılan analizler sonucunda Sigara Bağımlılığında Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği ve kısa formu oluşturulmuştur. Ölçeğin toplam ve alt boyut düzeylerinde kabul edilebilir ve iyi düzeyde güvenilirlik göstermesi, geliştirilen aracın güvenilir bir ölçüm sunduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: bilişsel çarpıtma, duygusal akıl yürütme, öz-yetersizlik, sigara bağımlılığı, rasyonalizasyon

İNGİLİZCE ÖZET

Introduction and Objective: This study aims to develop a short, valid, reliable, and clinically practical scale to assess cognitive distortions specific to cigarette addiction.

Materials and Methods: This research is a methodological, cross-sectional scale development study. The measurement instruments used were the Case Report Form, the Fagerström Test for Nicotine Dependence, the Metacognitions about Smoking Questionnaire, and the Cognitive Distortions in Cigarette Addiction Scale (Draft Form). The study sample consisted of 332 individuals who smoked cigarettes. For the test–retest procedure, 41 participants completed the scale again after two weeks. The stages of item pool generation, face validity, content validity, and pilot testing were conducted.

Results: The scales exhibited a three-factor structure consisting of self-inefficacy, rationalization, and emotional reasoning. Test–retest analyses confirmed the temporal stability of the scales. Scale scores showed positive and significant correlations with the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Metacognitions about Smoking Questionnaire; notably, the self-inefficacy dimension demonstrated the strongest association with the level of dependence. Analyses revealed that cognitive distortions increased significantly with increasing age, number of cigarettes smoked per day, and duration of smoking. Women had significantly higher levels of emotional reasoning, while individuals with lower educational levels had significantly higher self-inefficacy scores. The short form was found to represent the long form at a high level. The 13-item long form and the 6-item short form were determined to be valid and reliable instruments for measuring cognitive distortions specific to cigarette addiction.

Conclusion: As a result of the analyses, the Cognitive Distortions in Cigarette Addiction Scale and its short form were developed. The acceptable to good levels of reliability observed at both the total and subscale levels support that the developed instrument provides reliable measurement.

Keywords: cigarette addiction, cognitive distortion, emotional reasoning, self-inefficacy, rationalization

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umutepe Yerleşkesi / KOCAELİ	
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr	
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Sigara Bağımlılığında Bilişsel Hatalara Yönelik Ölçek Geliştirilmesi	
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Bahadır Geniş	
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Karar ve Dayanak	Tarih : 03.07.2025	Karar No: KÜ GOKAEK-2025/15/09	Proje No: 2025/259
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmacının gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmacının ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır. <input type="checkbox"/> Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.		

EK - 2 OLGU RAPOR FORMU

OLGU RAPOR FORMU

Araştırmacıya Katılacak Gönüllünün;

Çalışma Kayıt No:

Araştırmaya Dahil Edildiği Tarih:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Medeni Durumu:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Tanı:

Psikiyatrik Tedavi:

Geçmişte psikiyatri servisine yatış sayısı:

Komorbid hastalıkları ve kullandığı ilaçlar:

Boy ve Kilo Ölçümü:

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Ölçeği Puanları:

Sigara İçmeyle İlgili Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği(SÜBÖ) Puanları

EK -3 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FNBT)

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı ne zaman içiyorsunuz?
 - a. Uyandıktan sonraki ilk beş dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. Bir saatten fazla (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. . İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?
 - a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
 - b. Diğerleri (0 puan)
4. Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a. 10 veya daha az (0 puan)
 - b. 11 ile 20 arası (1 puan)
 - c. 21 ile 30 arası (2 puan)
 - d. 31 ve üstü (3 puan)
5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

EK- 4 SİGARA İÇMEYLE İLGİLİ ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (SÜBÖ)

SİGARA İÇMEYLE İLGİLİ ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (SÜBÖ)

Bu ölçek, kişilerin sigara içmeyle ilgili inançlarını belirlemek üzere geliştirilmiştir. Aşağıda insanların sigara içmeye dair ifade ettiği bazı inançlar sıralanmıştır. Önce, sigara içtiğiniz bir anı düşünmeye çalışın. Sonra her maddeyi okuyun ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı, uygun sayıyı işaretleyerek belirleyin. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışın. Maddelerin herhangi bir doğru ya da yanlış cevabı yoktur.

		Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	
1.	Sigara içmek daha net düşünmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
2.	Sigara içmek, huzursuz olduğumda rahatlamama yardımcı olur.	1	2	3	4
3.	Sigara içmekle ilgili böylesine çok düşünmek, bir şeyleri net bir şekilde anlamamı engeller.	1	2	3	4
4.	Sigara içmek odaklanmama yardımcı olur.	1	2	3	4
5.	Stresli olduğum zamanlarda, sigara içmek beni sakinleştirir.	1	2	3	4
6.	Sigara içme isteğimi kontrol etmem zordur.	1	2	3	4
7.	Sigara içmek düşüncelerimi düzene koymama yardımcı olur.	1	2	3	4
8.	Sinirlendiğimde, sigara içmek beni yatıştırır.	1	2	3	4
9.	Sigara içmem psikolojik anlamda zayıf olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4

EK- 5 SİGARA BAĞIMLILIĞINDA BİLİŞSEL HATALAR ÖLÇEĞİ (TASLAK ÖLÇEK)

Sigara Bağımlılığında Bilişsel Hatalar Ölçeği (Taslak Ölçek)

Aşağıda sigara içen bireylerdeki çeşitli düşünceler yer almaktadır. Her maddeyi dikkatle okuyarak, bu maddeye ne kadar katıldığınızı belirtmenizi rica ediyoruz. Lütfen her maddeyi kendi kişisel görüşünüze göre değerlendirin. Cevaplarda doğru ya da yanlış yoktur. Önemli olan sizin kişisel düşüncelerinizi yansıtanızdır.

No	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sigara içmezsem rahatlayamam.					
2	Sigara içmeyi seviyorum.					
3	Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir.					
4	Sigarayı kimse bırakamaz.					
5	Sigarayı bırakmak için çok geç kaldım.					
6	Sigaranın sağlıksız olduğuna inanmıyorum.					
7	Sigara en zor zamanlarımda benim yanımdaydı.					
8	Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.					
9	Sigarayı bırakmaya hazır değilim.					
10	Sigara içmeden yaptığım işe odaklanamam.					
11	Bağımlı değilim, istediğim zaman sigarayı bırakabilirim.					
12	Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor.					
13	Sigarayı bıraksam da tekrar başlarım.					
14	Sigarayı bırakacak kadar güçlü değilim.					
15	Sigaradan bir zarar görmedim.					
16	Ben bağımlı değilim, istersem sigarayı bırakırım.					
17	Sigarasız yaşayamam.					
18	Sigara bırakmak için iradem zayıf.					
19	Bıraktığımda hayatım daha iyi olmayacak.					
20	Sigaradan başka keyfim yok.					
21	Sigara içmek daha canlı olmama yardım ediyor.					
22	Sigara içen de ölüyor, içmeyen de ölüyor.					
23	Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim.					
24	Sigara içmek özgüvenimi artırıyor.					
25	Sigarayı bırakınca baş ağrısı ve sinirlilik gibi belirtilerle başa çıkmak zordur.					
26	Sigara içmeden hayat sıkıcıdır.					
27	Sigarayı bırakamam.					
28	Sigara içmek sosyalleşmeyi kolaylaştırır.					
29	Sigarayı bırakırsam kilo alırım.					
30	Sigara bırakılmaz, sigara içmeye ara verilir.					
31	Sigara bırakmak için uygun zamanda değilim, sonra bırakacağım.					
32	Sigara olmadan kahveden/çaydan keyif alamam.					

EK- 6 SİGARA İÇME İLE İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ (SİBÇÖ)

SİGARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ (SİBÇÖ)

Aşağıda sigara içen bireylerdeki çeşitli düşünceler yer almaktadır. Her maddeyi dikkatle okuyarak, bu maddeye ne kadar katıldığınızı belirtmenizi rica ediyoruz. Lütfen her maddeyi kendi kişisel görüşünüze göre değerlendirin. Cevaplarda doğru ya da yanlış yoktur. Önemli olan sizin kişisel düşüncelerinizi yansıtmanızdır.

No	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim.					
2	Sigarayı bırakacak kadar güçlü değilim.					
3	Sigarayı bırakamam.					
4	Sigara bırakmak için iradem zayıf.					
5	Sigara içmeden yaptığım işe odaklanamam.					
6	Sigaradan başka keyfim yok.					
7	Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.					
8	Bıraktığımda hayatım daha iyi olmayacak.					
9	Sigara içen de ölüyor, içmeyen de ölüyor.					
10	Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor.					
11	Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir.					
12	Sigara içmezsem rahatlayamam.					
13	Sigarayı bırakırsam kilo alırım.					

Kesinlikle Katılmıyorum = 0

Katılmıyorum = 1

Kararsızım = 2

Katılıyorum = 3

Kesinlikle Katılıyorum = 4

EK- 6 SİGARA İÇME İLE İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ – KISA FORM (SİBÇÖ-KF)

SİGARA İÇME İLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ - KISA FORM (SİBÇÖ – KF)

Aşağıda sigara içen bireylerdeki çeşitli düşünceler yer almaktadır. Her maddeyi dikkatle okuyarak, bu maddeye ne kadar katıldığınızı belirtmenizi rica ediyoruz. Lütfen her maddeyi kendi kişisel görüşünüze göre değerlendirin. Cevaplarda doğru ya da yanlış yoktur. Önemli olan sizin kişisel düşüncelerinizi yansıtmamızdır.

No	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sigarayı bırakamam.					
2	Sigara içme isteğini kontrol edemeyeceğim.					
3	Sigaradan başka kötü alışkanlığım yok, sigara içmek benim tek lüksüm.					
4	Sigaradan başka keyfim yok.					
5	Sigara içmek gerginliğimi azaltıyor.					
6	Sinirliliğimin geçmesi için sigara içmem gerekir.					

Kesinlikle Katılmıyorum = 0

Katılmıyorum = 1

Kararsızım = 2

Katılıyorum = 3

Kesinlikle Katılıyorum = 4

KAYNAKLAR

1. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & sadock, psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri. Bozkurt A, ed. 11. basım. 2016:680-685.
2. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362:2295-2303.
3. Carballo JL, Rodríguez-Espinosa S, Sancho-Domingo C, Coloma-Carmona A. Validation of the glover–nilsson smoking behavioral questionnaire (gn-sbq) to evaluate nicotine dependence in spanish clinical settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:1119.
4. Gunasegran GSY, Sivanandy P, Ingle PV, ve ark. Smoking cessation behavior, nicotine addiction, and mental health among current smokers in klang valley, malaysia– a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Public Health*. 2025;25:1-10.
5. Çelik Erden S, Güven FM. Alkol ve madde kullanım bozuklukları temel başvuru kitabı. Evren C, ed. 1. basım. 2019:653-663.
6. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. *Med Clin North Am*. 1992;76:415-437.
7. Yoshii C, Kano M, Isomura T, ve ark. Innovative questionnaire examining psychological nicotine dependence, “the kano test for social nicotine dependence (ktsnd)”. *J UOEH*. 2006;28:45-55.
8. Ponciano-Rodríguez G, Valerio-Gutiérrez R, Pliego-Rosas CA, Córdova-Alcaráz A. Development and evaluation of a new self-rating test to assess the psychological dependence on smoking (tapds). *J Addict Med Ther*. 2015;3:2.
9. Bardakci M, Oztora S, Dagdeviren HN. The reliability and validity analysis of the turkish version of the test to assess the psychological dependence on smoking. *Eurasian J Fam Med*. 2021;10:100-106.
10. Nikčević AV, Caselli G, Wells A, Spada MM. The metacognitions about smoking questionnaire: development and psychometric properties. *Addict Behav*. 2015;44:102-107.
11. Alma L, Spada MM, Fernie BA, Yilmaz-Samanci AE, Caselli G, Nikčević AV. Metacognitions in smoking: Evidence from a cross-cultural validation of the metacognitions about smoking questionnaire in a turkish sample. *Psychiatry Res*. 2018;259:160-168.
12. Brandon TH, Baker TB. The smoking consequences questionnaire: the subjective expected utility of smoking in college students. *Psychol Assess*. 1991;3:484-491.
13. Heishman SJ, Singleton EG, Moolchan ET. Tobacco craving questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine Tob Res*. 2003;5:645-654.

14. Heishman SJ, Singleton EG, Pickworth WB. Reliability and validity of a short form of the tobacco craving questionnaire. *Nicotine Tob Res.* 2008;10:643.
15. Pomerleau OF, Fagerström KO, Marks JL, Tate JC, Pomerleau CS. Development and validation of a self-rating scale for positive- and negative-reinforcement smoking: the michigan nicotine reinforcement questionnaire. *Nicotine Tob Res.* 2003;5:711-718.
16. Sancar Ö. Glover nilsson sigara içme davranış ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması. Sakarya: Sakarya University. 2020.
17. Glover ED, Nilsson F, Westin Å, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the glover-nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Health Behav.* 2005;29:443-455.
18. Russo P, Nastrucci C, Alzetta G, Szalai C. Tobacco habit: historical, cultural, neurobiological, and genetic features of people's relationship with an addictive drug. *Perspect Biol Med.* 2011;54:557-577.
19. Dani JA, Balfour DJK. Historical and current perspective on tobacco use and nicotine addiction. *Trends Neurosci.* 2011;34:383.
20. Boland RJ, Verduin ML. Kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 11. basım. Cilt 1. 2025:4185-4224.
21. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology.* 2003;8:286-290.
22. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, ve ark. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J.* 2007;29:390-417.
23. Stanton WR. DSM-III-R tobacco dependence and quitting during late adolescence. *Addict Behav.* 1995;20:595-603.
24. Administration SA and MHS. Substance use disorders. 2016.
25. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Köroğlu E, ed. 5. basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
26. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 2025.
27. Özkan M. Güncel bilgiler ışığında kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Bartu Baysal S, Acıcan T, ed. *Bilimsel Tıp Yayınevi.* 2003:295-296.
28. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva. 2024.
29. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *Lancet.* 2008;371:2027-2038.

30. Seydioğulları M. Tütün ve tütün kontrolü türk toraks derneği. Karadağ M, Bilgiç H, ed. 1. basım. Türk Toraks Derneği. 2010.
31. Office of the Surgeon General. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general. Rockville, MD. 2010.
32. Çakı Döner B, Güngörmüş Z. Adaptation of the smoking cessation process to the health belief model. *Int J Ment Health Addict*. 2023;22:3605-3622.
33. TÜİK Kurumsal. Türkiye sağlık araştırması 2022.
34. Smith SS, Fiore MC. The epidemiology of tobacco use, dependence, and cessation in the united states. *Prim Care Clin Office Pract*. 1999;26:433-461.
35. Slovic P, Benowitz NL. The nature of nicotine addiction. *Smoking: risk, perception, & policy*. 2001:159-187.
36. Goldberg JF, Stahl SM. Practical psychopharmacology: translating findings from evidence-based trials into real-world clinical practice. Alkın T, ed. 4. basım. Cambridge University Press. 2021.
37. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:760-773.
38. Belsky DW, Moffitt TE, Baker TB, ve ark. Polygenic risk and the developmental progression to heavy, persistent smoking and nicotine dependence: evidence from a 4-decade longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:534-542.
39. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry*. 2003;66:183-199.
40. Bozkurt M. Bağımlılıkta nöromodülasyon uygulamaları. *Psikiyatride biyolojik tedaviler: nöromodülasyon*. 1. basım. Türkiye Psikiyatri Derneği. 2022:348-365.
41. Zhang JJQ, Fong KNK, Ouyang R ge, Siu AMH, Kranz GS. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rtms) on craving and substance consumption in patients with substance dependence: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2019;114:2137-2149.
42. Shadel WG, Shiffman S, Niaura R, Nichter M, Abrams DB. Current models of nicotine dependence: what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth. *Drug Alcohol Depend*. 2000;59:9-22.
43. Stahl SM, Grady MM, Muntner N. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 5. basım. Cambridge University Press. 2021.
44. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 16. basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2020.

45. Rosenthal DG, Weitzman M, Benowitz NL. Nicotine addiction: mechanisms and consequences. *Int J Ment Health*. 2011;40:22-38.
46. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:674-682.
47. Hughes JR. Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking. *Tob Control*. 1999;8:323-326.
48. Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine Tob Res*. 1999;1:S149-S152.
49. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, ve ark. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2010.
50. Selby P, Zawertailo L. Tobacco addiction. *N Engl J Med*. 2022;387:345-354.
51. Rose JE. Nicotine addiction and treatment. *Annu Rev Med*. 1996;47:493-507.
52. Güleç G, Akarsu Ö, Mutlu Şahin F, Eşsizoglu A, Köşger F, Sezer E, ve ark. The effect of chronic cigarette use on cognitive function. *Turk Psikiyatri Derg*. 2018;29:154-161.
53. Brandon TH, Herzog TA, Irvin JE, Gwaltney CJ. Cognitive and social learning models of drug dependence: implications for the assessment of tobacco dependence in adolescents. *Addiction*. 2004;99:51-77.
54. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84:191-215.
55. Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Rev*. 1990;97:147-168.
56. Tiffany ST, Conklin CA, Shiffman S, Clayton RR. What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*. 2004;99:78-86.
57. Eissenberg T. Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction*. 2004;99:5-29.
58. Glautier S. Measures and models of nicotine dependence: positive reinforcement. *Addiction*. 2004;99:30-50.
59. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015:3.
60. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Psychology Press. 2016.
61. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996;34:881-888.

62. Nikčević AV, Spada MM. Metacognitions about smoking: a preliminary investigation. *Clin Psychol Psychother.* 2010;17:536-542.
63. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Wiley. 2002:236.
64. Poormahdy H, Najafi M, Khosravani V. The effects of emotion dysregulation and negative affect on urge to smoke and nicotine dependence: the different roles of metacognitions about smoking. *Addict Behav.* 2022;124:107108.
65. Hamonniere T, Varescon I. Metacognitive beliefs in addictive behaviours: a systematic review. *Addict Behav.* 2018;85:51-63.
66. Nosen E, Woody SR. Applying lessons learned from obsessions: metacognitive processes in smoking cessation. *Cognit Ther Res.* 2009;33:241-254.
67. Nosen E, Woody SR. Acceptance of cravings: how smoking cessation experiences affect craving beliefs. *Behav Res Ther.* 2014;59:71-81.
68. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB. Substance abuse: a comprehensive textbook. Williams & Wilkins. 1992:1110.
69. Waters EA, Janssen E, Kaufman AR, ve ark. The relationship between young adult smokers' beliefs about nicotine addiction and smoking-related affect and cognitions. *J Cancer Educ.* 2015;31:338-347.
70. Özdel K. Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Spec Top.* 2015;8:10-20.
71. Slovic P. What does it mean to know a cumulative risk? adolescents' perceptions of short-term and long-term consequences of smoking. *J Behav Decis Mak.* 2000;13:259-266.
72. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychol Addict Behav.* 2009;23:56-66.
73. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2. basım. Guilford. 2008:416.
74. Niaura R. Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction.* 2000;95:155-163.
75. Arpacioğlu S, Erzincan E, Ergelen M, Arpacioğlu B, Paltun SC, Yalçın M, ve ark. Cognitive distortions as barriers to seeking smoking cessation treatment: a comparative study. *J Clin Med.* 2024;13:3974.
76. Karataş Z, Türkçapar H. Bilişsel davranışçı psikoterapide yeni gelişmeler. 2. basım. Karataş Z, Türkçapar H, ed. Nobel. 2023.
77. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. Guilford Press. 2021:414.

78. Türkçapar MH. Bilişsel davranışçı terapi: temel ilkeler ve uygulama. 17. basım. Epsilon Yayınevi. 2021.
79. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. Guilford. 1993.
80. Weinstein ND, Marcus SE, Moser RP. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control*. 2005;14:55-59.
81. Martínez-González JM, López RV, Lozano-Rojas O, Verdejo-García A. Questionnaire of core beliefs related to drug use and craving for assessment of relapse risk. *Adicciones*. 2018;30:170-178.
82. Arnett JJ. Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addict Behav*. 2000;25:625-632.
83. Grard A, Schreuders M, Alves J, Kinnunen JM, Richter M, Federico B, ve ark. Smoking beliefs across genders, a comparative analysis of seven european countries. *BMC Public Health*. 2019;19:1321.
84. Masiero M, Renzi C, Pravettoni G. The smoking mind: a psycho-cognitive perspective. *Beitr Tab Int*. 2017;27:33-41.
85. Williams T, Clarke VA. Optimistic bias in beliefs about smoking. *Aust J Psychol*. 1997;49:106-112.
86. Marks D. Overcoming your smoking habit: a self-help guide using cognitive behavioral techniques. Robinson. 2012.
87. Gwaltney CJ, Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA. Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:661-675.
88. Tindle HA, Shiffman S. Smoking cessation behavior among intermittent smokers versus daily smokers. *Am J Public Health*. 2011;101:1-3.
89. Brandon TH, Juliano LM, Copeland AL. Expectancies for tobacco smoking. How expectancies shape experience. 2004:263-299.
90. Shiffman S. Conceptual issues in the study of relapse. 1989.
91. Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *Int J Cogn Ther*. 2011;4:297-322.
92. Chapman S, Wong WL, Smith W. Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *Am J Public Health*. 1993;83:215-219.
93. Oakes W, Chapman S, Borland R, Balmford J, Trotter L. "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Prev Med*. 2004;39:776-782.

94. Hall S, Muñoz R, Reus R. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol*. 1994.
95. Hill KP, Toto LH, Lukas SE, Weiss RD, Trksak GH, Rodolico JM, ve ark. Cognitive behavioral therapy and the nicotine transdermal patch for dual nicotine and cannabis dependence: a pilot study. *Am J Addict*. 2013;22:233-238.
96. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, ve ark. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021:1.
97. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018:3.
98. Hendricks PS, Delucchi KL, Hall SM. Mechanisms of change in extended cognitive behavioral treatment for tobacco dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010;109:114.
99. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Yüceokur Ş. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. 2017.
100. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. SAGE. 2017:262.
101. Uysal M, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram N, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Derg*. 2004.
102. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the fagerstrom tolerance questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12:159-182.
103. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975;28:563-575.
104. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-497.
105. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974;39:31-36.
106. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: multivariate analysis of variance and covariance. 2019:832.
107. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. Pearson Education Limited. 2018.
108. Bartlett MS. A note on the multiplying factors for various χ^2 approximations. *J R Stat Soc*. 1954.
109. Pituch KA, Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences: analyses with SAS and IBM's SPSS. Routledge. 2016.
110. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford. 2023:494.

111. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
112. Marsh HW, Hocevar D. Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept. *Psychol Bull*. 1985;97:562-582.
113. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods Psychol Res Online*. 2003;8:23-74.
114. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
115. Nunnally JC, Berstein IH. *Psychometric theory*. 3. basım. Tata McGraw-Hill Education. 1994:752.
116. Clark LA, Watson D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Methodological issues and strategies in clinical research*. 2015:187-203.
117. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications. 2024.
118. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. *Psychol Assess*. 2000;12(1):102-11.
119. Eisinga R, Grotenhuis M Te, Pelzer B. The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *Int J Public Health*. 2012;58:637-642.
120. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the fagerström test for cigarette dependence. *Nicotine Tob Res*. 2012;14:75-78.
121. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford; 1993.
122. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychol Bull*. 2003;129(2):270-304.
123. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52(4):281-302.
124. Streiner DL., Norman GR., Cairney John. *Health measurement scales : a practical guide to their development and use*. Oxford University Press; 2024.
125. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. 1997.
126. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev*. 2004;111:33-51.
127. Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: conclusions from a community-wide sample. *J Behav Med*. 1987;10:481-500.

128. Cohen Jacob. Statistical power analysis for the behavioral sciences. L. Erlbaum Associates; 1988. 567.
129. Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *J Soc Serv Res.* 1996;21:37-59.
130. Everitt BJ, Robbins TW. Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annu Rev Psychol.* 2016;67:23-50.

