



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



SİGARAYI FARMAKOLOJİK VE NON-FARMAKOLOJİK
YÖNTEMLERLE BIRAKAN BİREYLERİN
DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ

Osman Kağan ÇAKIR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN
2026

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Sigarayı Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Yöntemlerle
Bırakan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi

Osman Kağan ÇAKIR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN

2026

ETİK BEYAN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sigarayı Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Yöntemlerle Bırakan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 11.12.2025 tarihinde, 2025-22/04 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Osman Kağan ÇAKIR

Tarih:

İmza:

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca edindiğim bilgi ve deneyimler, yalnızca mesleki gelişimime değil, aynı zamanda hekimlik anlayışımın şekillenmesine de önemli katkılar sağlamıştır. Bu süreçte bilgi birikimleri, yönlendirmeleri ve destekleriyle yanımda olan tüm hocalarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Başta, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle mesleki gelişimime önemli katkılar sağlayan, akademik disiplini, çalışma azmi ve liderlik özellikleriyle her zaman örnek aldığım, aynı zamanda öğrencilerine ve hastalarına gösterdiği özveri ile takdir ettiğim Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Ersan GÜRSOY'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve dayanışma içinde görev yaptığım tüm çalışma arkadaşlarıma, katkıları ve destekleri için teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, sabır ve fedakârlıklarıyla her zaman yanımda olan sevgili anne ve babama minnettarım.

Her koşulda yanımda olan, desteği ve varlığıyla bana güç veren sevgili eşim Dr.Hatice ÇAKIR'a ve hayatıma anlam katan oğlum Mehmet Manas ÇAKIR'a en içten sevgilerimi sunarım.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	iii
ÖNSÖZ	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Tütün ile Tütün Ürünlerinin Genel Çerçevesi ve Tarihçesi	8
2.2 Tütün Tüketiminin Epidemiyolojik Boyutu	9
2.3 Tütünle Mücadelede Yasal ve Politik Düzenlemeler	9
2.4 Nikotin Bağımlılığının Temelleri	11
2.5 Tütün Tüketiminin Sağlık Üzerine Etkileri	14
2.6 Sigara Bırakma Sürecinde Kullanılan Yöntemler	15
2.6.1 Davranışsal ve Bilişsel Müdahale Teknikleri	16
2.6.2 Sigara Bırakmada Davranış Değişim Modelleri	17
2.6.3 Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi Seçenekleri	18
2.6.4 Sigara Bırakmada Bilimsel Kanıt Sınırlı Yöntemler	19
2.6.5 Farmakolojik Sigara Bırakma Tedavisine İlişkin Hasta Algıları	21
2.6.6 Non-Farmakolojik Sigara Bırakma Müdahalelerinin Deneyimsel Boyutu	23
2.6.7 Farmakolojik ve Non-farmakolojik Yaklaşımların Deneyimsel Karşılaştırması	24
2.7 Sigara Bırakma Sonuçlarını Etkileyen Değişkenler ve Relaps Dinamikleri	25
2.7.1 Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler	25
2.7.2 Sigara Bırakmada Lapse ve Relapse Süreçleri	26
2.8 Nitel Araştırma Çerçevesi	27
2.8.1 Sigara Bırakma Sürecinde Nitel Araştırmanın Rolü	27
2.8.2 Sigara Bırakma Deneyiminde Psikososyal Dinamikler	28
2.8.3 Farmakolojik Tedavi Deneyiminin Nitel Araştırmalarda Ele Alınışı	28
2.8.4 Desteksiz Sigara Bırakma Girişimleri	29
2.9 Aile Hekimliğinde Sigara Bırakma Müdahaleleri	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1 Araştırmanın Tasarımı	32
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4 Veri Toplama Araçları	33
3.5 Veri Toplama Süreci	33
3.6 Verilerin Analizi	34

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu	34
4. BULGULAR	36
4.1 Sigara Kullanımına Başlama Süreci.....	40
4.1.1 Sosyal çevre, arkadaş ve rol model etkisi	41
4.1.2 Merak ve Deneme Davranışı	44
4.2. Sigara Bırakma Kararını Etkileyen Faktörler	46
4.2.1 Sağlık sorunları ve fiziksel belirtiler	46
4.2.2 Aile, eş ve çocuk faktörü.....	48
4.2.3 Sigaranın Kokusu ve Sosyal Rahatsızlık	50
4.2.4 Bireysel Farkındalık ve Kararlılık	52
4.3 Sigara Bırakma Sürecinde Yaşanan Zorluklar	54
4.3.1 Davranışsal alışkanlıklar ve rutinler	54
4.3.2 Psikolojik ve duygusal zorlanmalar.....	56
4.3.3 Sosyal çevre ve tetikleyiciler	57
4.3.4 Zorluğun süresi ve yoğunluğu	59
4.4 Sigara Bırakma Sürecinde Kullanılan Baş Etme Stratejileri	60
4.4.1 Davranışsal baş etme stratejileri: dikkat dağıtma ve ikame davranışlar	61
4.4.2 Bilişsel baş etme ve erteleme stratejileri	64
4.4.3 Sosyal ve fiziksel çevreyi düzenleme stratejileri	66
4.4.4 Profesyonel ve farmakolojik destekten yararlanma	68
4.5 Sigara Bırakma Sonrası Yaşanan Değişimler.....	71
4.5.1 Fiziksel sağlık ve iyileşmeler	72
4.5.2 Duyusal farkındalık ve temizlik algısındaki değişimler	74
4.5.3 Psikolojik iyilik hali ve özgüven artışı.....	76
4.5.4 Bırakma sonrası yaşanan geçici olumsuz deneyimler	78
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	97
7. KAYNAKLAR	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FNBT : Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

WHO : World Health Organization

NRT : Nicotine Replacement Therapy

COM-B : Capability Opportunity Motivation Behaviour Model

MPOWER : WHO Tobacco Control Policy Package



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Dünya Sağlık Örgütü MPOWER Tütün Kontrolü Politika Paketi.....	10
Tablo 2.2.	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	13
Tablo 4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik ve Sigara Kullanım Özellikleri.....	37
Tablo 4.2.	Araştırma Bulgularına Ait Ana Tema ve Alt Temalar.....	47

ÖZET

Sigarayı Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Yöntemlerle Bırakan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi

Amaç: Sigara kullanımı dünya genelinde önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara bırakma süreci biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan çok yönlü bir davranış değişimi olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin sigara bırakma deneyimlerini karşılaştırmalı olarak incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma nitel araştırma yöntemine göre yürütülmüştür. Çalışmanın verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak gerçekleştirilen derinlemesine bireysel görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya toplam 32 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların 16'sı sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireylerden, 16'sı ise non-farmakolojik bırakan bireylerden oluşmaktadır. Elde edilen veriler tematik analiz yöntemi ile değerlendirilmiş ve katılımcı deneyimleri belirli temalar çerçevesinde analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma bulguları sigara bırakma deneyiminin sigara kullanımına başlama süreci, sigara bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan güçlükler, sigara isteği ile baş etme stratejileri ve sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimler olmak üzere birbiriyle ilişkili temalar etrafında şekillendiğini göstermiştir. Katılımcıların sigara kullanımına çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde başladıkları ve bu süreçte arkadaş çevresi, merak ve sosyal uyum ihtiyacının önemli rol oynadığı görülmüştür. Sigara bırakma kararının ise sağlık kaygıları, aile sorumluluğu, sosyal rahatsızlık ve bireysel farkındalık süreçlerinin birleşmesiyle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Sigara bırakma sürecinde yoğun sigara isteği, alışkanlık davranışlarının sürmesi ve sosyal çevre gibi faktörlerin bırakma sürecini zorlaştırabildiği; buna karşılık dikkat dağıtma, alternatif davranışlar geliştirme ve sosyal destek gibi stratejilerin bırakma sürecine katkı sağladığı görülmüştür. Farmakolojik tedavi kullanan bireylerde ilaç tedavisi ve profesyonel destek bırakma sürecini kolaylaştıran bir yapı oluştururken, farmakolojik destek almayan bireylerde kişisel kararlılık ve bireysel baş etme stratejilerinin daha belirgin bir rol oynadığı saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma bulguları sigara bırakma sürecinin yalnızca nikotin bağımlılığının fizyolojik yönü ile açıklanamayacağını; davranışsal alışkanlıklar, psikolojik süreçler ve sosyal ilişkilerle birlikte şekillenen çok boyutlu bir deneyim olduğunu göstermektedir. Sigara bırakma müdahalelerinin yalnızca farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmaması, davranışsal ve psikososyal destek yaklaşımlarını da içeren bütüncül bir anlayışla planlanması sigara bırakma başarısını artırabilir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütölen sigara bırakma danışmanlığının birey merkezli ve çok boyutlu yaklaşımlarla desteklenmesi sigara bırakma sürecinin sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, nikotin bağımlılığı, farmakolojik tedavi, nitel araştırma, sigara bırakma deneyimi.



ABSTRACT

Examination of the Experiences of Individuals Who Quit Smoking Using Pharmacological and Non-Pharmacological Methods

Aim: Tobacco use is among the leading causes of preventable morbidity and mortality worldwide and constitutes a major public health problem. Smoking cessation is considered a complex behavioral change process with biological, psychological, and social dimensions. The aim of this study is to comparatively examine the smoking cessation experiences of individuals who quit smoking using pharmacological treatment and those who quit without pharmacological support.

Materials and Methods: This study was conducted using a qualitative research design. Data were collected through in-depth individual interviews conducted with a semi-structured interview guide. A total of 32 participants were included in the study. Of these, 16 participants had quit smoking using pharmacological treatment, while 16 had quit without any pharmacological support. The collected data were analyzed using thematic analysis, and participants' experiences were interpreted within the framework of identified themes.

Results: The findings indicated that the smoking cessation experience was shaped around several interrelated themes, including the initiation of smoking, factors influencing the decision to quit, difficulties experienced during the cessation process, strategies for coping with the urge to smoke, and changes experienced after quitting smoking. Participants generally reported initiating smoking during adolescence and early adulthood, with peer influence, curiosity, and the need for social conformity playing significant roles in this process. The decision to quit smoking was found to emerge from the combination of health concerns, family responsibilities, social discomfort, and increasing personal awareness. During the cessation process, intense cravings, persistent habitual behaviors, and social environmental factors were reported as challenges, whereas strategies such as distraction, developing alternative behaviors, and receiving social support were found to facilitate cessation. While pharmacological treatment and professional support created a facilitating structure for individuals who used medication, personal determination and individual coping strategies played a more prominent role among individuals who quit smoking without pharmacological support.

Conclusion: The findings demonstrate that the smoking cessation process cannot be explained solely by the physiological aspects of nicotine dependence; rather, it represents a multidimensional experience shaped by behavioral habits, psychological processes, and social relationships. Smoking cessation interventions should therefore not be limited to pharmacological treatment alone but should be planned within a holistic framework that also includes behavioral and psychosocial support approaches. In particular, strengthening smoking cessation counseling in primary care settings with patient-centered and multidimensional approaches may contribute to the sustainability of smoking cessation.

Keywords: Smoking cessation, nicotine dependence, pharmacological treatment, qualitative research, smoking cessation experience.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı, dünya genelinde önlenabilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tütün ve tütün ürünleri her yıl milyonlarca insanın yaşamını yitirmesine neden olmakta ve küresel ölçekte önemli bir morbidite ve mortalite yükü oluşturmaktadır (1). Tütün kullanımı yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda sağlık sistemleri ve toplum sağlığı üzerinde de ciddi ekonomik ve sosyal sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle tütün kontrolü ve sigara bırakma müdahaleleri modern halk sağlığı politikalarının temel öncelikleri arasında yer almaktadır (2).

Sigara kullanımı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi ile gelişen kronik bir bağımlılık davranışı olarak tanımlanmaktadır. Tütün ürünlerinin bağımlılık yapıcı temel bileşeni olan nikotin, merkezi sinir sisteminde nikotinic asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin salınımını artırmakta ve ödül sistemini aktive etmektedir. Bu nörobiyolojik mekanizma sigara kullanımının pekiştirici bir davranış haline gelmesine ve zaman içinde bağımlılık gelişimine katkı sağlamaktadır (3, 4). Bununla birlikte sigara kullanımı yalnızca biyolojik bağımlılık mekanizmalarıyla açıklanabilecek bir davranış değildir. Bireyin duygusal durumunu düzenleme biçimi, sosyal çevresi, öğrenilmiş davranış örüntüleri ve yaşam koşulları da sigara kullanımının sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır (5, 6). Bu nedenle sigara bağımlılığı günümüzde biyopsikososyal bir çerçevede ele alınmaktadır.

Sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri oldukça geniş bir hastalık yelpazesini kapsamaktadır. Tütün dumanında bulunan çok sayıda toksik ve kanserojen madde başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türü, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıkları ile ilişkilendirilmektedir (7, 8). Bu nedenle sigaranın bırakılması bireysel sağlık kazanımları açısından en etkili koruyucu sağlık müdahalelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Sigara bırakma sürecinde farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin birlikte kullanılması önerilmektedir. Nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin gibi farmakolojik ajanların nikotin yoksunluk belirtilerini azaltarak sigara bırakma oranlarını artırdığı çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (9, 10). Bununla birlikte motivasyonel görüşme, davranışsal danışmanlık ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar da sigara bırakma sürecinde önemli rol oynamaktadır. Güncel

klirik rehberler sigara bırakma tedavisinde farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin birlikte uygulanmasının bırakma başarısını artırdığını göstermektedir (11, 12).

Sigara bırakma alanındaki mevcut literatür büyük ölçüde randomize kontrollü çalışmalar ve nicel araştırmalara dayanmaktadır. Bu çalışmalar sigara bırakma müdahalelerinin etkinliğini değerlendirme açısından önemli bilgiler sunmakla birlikte bireylerin sigara bırakma sürecini nasıl deneyimlediği, bırakma kararını hangi yaşam bağlamı içerisinde değerlendirdiği ve bu süreçte karşılaştıkları güçlükleri nasıl anlamlandırdığı gibi deneyimsel boyutları açıklamada sınırlı kalabilmektedir (13, 14). Oysa sigara bırakma davranışı yalnızca tedavi etkinliği ile açıklanabilecek bir süreç değildir; bireylerin sigaraya yükledikleri anlam, bırakma motivasyonunun nasıl şekillendiği, sosyal çevrenin rolü ve bağımlılık deneyiminin kişisel yorumlanması gibi unsurlar da bu sürecin önemli bileşenlerini oluşturmaktadır.

Nitel araştırma yöntemleri bireylerin sağlık davranışlarına ilişkin deneyimlerini, algılarını ve anlamlandırma süreçlerini derinlemesine incelemeye olanak sağlayan önemli araştırma yaklaşımlarıdır (15). Sigara bırakma deneyimlerini inceleyen nitel çalışmalar, bırakma sürecinin çoğu zaman sağlıkla ilgili kaygılar, sosyal ilişkiler, kimlik algısı ve gündelik yaşam pratikleri ile iç içe geçen çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir (16, 17). Bununla birlikte literatürde farmakolojik tedavi kullanarak sigarayı bırakan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin bırakma deneyimlerini karşılaştırmalı olarak ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmalar çoğunlukla bırakma oranlarına ve müdahale etkinliğine odaklanmakta; bireylerin bu süreçte yaşadıkları deneyimler ve geliştirdikleri baş etme stratejileri daha az incelenmektedir (18).

Sigara bırakma sürecinin yalnızca biyomedikal bir müdahale olarak değil, bireyin yaşam deneyimleri içerisinde şekillenen çok boyutlu bir davranış değişimi süreci olarak ele alınması sigara bırakma hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Özellikle farmakolojik tedavi kullanan bireyler ile non-farmakolojik sigarayı bırakan bireylerin bırakma deneyimlerinin karşılaştırılması, sigara bırakma müdahalelerinin birey merkezli biçimde planlanmasına katkı sağlayabilecek önemli bilgiler sunabilir.

Bu tez çalışmasının amacı, sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin sigara bırakma sürecine ilişkin deneyimlerini nitel araştırma yöntemi ile incelemek ve bu iki grubun bırakma deneyimlerini karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Bu kapsamda sigara kullanımına başlama deneyimi, sigarayı bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan güçlükler, sigara isteği ile baş etme

stratejileri ve sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimlerin katılımcı deneyimleri üzerinden ortaya konulması hedeflenmiştir. Elde edilen bulguların sigara bırakma sürecinin deneyimsel boyutunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlaması ve özellikle aile hekimliği pratiğinde yürütölen sigara bırakma danışmanlığı ve izlem süreçlerinin geliştirilmesine katkı sunması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün ile Tütün Ürünlerinin Genel Çerçevesi ve Tarihçesi

Tütün bitkisi, Solanaceae (patlıcangiller) familyasına ait *Nicotiana* cinsi içerisinde sınıflandırılmakta olup yaklaşık 65 türü bulunmaktadır. Bu türler arasında en yaygın olanları *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica*'dır (19). Dünya genelinde üretilen tütünün büyük bir kısmını *Nicotiana tabacum* oluşturmaktadır (20). Bitkinin ekonomik açıdan en önemli ve en fazla kullanılan bölümü yapraklarıdır. Tütün yaprağının kimyasal bileşiminde yer alan organik azot içeren temel madde ise nikotindir (21). Tütün ürünleri tütün yaprağının tamamının veya bir bölümünün ham madde olarak kullanılmasıyla üretilen ve içe çekme, çiğneme, emme ya da buruna çekme gibi çeşitli tüketim biçimlerine sahip ürünler olarak tanımlanmaktadır. Başlıca kullanım formları arasında sigara, nargile, pipo, puro, nikotin içeren preparatlar ve çiğneme tütünü yer almaktadır (19).

Tütünün kültüre alınarak yetiştirilmesine ilişkin en eski bulgular, M.Ö. 6000'li yıllarda Amerika kıtasında başlandığı bildirilmektedir. 1500'lü yıllarda ise Mayaların tütünü hem dinsel törenlerde hem de tedavi edici amaçlarla farklı kullanım biçimleriyle değerlendirdiği aktarılmaktadır (22). Tütünün dünya genelinde yaygınlaşması, 15. yüzyılın sonlarında Kolomb ve beraberindekilerin Amerika kıtasına ulaşmasıyla başlamıştır. Fransız diplomat Jean Nicot, Güney Amerika'da yerli halkın tütünü ağrı gidermek amacıyla kullandığını öğrenmiş; 1559 yılında Fransız kraliçesine tütün sunmuş ve bu bitkinin kraliçenin ağrıların azalmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (23). Tütün, İngiliz, İtalyan ve İspanyol denizciler ile tüccarlar aracılığıyla İstanbul'a taşınmış ve 16. yüzyılda Osmanlı topraklarına girmiştir. Nem ve rutubete bağlı hastalıklara iyi geldiği yönündeki inanış nedeniyle kullanımı hızla artmış, bu dönemde ilk bağımlılık örnekleri ortaya çıkmıştır. İzleyen süreçte hem halk arasında hem de devlet yöneticileri arasında yaygınlaşarak tütün bağımlılığının geliştiği gözlenmiştir (23). 1874 yılında tütün kıyım atölyeleri faaliyete geçirilmiş ve sigara üretimi devlet tekeline alınmıştır. İlk sigara fabrikası İstanbul'un Cibali semtinde kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde tütün tekeli yapılandırılmış; 1938 yılı itibarıyla sigara üretimi tamamen devlet kontrolünde yürütülen ve geliştirilen bir sanayi kolu haline gelmiştir. Bu süreçte çeşitli illerde sigara fabrikaları açılmıştır. Ancak 1986 yılında çıkarılan düzenleme ile sigara üretim ve pazarlaması devlet tekeline çıkarılarak serbest piyasa koşullarına bırakılmıştır (24). Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde tütünün insan sağlığı üzerindeki zararlı etkilerine ilişkin bulgular ortaya konulmaya başlanmış; özellikle sigara ile kanser arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar tıp literatüründe yer almaya

başlamıştır. Zamanla sigara-kanser bağlantısına yönelik çalışmalar yoğunlaşmış ve bilim çevrelerinde sigaranın sağlık açısından zararlı olduğu yönünde görüş birliği oluşmuştur (25).

2.2 Tütün Tüketiminin Epidemiyolojik Boyutu

Tütün kullanımı, küresel ölçekte en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan temel risk faktörlerinden biridir (26).

Tütün ve tütün ürünleri her yıl yaklaşık 8 milyon kişinin yaşamını yitirmesine yol açmaktadır. Bu ölümlerin %90'dan fazlası doğrudan tütün kullanımına bağlıken, yaklaşık %10'u sigara içmeyen bireylerin tütün dumanına maruz kalması sonucu meydana gelmektedir. Dünya genelinde bulunan 1,3 milyar sigara kullanıcısının 1 milyardan fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2020 yılı verilerine göre ise dünya nüfusunun %22,3'ü; erkeklerin %36,7'si ve kadınların %7,8'i tütün ürünü kullanmıştır (1).

2012 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye genelinde 15 yaş ve üzeri bireylerde 2008 yılında %31,3 olan her gün ya da ara sıra tütün ve tütün ürünü kullanma oranı, 2012 yılında yaklaşık %27'ye gerilemiştir. Bu dönemde tütün kullanma sıklığı erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür. Azalışın erkeklerde daha belirgin olduğu görülmektedir. Tütün kullanımı en yaygın olarak 25–34 ve 35–44 yaş gruplarında saptanmıştır. Son 12 ay içinde tütün kullanımını bırakmayı deneme oranı kadınlarda 2008 yılında %40,8 iken 2012 yılında %44,9'a yükselmiştir. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %40,5 ve %41,8 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, kadınların bırakma girişimlerinin erkeklere kıyasla daha yüksek oranda arttığını göstermektedir (27). 2016 yılı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre yetişkin nüfusun yaklaşık üçte biri tütün ürünü kullanmaktadır; bireylerin %28,8'inin ise günlük tüketici olduğu belirlenmiştir. Tütün ürünü kullananların yaklaşık %95'ini sigara içenler oluştururken, nargile kullanım oranı %0,8 gibi düşük bir düzeydedir. Günlük tütün kullanıcılarının 24 saat içinde ortalama 17,5 adet sigara tükettikleri ve bu bireylerin yaklaşık yarısının tütün kullanımına 18 yaşından önce başladıkları saptanmıştır (28).

2.3 Tütünle Mücadelede Yasal ve Politik Düzenlemeler

2003 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kabul edilmiştir. Tütünle mücadele alanında küresel ölçekte gerçekleştirilen ilk bağlayıcı düzenleme niteliğindeki bu sözleşme, ülkeleri tütün kontrolü konusunda harekete geçirmeyi amaçlamaktadır. Sözleşme, tütün kullanımına bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması için uygulanması gereken temel stratejileri kapsamaktadır (2).

2008 yılında ise tütün kontrolünde etkinliği kanıtlanmış olan MPOWER politika paketi geliştirilmiştir. MPOWER yaklaşımı aşağıda yer alan temel bileşenlerden oluşmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen MPOWER yaklaşımı, tütün kontrolü politikalarının uygulanmasında temel bir çerçeve sunmaktadır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütü MPOWER Tütün Kontrolü Politika Paketi

Bileşen	Politika Alanı	Temel Amaç
M – Monitor	Tütün kullanımının ve tütün kullanım prevalansını ve politika kontrol politikalarının uygulamalarını düzenli olarak izleyerek etkili kontrol izlenmesi	stratejileri geliştirmek
P – Protect	Pasif tütün dumanından korunma	Kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan düzenlemelerle toplumun tütün dumanına maruziyetini önlemek
O – Offer help	Sigara bırakma desteği sunulması	Bireylere danışmanlık hizmetleri, sigara bırakma poliklinikleri, telefon destek hatları ve farmakolojik tedavi seçenekleri sunmak
W – Warn	Tütünün zararları konusunda uyarı	Paket uyarıları, medya kampanyaları ve sağlık bilgilendirmeleri aracılığıyla tütün kullanımının sağlık riskleri konusunda farkındalık oluşturmak
E – Enforce bans	Reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları	Tütün ürünlerinin pazarlanmasını sınırlayarak özellikle gençlerde tütün kullanımının başlamasını önlemek
R – Raise taxes	Vergilendirme politikaları	Tütün ürünleri üzerindeki vergileri artırarak tüketimi azaltmak

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne 2004 yılında taraf olmuştur. Aynı yıl Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi oluşturulmuş ve 2008–2012 dönemini kapsayan Ulusal Tütün Kontrolü Programı ile Eylem Planı hazırlanmıştır (29).

Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülen çalışmalar sonucunda 2018 yılında Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı hazırlanmıştır. Bu eylem planının temel amacı, 2018–2023 döneminde toplumun tüm kesimlerini tütün ürünlerinin sosyal, sağlıkla ilgili, çevresel ve ekonomik olumsuz etkilerinden korumaktır. Nihai hedefe ulaşabilmek için; bireylerin tütün kullanımına başlamasının önlenmesi, tütün ürünlerine olan talebin azaltılması, ürünlere erişimin sınırlandırılması ve tütün kontrolü süreçlerinde iş birliği, koordinasyon ile etkin izleme ve değerlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi ara hedefler olarak belirlenmiştir (30).

2.4 Nikotin Bağımlılığının Temelleri

Sigara kullanımı, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları iç içe geçmiş kronik bir bağımlılık davranışdır. Sigara kullanımına bağlı bağımlılık gelişimini inceleyen araştırmalar, tütünün içerdiği ve bağımlılık yapıcı özellik gösteren başlıca psikoaktif bileşenin, bir alkaloid olan nikotin olduğunu ortaya koymaktadır (3). Nikotin, tütün yapısında yer alan bir alkaloid olup beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanmaktadır. Bu etkileşim sonucunda dopamin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterlerin salınımı artmakta; böylece ödül ve haz mekanizmaları ile pekiştirme süreçleri aktive edilerek bağımlılık gelişimine sebep olmaktadır (4).

Aile içinde sigara kullanan bireylerin bulunması, sigaraya başlama ve kullanımın devam etme olasılığını anlamlı düzeyde yükseltmektedir; özellikle ebeveyn ve kardeşlerin sigara içmesi en güçlü belirleyiciler arasında yer almaktadır. Arkadaş grubu ve yakın sosyal çevrede sigara kullanımının yaygın olması da hem başlama hem de sürdürme açısından önemli bir etkidir (31).

Tütün kullanım bozukluğunun tanısı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)'e göre belirlenmektedir. DSM-5'e göre son 12 ay içerisinde aşağıda yer alan ölçütlerden en az ikisinin bulunması ve bu durumun klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açması durumunda tütün kullanım bozukluğu tanısı konulabilmektedir (32).

DSM-5’te tanımlanan başlıca ölçütler şunlardır:

- Tütünün planlanandan daha fazla miktarda ya da daha uzun süre kullanılması
- Tütün kullanımını bırakma veya kontrol altına alma yönünde yineleyen ancak başarısız girişimlerin bulunması
- Tütünü temin etme, kullanma veya etkilerinden kurtulma sürecine önemli ölçüde zaman ayrılması
- Tütün kullanımına yönelik yoğun istek veya güçlü bir dürtü hissedilmesi (craving)
- Yineleyici tütün kullanımı nedeniyle iş, okul veya aile sorumluluklarının aksatılması
- Tütün kullanımının yol açtığı sosyal ya da kişilerarası sorunlara rağmen kullanımın sürdürülmesi
- Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya rekreasyonel etkinliklerin azaltılması ya da bırakılması
- Fiziksel açıdan riskli durumlarda dahi tütün kullanımının sürdürülmesi
- Kullanımın kötüleştirdiği bilinen fiziksel veya psikolojik bir soruna rağmen tütün kullanımına devam edilmesi
- Tolerans gelişimi
- Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması veya bu belirtileri azaltmak amacıyla tütün kullanımına yeniden başlanması (18)

Tolerans gelişimi; istenen etkinin sağlanabilmesi için giderek artan miktarda tütün kullanımına ihtiyaç duyulması ya da aynı miktarın tekrar eden kullanımında etkinin azalması ile tanımlanmaktadır. Yoksunluk belirtileri ise sinirlilik, huzursuzluk, dikkat güçlüğü, terleme ve titreme gibi belirtilerle kendini gösterebilmekte ve bu belirtileri hafifletmek amacıyla birey yeniden tütün kullanımına yönelebilmektedir (32).

Nikotin bağımlılığının şiddetini nicelleştirmek için birden çok ölçek geliştirilmiştir; bunların içinde Fagerström temelli ölçekler en yaygın kullanılanlardır (33).

Tablo 2.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) (34):

-Soru 1: Uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne kadar sürede içersiniz?

- a) İlk 5 dakika içinde (3 puan)
- b) 6–30 dakika içinde (2 puan)
- c) 31–60 dakika içinde (1 puan)
- d) 60 dakikadan sonra (0 puan)

-Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu ortamlarda sigara içmemek sizin için güç müdür?

- a) Evet (1 puan)
- b) Hayır (0 puan)

-Soru 3: Gün içinde hangi sigaradan vazgeçmek sizin için daha zor olur?

- a) Sabah içilen ilk sigara (1 puan)
- b) Diğer sigaralar (0 puan)

-Soru 4: Günlük sigara tüketiminiz kaç adettir?

- a) 10 veya daha az (0 puan)
- b) 11–20 adet (1 puan)
- c) 21–30 adet (2 puan)
- d) 31 ve üzeri (3 puan)

Soru 5: Sabah saatlerinde, günün geri kalanına kıyasla daha fazla sigara içer misiniz?

- a) Evet (1 puan)
- b) Hayır (0 puan)

-Soru 6: Yatağa bağlı kalmanızı gerektirecek derecede hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?

- a) Evet (1 puan)
 - b) Hayır (0 puan)
-

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte bağımlılık düzeyini en güçlü biçimde öngören maddeler; sabah uyanır uyanmaz ilk sigaranın içilmesine kadar geçen süre ile günlük tüketilen sigara sayısıdır. Birçok çalışmada yüksek düzey nikotin

bağımlılığını tanımlamak amacıyla kullanılan kesme noktası FTND $\geq 4-5$ olup, bu eşik değerinin duyarlılık ve özgüllük açısından dengeli sonuçlar verdiği bildirilmektedir (35).

Sigara bağımlılığı yalnızca biyolojik temelli bir durum olmayıp; öğrenilmiş davranış örüntüleri, duygusal düzenleme biçimleri ve içinde bulunulan sosyal çevrenin etkisiyle biçimlenen çok boyutlu bir alışkanlıktır. Depresif ve anksiyöz bireylerde sigarayı sürdürmenin temel itici güçleri düşük pozitif duygulanım, yüksek negatif duygulanım ve bilişsel güçlükler olarak özetlenmektedir; bu durum sigaraya “duygusal durum düzenleyici” yüksek değer atfedilmesiyle sonuçlanır (5). Bir yıllık sigara bırakma programlarında, stres duyarlılığı ve nikotin bağımlılığı düzeyi yüksek olan bireylerde nüks riskinin arttığı bildirilmektedir; buna karşın duygusal farkındalık ve duygusal düzenleme becerileri güçlü olan kişilerde bu ilişkinin daha zayıf olduğu görülmektedir (36). Bu bulgu, biyolojik bağımlılık şiddeti ile duygusal süreçlerin etkileşim içinde olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanımının devamlılığında sosyoekonomik etmenler belirleyici bir rol üstlenmektedir. Düşük eğitim ve gelir düzeyi; artmış nikotin bağımlılığı, azalmış öz-yeterlik algısı ve daha zayıf bırakma motivasyonu ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük bireylerde sigarayı bırakma niyetinin bulunmama olasılığının yaklaşık %40 oranında daha yüksek olduğu bildirilmektedir (6). Bu çerçevede sigara bağımlılığı, yalnızca nikotinik reseptörler düzeyinde gelişen biyolojik bir uyum süreci olarak değil; bireyin kimlik algısı, sosyal etkileşimleri ve başa çıkma stratejileriyle bütünleşmiş bir yaşam biçimi olarak ele alınmalıdır.

2.5 Tütün Tüketiminin Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara dumanının bileşiminde yüzlerce toksik kimyasal madde ile birlikte çok sayıda kanserojen bileşik bulunmaktadır ve bunların en az 20’si kesin ya da olası kanserojen olarak tanımlanmıştır. Bu bileşenler arasında tütün-spesifik nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, aromatik aminler, formaldehit ve çeşitli ağır metaller yer almaktadır (37).

Tütün kullanımı, birçok kanser türü için en önemli önlenabilir risk faktörlerinden biri olup, küresel ölçekte kanser mortalitesinin kayda değer bir bölümünden sorumludur. Sigara kullanımı, en az 12 farklı kanser türü ile nedensel ilişki göstermektedir. Bunlar arasında ağız boşluğu ve farinks, larinks, akciğer, trakea ve bronş, mide, özofagus, kolon ve rektum, karaciğer, pankreas, böbrek ve renal pelvis, mesane, serviks kanseri ile akut miyeloid lösemi yer almaktadır (7). Yaşın artmasıyla birlikte hem kanser görülme sıklığı hem de sigaraya bağlı kanser yükü anlamlı düzeyde yükselmektedir (38). 2019’da dünyada 2.5 milyon kanser ölümü sigaraya bağlanmıştır (39).

Epidemiyolojik alışmalar, sigaranın akciğer kanseri açısından başlıca risk etkeni olduğunu ve vakaların büyük bölümünün tütün kullanımına atfedilebildiğini ortaya koymaktadır; yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde akciğer kanserine bağlı ölümlerin çoğu sigara ile ilişkilidir. Sigara kullanım süresi (paket-yıl) ve günlük tüketilen sigara miktarı arttıkça akciğer kanseri riski de yükselmektedir. Bu durumun belirgin bir doz-yanıt ilişkisi gösterdiği kanıtlanmış olup, uzun süreli ve yoğun sigara içicilerinde riskin katlanarak arttığı bildirilmektedir (40). Klinik ve epidemiyolojik araştırmalar, sigara kullanımının akciğer kanserinin tüm histolojik alt tiplerinde, hem küçük hücreli hem de küçük hücreli dışı formlarda, artmış risk ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Küçük hücreli akciğer kanseri ise büyük ölçüde sigara ile bağlantılı bir alt tip olarak kabul edilmekte olup, bu tanıyı alan hastaların ezici çoğunluğunu halen sigara içenler ya da geçmişte sigara kullanmış bireyler oluşturmaktadır (40).

Tütün kullanımı; sistemik inflamasyonu ve oksidatif stresi artırarak, makrofaj ve monositlerin damar duvarına adezyonunu kolaylaştırmakta ve böylece aterosklerotik plak gelişimini hızlandırmaktadır (8). Sigara içimi ise hipertrigliseridemi, HDL kolesterol düzeyinde azalma, küçük ve yoğun LDL partiküllerinde artış ile birlikte proinflamatuvar ve protrombotik faktörlerde yükselmeye yol açarak endotel disfonksiyonunun gelişimine katkı sağlamaktadır (41).

Sigara kullanımı; kadınlarda adet düzensizlikleri, infertilite ve erken menopoza ile ilişkilendirilmekte; erkeklerde ise sperm sayısı ve motilitesinde azalma ile birlikte belirgin düzeyde artmış erektil disfonksiyon riskinde artışla bağlantı göstermektedir (42).

Tütün kullanımı, özofagus ve mide mukozasında çeşitli patofizyolojik mekanizmalar aracılığıyla hasara yol açarak çok sayıda gastrointestinal sistem hastalığının gelişme riskini artırmaktadır. Sigara alt özofagus sfinkter basıncını azaltır, bu da asit geri kaçışını kolaylaştırır; klasik manometrik çalışmalar sigara sonrası alt özofagus sfinkter basıncında belirgin düşüş bildirmiştir (43).

Bu bulgular, tütün kullanımının yalnızca kanserle sınırlı olmayan; kardiyovasküler, solunum, üreme ve gastrointestinal sistemleri kapsayan çok sayıda hastalıkla ilişkili olduğunu ve bu nedenle küresel lkte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir.

2.6 Sigara Bırakma Sürecinde Kullanılan Yöntemler

Sigara bırakmaya yönelik uygulanan programlar, bireyin nikotin bağımlılığını ve sigara içme davranışını çok boyutlu olarak ele alan davranışsal ve bilişsel müdahalelerin yanı sıra nikotin yoksunluk belirtilerini hafifletmeyi amaçlayan farmakolojik tedavileri içermektedir (9).

2.6.1 Davranışsal ve Bilişsel Müdahale Teknikleri

Ulusal ve uluslararası rehberler, her sağlık başvurusunda tütün kullanımının sorgulanmasını, kayıt altına alınmasını ve bırakmaya yönelik kısa bir danışmanlık müdahalesi yapılmasını önermektedir. Bu sistematik yaklaşım, “5A” modeli (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) çerçevesinde yapılandırılmıştır (44).

Bırakmaya Hazır Bireyler için 5A Müdahalesi:

Ask (Sorgula): Her hasta ile yapılan her görüşmede sigara kullanımı mutlaka değerlendirilmelidir. Vital bulgulara ek olarak, sigaranın kaç yıldır kullanıldığı, günlük tüketim miktarı ve sigara dışındaki tütün ürünlerinin kullanılıp kullanılmadığı sistematik biçimde kayıt altına alınmalıdır.

Advise (Öner): Sigara kullanan her bireye, bırakma konusunda kişiye özgü, açık ve kesin bir tavsiyede bulunulmalıdır.

Assess (Değerlendir): Her hastanın sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonu ve girişim isteği değerlendirilmelidir. Hastanın verdiği yanıt uygun bir ölçek ya da derecelendirme yöntemi ile sınıflandırılmalıdır.

Assist (Destek Ol): Hastaya sigarayı bırakma sürecinde aktif destek sağlanmalıdır. Hasta ile birlikte bir bırakma tarihi belirlenmeli, karşılaşılabileceği güçlükler için çözüm önerileri sunulmalı, motivasyonu güçlendirilmeli ve gerektiğinde sosyal destek kaynakları devreye sokulmalıdır. Ayrıca uygun farmakolojik ve/veya davranışsal tedavi seçenekleri önerilmelidir.

Arrange (İzle ve Planla): Hastanın sigarayı bırakma sürecini desteklemek amacıyla düzenli izlem randevuları planlanmalı ve karşılaştığı güçlükler değerlendirilmelidir. Yeniden kullanıma başlanmışsa nedenleri sorgulanmalı, çözüm stratejileri geliştirilmelidir. Ayrıca uygulanan farmakoterapinin etkinliği ve olası yan etkileri sistematik olarak gözden geçirilmelidir.

Klinik kılavuz, bırakmaya hazır olmayan hastalar için 5R (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition) motivasyonel müdahalesini önermektedir (44).

Relevance (İlişkilendir): Sigara bırakmanın önemi, hastanın mevcut durumu (yaş, cinsiyet, mevcut hastalıkları, aile ve sosyal koşulları vb.) ile bağlantı kurularak vurgulanmalı ve bu çerçevede birey bırakma yönünde motive edilmelidir.

Risks (Riskler): Sigara kullanımının kısa ve uzun vadede yol açtığı sağlık riskleri öncelikli olarak ele alınmalıdır. Bunun yanı sıra çevresel etkiler, ekonomik yük, toplumsal sonuçlar ve pasif maruziyete bağlı riskler de hastayla ayrıntılı biçimde tartışılabilir.

Rewards (Kazançlar): Sigaranın bırakılmasıyla elde edilecek yararlar hastaya açık biçimde anlatılmalıdır. Bu kapsamda; sağlık durumunun zamanla iyileşeceği, ekonomik tasarruf sağlanacağı, tat ve koku duyularının düzeleceği, çocuklara olumlu bir rol model olunacağı, daha enerjik hissedileceği ve erken yaşlanma riskinin azalacağı gibi kazanımlar vurgulanmalıdır.

Roadblocks (Engeller): Sigara bırakma sürecini zorlaştırabilecek yoksunluk belirtileri, kilo artışı kaygısı, sosyal destek eksikliği, sigaradan alınan haz ve depresif belirtiler gibi engeller belirlenmeli; bu güçlüklerin aşılmasına yönelik bireyselleştirilmiş çözüm stratejileri geliştirilmelidir.

Repetition (Tekrar): Sigarayı bırakmaya hazır olmayan bireylerle her klinik başvuruda motivasyonel görüşme yinelenmeli ve bırakma yönündeki motivasyon süreklilik içinde desteklenmelidir.

2.6.2 Sigara Bırakmada Davranış Değişim Modelleri

Transteorik Model, davranış değişimini birbirini izleyen aşamalardan oluşan dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu modelde davranış değişimi beş temel evrede ele alınmaktadır: düşünmeme (precontemplation), düşünme (contemplation), hazırlık (preparation), eylem (action) ve sürdürme (maintenance). Sigara bırakma sürecinde bireyin bulunduğu aşamaya uygun müdahalelerin planlanması bırakma başarısını artırmaktadır; örneğin motivasyon düzeyi düşük ve düşünmeme evresinde yer alan bireylerde baskılayıcı ya da zorlayıcı yaklaşımlardan kaçınılması ve bireyin farkındalığını artırmaya yönelik danışmanlık stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (45). Transteorik Model, davranış değişiminin doğrusal olmayan, aşamalı ve geri dönüşlere açık bir süreç olduğunu kabul eder. Bu nedenle müdahalelerin bireyin mevcut evresine göre uyarlanması ve evreler arası ilerlemenin desteklenmesi sigara bırakma sürecinin etkinliğini artıran önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (46).

COM-B modeli, davranışın yetkinlik (capability), fırsat (opportunity) ve motivasyonun (motivation) karşılıklı etkileşimiyle açıklayan bütüncül bir davranış değişim çerçevesi olarak tanımlamaktadır. Sigara bırakma bağlamında yetkinlik; nikotin bağımlılığına ilişkin bilgi düzeyi ve baş etme becerilerini, fırsat; destekleyici sosyal ortam ile sağlık hizmetlerine erişimi, motivasyon ise bireyin içsel isteği, inançları ve değerlerini kapsamaktadır (47). Bu model, aile hekimliği pratiğinde bireye özgü müdahalelerin planlanması için işlevsel bir çerçeve sunmakta ve hastaların gereksinimlerine uygun stratejilerin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (48). Özellikle destekleyici bir sosyal çevrenin varlığı ve sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması, sigara bırakma başarısını artıran temel fırsat faktörleri arasında tanımlanmaktadır (49).

Motivasyonun artırılabilmesi için, bireylerin sigarayı bırakma isteğiyle bağlantılı psikososyal etmenlerin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda müdahalelerin planlanması gerekmektedir (50). Bunun yanı sıra, COM-B modeline dayalı müdahaleler sağlık profesyonellerinin eğitim programlarından dijital destek platformlarına kadar farklı alanlarda uygulanmakta; bu kapsamlı yaklaşım sayesinde sigara bırakma sürecinde davranış değişikliğinin sürdürülebilirliğinin desteklenmesi amaçlanmaktadır (48).

2.6.3 Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi Seçenekleri

Sigara bırakma sürecinde en önemli güçlüklerden biri, bırakmayı takiben ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtileridir. Farmakolojik tedavinin temel amacı, nikotin yoksunluğuna bağlı fiziksel ve psikolojik belirtilerin azaltılması ve bırakma sürecinin daha sürdürülebilir hale getirilmesidir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sonucunda bağımlılık düzeyi orta ya da yüksek olarak belirlenen bireylerde farmakolojik tedaviye başlanması önerilmektedir.

2.6.3.1 Nikotin Replasmanına Dayalı Tedavi Yaklaşımı

Sigaranın bağımlılıktan sorumlu temel bileşeninin nikotin olması nedeniyle, bırakma tedavisinde nikotinin kontrollü kullanımının etkili olabileceği değerlendirilmiştir. Uygulamada elde edilen göreceli başarılar doğrultusunda bu yöntem günümüzde de yaygın olarak tercih edilen bir tedavi seçeneği olmayı sürdürmektedir (51). Nikotin replasman tedavisi, sigara içme isteğini ve yoksunluk belirtilerini azaltması sayesinde sigara bırakma sürecinde etkili bir yöntemdir ve nüks oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir. Sigara içimine kıyasla nikotini daha düşük dozda ve daha yavaş salınım ile sağlar; bu sayede yoksunluk semptomlarını belirgin biçimde hafifletirken daha düşük bağımlılık potansiyeline sahiptir (51). Günümüzde nikotin replasman tedavisi kapsamında nikotin bandı, nikotin sakızı, nazal sprey, dil altı tablet, pastil ve inhaler/kartuş formları tek başına ya da kombinasyon şeklinde uygulanabilmektedir. Türkiye’de ise en yaygın kullanılan formlar nikotin bandı ve nikotin sakızıdır (52).

2.6.3.2 Sigara Bırakmada Bupropion Kullanımı

Bupropion; trisiklik olmayan, aminoketon yapısında bir antidepresandır. Norepinefrin ve dopaminin nöronal geri alımını zayıf düzeyde inhibe ederken, monoamin oksidaz enzimleri ile serotonin geri alımını anlamlı ölçüde etkilemez. Aktif metabolitlerinin ise norepinefrin geri alımını inhibe edici özellik gösterdiği bilinmektedir (9). Dopaminerjik ve/veya noradrenerjik mekanizmalar üzerinden etki göstererek nikotin yoksunluk belirtilerinin şiddetini azaltır. Mezolimbik dopaminerjik yolakta dopamin geri alımını ve locus coeruleus düzeyinde

noradrenalin geri alımını baskılayarak yoksunluk semptomlarını hafiflettiği ve bu yolla sigara bırakma sürecine katkı sağladığı düşünülmektedir (51).

2.6.3.3 Sigara Bırakmada Vareniklin Kullanımı

Vareniklin, nikotinik asetilkolin reseptörlerinin $\alpha 4\beta 2$ alt tipine parsiyel agonist, $\alpha 7$ alt tipine ise tam agonist olarak etki gösteren bir ajandır. Bu farmakolojik özellik, vareniklinin hem nikotin benzeri kısmi bir uyarı oluşturmamasını hem de nikotin reseptöre bağlanmasını engellemesini sağlamaktadır. $\alpha 4\beta 2$ alt ünitesini içeren nikotinik reseptörler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteğinin gelişiminde temel rol oynamaktadır. Vareniklin, bu reseptörleri parsiyel olarak uyararak nükleus akkumbens düzeyinde dopamin salınımını artırır. Ancak tedavi sırasında nikotin alındığında, reseptörleri bloke etmesi nedeniyle ek dopamin artışı oluşmaz ve böylece nikotin pekiştirici etkisi azalır. Bu çift yönlü (agonist ve antagonist) etkisi sayesinde vareniklin hem bağımlılık düzeyini azaltmakta hem de nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını engellemektedir (51).

2.6.3.4 Sigara Bırakmada Sitizin Kullanımı

Sitizin nikotin bağımlılığında temel rol oynayan $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörlerine parsiyel agonist etki gösteren ve sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir ajandır. Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, sitizin kullanan bireylerde bırakma oranlarının plasebo ve nikotin replasman tedavisine kıyasla daha yüksek olduğunu, bazı çalışmalarda ise vareniklin ile benzer ya da üstün sonuçlar elde edildiğini bildirmektedir (53). Vareniklin ile karşılaştırıldığında benzer etkinliğe sahip olduğu ve bazı araştırmalarda daha düşük yan etki profili gösterdiği belirtilmektedir; en sık görülen advers etkiler genellikle hafif düzeyde olup bulantı, baş ağrısı ve uyku bozukluklarıdır (54). Altı ve on iki haftalık sitizin tedavi protokollerinin, davranışsal destek ile birlikte uygulandığında sigara bırakma başarısını anlamlı biçimde artırdığı gösterilmiştir (55). Düşük maliyeti ve iyi tolere edilebilirliği nedeniyle sitizin, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sigara bırakma tedavisinde önemli bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (56). Ayrıca nikotin yoksunluğuna bağlı olumsuz duygudurum belirtilerini hafifleterek nüks riskini azaltmakta ve bırakma sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (57).

2.6.4 Sigara Bırakmada Bilimsel Kanıt Sınırlı Yöntemler

Bilimsel temeli yeterince gösterilmemiş sigara bırakma yöntemleri arasında akupunktur, hipnoz, biorezonans uygulamaları ve çeşitli dijital müdahaleler yer almaktadır. Bu yöntemler bazı bireyler tarafından tercih edilmekle birlikte, etkinliklerine ilişkin bilimsel kanıtlar sınırlı ve tutarsızdır (58, 59).

Hipnoterapi, sigara bırakma sürecinde bireyin motivasyonunu güçlendirmeyi ve nikotin bağımlılığına eşlik eden psikolojik süreçlere müdahale etmeyi amaçlayan tamamlayıcı bir yaklaşımdır. Bu yöntemin kuramsal temeli, sigara içme davranışını bilinçdışı düzeyde sürdüren dürtüsel ve alışkanlığa dayalı örüntülerin yeniden yapılandırılabilmesi varsayımına dayanmaktadır. Uygulamada; sigaraya yönelik isteğin azaltılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin hafifletilmesi ve bırakma yönündeki iradenin pekiştirilmesi hedeflenmektedir. Literatürde hipnoterapinin sigara bırakma üzerindeki etkilerine dair sonuçlar tutarlılık göstermemektedir. Bazı randomize kontrollü çalışmalar, hipnoterapinin kısa dönem bırakma oranlarında artış sağlayabileceğini bildirmektedir (60). Bununla birlikte, sistematik derlemeler ve meta-analizler; hipnoterapinin tek başına uygulandığında nikotin replasman tedavisi ya da davranışsal danışmanlık gibi standart yaklaşımlara kıyasla üstünlük sağladığını gösteren yeterli ve güçlü kanıt bulunmadığını ortaya koymaktadır (61). Mevcut bilimsel veriler, hipnoterapinin sigara bırakma sürecinde bazı bireylerde destekleyici bir katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir; ancak tek başına birinci basamak tedavi olarak önerilebilmesi için gerekli olan güçlü ve tutarlı kanıtların henüz yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.

Sigara bırakma amacıyla uygulanan akupunktur girişimlerinde hem gerçek (aktif) akupunktur hem de plasebo kontrolü amacıyla kullanılan sahte (sham) akupunktur teknikleri yer almaktadır. Aktif uygulamada belirli akupunktur noktalarına iğneleme yapılırken, sham yöntemde tedavi noktaları dışındaki alanlara yüzeysel iğne uygulanarak plasebo etkisi kontrol edilmeye çalışılmaktadır. Yayımlanan sistematik derleme ve meta-analizlerde, aktif akupunkturun uzun dönem sigara bırakma oranlarını anlamlı ve tutarlı biçimde artırdığına dair yeterli kanıt bulunmadığı bildirilmiştir (62). Bununla birlikte, bazı araştırmalar akupunkturun kısa vadede sigara içme isteğini azaltabileceğini ve müdahale uygulanmamasına kıyasla daha olumlu sonuçlar sağlayabileceğini; ancak gözlenen etkinin en azından bir bölümünün plasebo yanıtına bağlı olabileceğini göstermektedir (63). Mevcut çalışmalar, akupunkturun sigara bırakma sürecinde kısa süreli bazı yararlar sağlayabileceğini düşündürmekle birlikte, uzun dönem etkinliğine ilişkin güçlü ve tutarlı kanıtların sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle akupunktur, sigara bırakma tedavisinde kanıta dayalı farmakolojik yaklaşımların (örneğin nikotin replasman tedavisi, vareniklin) ve davranışsal müdahalelerin yerine geçecek birincil tedavi olarak değil; destekleyici ve tamamlayıcı bir yöntem olarak ele alınmalıdır.

Sigara bırakma bağlamında biyorezonans uygulamaları, bireyin nikotinle temasının sağlanması (örneğin sigara dumanı ya da kül örneğinin cihaza yerleştirilmesi) ve buna ait olduğu varsayılan elektromanyetik sinyallerin cihaz tarafından “düzenlenerek” hastaya geri iletilmesi prensibine dayanmaktadır. Bu yaklaşımın, nikotin bağımlılığıyla ilişkili olduğu öne sürülen patolojik

frekansları nötralize ederek sigara içme isteğini azalttığı iddia edilmektedir. Ancak söz konusu iddiaların biyofiziksel mekanizması, çağdaş biyomedikal bilim çerçevesinde doğrulanmış değildir. Biyorezonansın sigara bırakmadaki etkinliğine ilişkin bilimsel kanıtlar sınırlı olup metodolojik açıdan zayıf çalışmalarla sınırlıdır. Sistemik derlemelerde, biyorezonans ve benzeri enerji temelli yaklaşımların nikotin bağımlılığı üzerindeki etkilerini destekleyen yüksek kaliteli randomize kontrollü araştırmaların yetersiz olduğu bildirilmektedir (64). Daha güncel bir klinik değerlendirmede biyorezonans, diğer sigara bırakma yöntemleriyle karşılaştırılmış ve kısa dönem sonuçlarda bazı olumlu eğilimler gözlenmiş olsa da, nikotin bağımlılık düzeyinde (örn. Fagerström testi) istatistiksel olarak anlamlı ve kalıcı bir üstünlük gösterilememiştir (65). Güncel çalışmalar, biyorezonansın sigara bırakma sürecinde kısa süreli bazı etkiler gösterebileceğini düşündürmekle birlikte, etkinliğinin güçlü ve tutarlı bilimsel verilerle desteklenmediğini göstermektedir. Bu nedenle biyorezonans, sigara bırakma tedavisinde kanıta dayalı birincil yaklaşımların yerine önerilmemekte; en fazla tamamlayıcı bir yöntem olarak, eleştirel bilimsel değerlendirme çerçevesinde ele alınmaktadır.

Mobil uygulamalara dayalı ve dijital platformlar üzerinden yürütülen sigara bırakma müdahaleleri, son yıllarda davranışsal bağımlılıkların yönetiminde öne çıkan bir araştırma alanı haline gelmiştir. Bu kapsamda geliştirilen yaklaşımlar; akıllı telefon uygulamaları, kısa mesaj (SMS) tabanlı programlar ve çevrim içi davranışsal destek sistemlerini içermektedir. Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, mobil uygulama temelli sigara bırakma müdahalelerinin kısa vadeli sigara kullanmama oranlarında artış sağladığını göstermektedir. Özellikle davranış değişikliği stratejileri içeren ve kişiye özgü geri bildirim sunan uygulamaların, kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek kısa dönem bırakma başarıları sağladığı bildirilmektedir (66). Meta-analitik bulgular, dijital müdahalelerin özellikle genç erişkin popülasyonda etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Dijital teknoloji kullanımının yüksek olduğu genç yaş gruplarında, mobil ve çevrim içi destek sistemlerinin erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik avantajı sağladığı belirtilmektedir (67). Güncel çalışmalar, mobil uygulama ve kısa mesaj temelli dijital sigara bırakma müdahalelerinin kısa vadede anlamlı yararlar sağlayabildiğini ve özellikle genç erişkinlerde etkili olabildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, uzun vadeli kalıcı bırakma üzerindeki etkilerin değerlendirilmesi için daha geniş örneklemli ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

2.6.5 Farmakolojik Sigara Bırakma Tedavisine İlişkin Hasta Algıları

Farmakolojik sigara bırakma tedavilerinin etkinliği iyi tanımlanmış olmasına rağmen, gerçek yaşam koşullarında kullanım oranlarının beklenen düzeyin altında kalması; ilaçlara yönelik

inançlar, beklentiler ve bireysel deneyimlerle yakından ilişkilidir. Birinci basamak hastalarında yürütülen nitel analizler, sigara bırakma ilaçlarına ilişkin kararların çoğu zaman yalnızca “yardıma ihtiyaç duyulup duyulmadığı” ile değil, aynı zamanda “sunulan yardımın niteliğine” dair algılarla şekillendiğini göstermektedir. Özellikle ilaçların etkisiz olduğuna dair düşünceler, olası yan etkilere yönelik kaygılar ve nikotin replasman tedavisinin zararlı olabileceğine ilişkin yanlış inanışlar, tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (68).

Farmakolojik tedavi deneyimini şekillendiren önemli bir boyut, “kontrolün bireyde mi yoksa ilaçta mı olduğu”na ilişkin algıdır. Bazı bireyler ilaç kullanımını biyolojik bağımlılığa yönelik tıbbi bir destek olarak değerlendirirken, bazıları bunu irade yetersizliğiyle ilişkilendirebilmekte ve bu durum öz-yeterlik algısında zayıflamaya yol açabilmektedir. Bu algının özellikle daha önce başarısız bırakma girişimleri bulunan bireylerde tedaviyi reddetme ya da erken sonlandırma davranışıyla ilişkili olabileceği bildirilmektedir (69).

Yan etkiler, farmakolojik tedavi deneyiminin en belirgin unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Vareniklin, bupropion ve nikotin replasman tedavisine ilişkin çalışmalarda sık bildirilen yakınmalar arasında bulantı, uykusuzluk veya uyku düzensizlikleri, anormal rüyalar, anksiyete ya da irritabilite ve nikotin replasman tedavisinde uygulama bölgesinde irritasyon gibi etkiler yer almaktadır. Özellikle tedavinin erken döneminde ortaya çıkan bulantının, vareniklin kullanımına uyumu azaltarak sigara bırakma başarısını olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir. Bu bulgular, birinci basamak izlemlerinde yan etkilerin yönetilmesinin—beklentilerin düzenlenmesi, doz ayarlaması ve semptomların uygun biçimde ele alınması—tedavi deneyimi üzerinde belirleyici bir rol oynadığını düşündürmektedir (70).

Ayrıca nikotin replasman tedavisine ilişkin “nikotin zararlıdır” ya da “kanser yapar” gibi yanlış inanışların hem hastalar hem de bazı sağlık profesyonelleri arasında görülebildiği bildirilmektedir. Bu tür yanlış algılar, nikotin replasman tedavisine başlama ve tedaviyi sürdürme davranışını sınırlayabilmektedir. Çok ülkeli çalışmalar, nikotinin zararlılığına yönelik algıların toplumlar arasında değişkenlik gösterdiğini ve bazı bireylerde nikotinin doğrudan ciddi hastalıklara yol açtığı yönündeki inancın devam ettiğini ortaya koymaktadır. Birinci basamakta yürütülen nitel araştırmalar ise nikotin replasman tedavisinin sürdürülebilirliğinin; güvenlik algısının güçlendirilmesi, doğru bilgilendirme ve yakın klinik izlem ile artırılabilirliğini göstermektedir (71).

Bu çerçevede farmakolojik sigara bırakma tedavisinin deneyimi, yalnızca biyolojik yoksunluk belirtilerinin azaltılmasıyla sınırlı olmayıp; bireyin ilaca atfettiği anlam, yan etkilerin etkin

biçimde yönetilmesi ve öz-yeterlik algısının korunması gibi unsurların etkileşimiyle şekillenmektedir.

2.6.6 Non-Farmakolojik Sigara Bırakma Müdahalelerinin Deneyimsel Boyutu

Non-Farmakolojik sigara bırakma yaklaşımları (kısa danışmanlık, motivasyonel görüşme, 5A/5R modeli ve davranışsal-bilişsel stratejiler), yalnızca teknik müdahaleler olarak değil; bireyin bırakma sürecini ilişkisel bir bağlam içinde deneyimlemesine olanak sağlayan yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Birinci basamak ortamında gerçekleştirilen nitel metasentezler, hastaların sigara bırakma görüşmelerinde en çok önem verdiği unsurların; yargılayıcı olmayan iletişim, bireye özgü ve gerçekçi öneriler, süreklilik gösteren izlem ve hekim tarafından ciddiye alındığını hissetme olduğunu ortaya koymaktadır (18).

Kısa süreli hekim önerisinin sigara bırakma üzerinde etkili olabildiği gösterilmiş olsa da, bireysel deneyim açısından belirleyici olan unsur çoğu zaman yalnızca önerinin yapılması değil, önerinin hangi üslupla ve nasıl bir ilişki çerçevesinde sunulduğudur. Nitel araştırma bulguları, fırsatçı uyarıların kabul edilebilirliğinin bireyin hazır oluşuna saygı gösterilmesi, empatik bir yaklaşım benimsenmesi ve düzenli takip planı sunulmasıyla arttığını göstermektedir. Buna karşılık suçlayıcı veya yargılayıcı bir dil kullanımı, bireyde savunma tepkilerini güçlendirerek müdahalenin etkisini azaltabilmektedir (18).

Non-Farmakolojik bırakma deneyiminin önemli bir boyutunu özerklik ve yeterlik algısı oluşturmaktadır. Sigara bırakmayı başaran bireyler, süreci sıklıkla kendi stratejilerini geliştirme, tetikleyici durumları yönetme, sosyal çevreyi yeniden düzenleme ve sigarasız günlük rutinler oluşturma deneyimleriyle birlikte, bir kimlik dönüşümü olarak tanımlamaktadır. Bu bulgular, sigara bırakma sürecinde verilen danışmanlığın yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalmaması gerektiğini; bireyin öz-yeterlik algısını güçlendiren küçük ve ulaşılabilir hedefler, problem çözme becerileri ve nükle baş etme planlarıyla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (16).

Non-Farmakolojik sigara bırakma yaklaşımları, bir yandan bireyde kontrol ve özerklik duygusunu güçlendirme potansiyeline sahipken; diğer yandan yeterli sosyal ve klinik destek bulunmadığında yoksunluk belirtileri ve yeniden başlama riskiyle baş etme yükünü büyük ölçüde bireyin üzerine bırakabilmektedir.

2.6.7 Farmakolojik ve Non-farmakolojik Yaklaşımların Deneyimsel Karşılaştırması

Sigara bırakma alanındaki araştırmaların önemli bir bölümü, farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin etkinliğini nicel olarak karşılaştırmaya odaklanmıştır; buna karşın bireylerin bu yöntemleri nasıl deneyimlediğini ele alan çalışmalar görece sınırlı kalmıştır. Bununla birlikte son yıllarda gerçekleştirilen nitel ve karma yöntemli araştırmalar, farmakolojik ve non-farmakolojik bırakma süreçlerinin yalnızca biyolojik etkiler açısından değil; aynı zamanda bireylerin bağımlılığı nasıl anlamlandırdığı, tedaviye yönelik güven algısı ve öz-yeterlik deneyimi gibi psikososyal boyutlar bakımından da farklılık gösterebildiğini ortaya koymaktadır (72).

Farmakolojik tedavi kullanarak sigarayı bırakmaya çalışan bireyler, nikotin bağımlılığını çoğu zaman biyolojik temelli bir bağımlılık olarak değerlendirmekte ve ilaç tedavisini bu bağımlılığa yönelik tıbbi bir destek biçiminde algılamaktadır. Nikotin replasman tedavisi, vareniklin ve bupropion gibi farmakolojik ajanların nikotin yoksunluk belirtilerini azaltarak sigara bırakma oranlarını artırdığı çok sayıda randomize kontrollü çalışmada gösterilmiştir (10, 73). Bu farmakolojik ajanların temel etkisi, nikotin beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkisini azaltmak ve yoksunluk belirtilerini kontrol altına almaktır. Bu mekanizma, özellikle yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı bulunan bireylerde bırakma sürecinin daha yönetilebilir ve sürdürülebilir olarak algılanmasına katkı sağlayabilmektedir (74).

Bununla birlikte nitel araştırmalar, farmakolojik tedavi kullanan bireylerin deneyimlerinin yalnızca biyolojik etkilerle sınırlı olmadığını göstermektedir. Danışmanlık hizmetlerine odaklanan nitel bir çalışmada, hastaların sigara bırakma ilaçları hakkında en sık dile getirdiği konuların ilaç güvenliği, olası yan etkiler ve kullanım talimatlarına ilişkin belirsizlikler olduğu bildirilmiştir (75). Benzer biçimde bazı çalışmalar, sigara bırakma ilaçlarına yönelik kaygıların özellikle yan etkilere ilişkin korkular ve nikotin içeren tedavilere dair yanlış inanışlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir (76). Bu tür algılar, tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürme davranışını etkileyebilmekte; bazı bireylerde farmakolojik tedaviye karşı temkinli veya mesafeli bir tutum gelişmesine neden olabilmektedir.

Non-Farmakolojik yöntemlerle sigarayı bırakan bireylerin deneyimleri ise çoğunlukla davranış değişimi ve kişisel kontrol duygusu etrafında şekillenmektedir. Davranışsal danışmanlık ve motivasyonel görüşme gibi müdahaleleri inceleyen çalışmalar, bireylerin bu süreci sıklıkla “kişisel mücadele” ve “irade gücü” kavramlarıyla ilişkilendirdiğini göstermektedir. Birinci basamakta yürütülen nitel araştırmalar da sigara bırakma danışmanlığının hastalar tarafından daha olumlu deneyimlenebilmesi için empatik iletişim, bireye özgü öneriler sunulması ve

düzenli izlem sağlanması gibi unsurların kritik öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır (75). Bu tür müdahaleler, bireylerin sigarayı bırakma sürecinde öz-yeterlik algısını güçlendirerek davranış değişiminin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.

Farmakolojik ve non-farmakolojik bırakma süreçleri arasındaki bir diğer önemli fark, bireylerin bırakma başarısını nasıl yorumladıklarıyla ilişkilidir. Farmakolojik tedavi kullanan bazı bireyler bırakma başarısını ilaçların etkisine bağlarken, non-farmakolojik yöntemlerle sigarayı bırakan bireylerde başarı çoğunlukla kişisel irade ve davranış değişimi ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte literatür, bu iki yaklaşımın birbirinin alternatifi olmaktan çok birbirini tamamlayan müdahaleler olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Güncel sistematik derlemeler, farmakolojik tedavilerin yoksunluk belirtilerini azaltarak bırakma sürecini fizyolojik açıdan kolaylaştırdığını; davranışsal ve danışmanlık temelli yaklaşımların ise motivasyonu, öz-yeterlik algısını ve davranış değişimini güçlendirdiğini göstermektedir (11, 73).

Bu nedenle güncel klinik rehberler, sigara bırakma tedavisinde farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin birlikte uygulanmasını önermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen sigara bırakma programlarında bu iki yaklaşımın entegre edilmesi, hem biyolojik bağımlılık mekanizmalarının hem de davranışsal süreçlerin eş zamanlı olarak ele alınmasına olanak sağlamaktadır. Bu bütüncül yaklaşımın sigara bırakma başarısını artırdığı ve uzun dönem sigarasız kalma oranlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (11).

2.7 Sigara Bırakma Sonuçlarını Etkileyen Değişkenler ve Relaps Dinamikleri

2.7.1 Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler

Sigara bırakma başarısı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir süreçtir. Araştırmalar, bırakma niyeti ile öz-yeterlik algısının en güçlü belirleyiciler arasında bulunduğunu ortaya koymaktadır (77). Yüksek motivasyon düzeyi ve bireyin sigarayı bırakabileceğine yönelik inancı, hem kısa vadeli hem de uzun vadeli sigara içmeme oranlarını anlamlı düzeyde artırmaktadır (77, 78).

Önceki bırakma deneyimleri de sigara bırakma başarısını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Yakın zamanda başarısız bırakma denemelerinin nüks riskini yükseltebildiği bildirilmiştir (79). Bu durumun, bireyin geliştirdiği baş etme becerileri ile önceki yoksunluk deneyimlerinin etkisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (80).

Sosyodemografik değişkenler açısından ileri yaş, erkek cinsiyet, yüksek eğitim düzeyi ve daha iyi sosyoekonomik durumun bırakma başarısıyla pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir; ancak bu ilişkinin kültürel ve sağlık sistemi farklılıklarına bağlı olarak değişebileceği vurgulanmaktadır (81).

Nikotin bağımlılığının şiddeti, sigara bırakma başarısının en önemli biyolojik belirleyicilerinden biridir. Özellikle sabah uyanır uyanmaz ilk sigarayı içmeye kadar geçen süre ile günlük sigara sayısı, bırakma olasılığını öngörmede güçlü göstergeler olarak kabul edilmektedir. Fagerström testinden yüksek puan alan bireylerde sigarayı bırakma oranları daha düşüktür. (82).

Psikiyatrik komorbidite, özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları, daha yüksek nikotin bağımlılığı düzeyi ve daha belirgin yoksunluk belirtileriyle ilişkilendirilmekte; bu durum sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (83). Kronik hastalık varlığına ilişkin bulgular ise heterojendir. Kanser tanısının bırakma motivasyonunu artırabildiği bildirilirken; kronik obstrüktif akciğer hastalığı ya da kardiyovasküler hastalığı bulunan ağır sigara içicilerinde bırakma oranlarının daha düşük olabildiği belirtilmektedir (84).

Genetik varyasyonların, nikotin metabolizma hızı üzerinde (zellikle CYP2A6 polimorfizmleri aracılığıyla), farmakolojik tedaviye verilen yanıt ve bağımlılık düzeyi üzerinde etkili olduğu; bunun da bireyler arasındaki sigara bırakma başarısı farklılıklarını kısmen açıkladığı gösterilmiştir (85, 86). Bu bulgular, sigara bırakma tedavisinde kişiselleştirilmiş ve biyopsikososyal bir yaklaşımın gerekliliğini desteklemektedir.

2.7.2 Sigara Bırakmada Lapse ve Relapse Süreçleri

Sigara bırakma sürecinde “lapse” (geçici geri dönüş), birkaç gün süreyle en az bir sigara içilmesi olarak tanımlanırken; “relapse” (nüks), sigara kullanımının önceki düzeyine dönerek yeniden düzenli iim davranışının başlaması anlamına gelmektedir. Lapse genellikle çevresel ve sosyal uyaranlar ile nikotin isteğinin etkisiyle ortaya çıkmakta; bu durumun nükse ilerleyip ilerlememesi ise bireyin yaşanan durumu nasıl değerlendirdiği ve geliştirdiği baş etme stratejileri ile yakından ilişkilidir (87, 88). Nüks riski özellikle bırakma sürecinin ilk haftalarında daha yüksektir. Stres, duygusal düzenleme güçlükleri ve sigara kullanımına olanak tanıyan sosyal ortamlar relapsın başlıca psikososyal tetikleyicileri arasında yer almaktadır (89). Bırakma süresi uzadıķa nüks olasılığının azaldığı bildirilmektedir; ancak uzun süre sigara içmemiş olursa bile yeniden başlama riskinin tamamen ortadan kalkmadığı belirtilmektedir. Nüksün nlenmesinde, hastaların yoksunluk belirtileri ve tetikleyici durumlar konusunda

bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bilişsel yeniden yapılandırma ile yaşanan hatalara karşı daha yapıcı bir bakış açısı geliştirilmesi ve kalıcı yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi, yeniden başlama riskini azaltmada etkili olmaktadır (88, 90). Nüks, sigara bırakma sürecinin doğal ve sık karşılaşılan bir parçası olarak değerlendirilmektedir; kalıcı bırakma başarısı sağlanmadan önce bireylerin ortalama 3–4 kez deneme yaptığı bildirilmektedir. Nüksün temel belirleyicileri arasında akut psikososyal stres, alkol kullanımı, sosyal çevre baskısı, düşük öz-yeterlik algısı ve depresif belirtiler yer almaktadır (90). Sosyal çevre, sigara bırakma süreci ve yeniden başlama riski üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir; özellikle evde yaşayan bireyler ve yakın arkadaşlar arasında sigara kullananların bulunması, nüks olasılığını artırmaktadır (91). Nüks süreci, aile hekimliği pratiğinde cezalandırıcı bir durum olarak değil; öğrenme ve deneyim kazanma süreci olarak değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım doğrultusunda hastalar yeniden bırakma girişiminde bulunmaları için desteklenmeli ve teşvik edilmelidir (92).

2.8 Nitel Araştırma Çerçevesi

Sigara bırakma literatürü büyük ölçüde randomize kontrollü çalışmalar ve nicel meta-analizlere dayanmaktadır (13). Bu çalışmalar, farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin etkinliğini değerlendirme açısından güçlü kanıtlar sunmakla birlikte; bireylerin sigara bırakma sürecini nasıl deneyimlediği, bırakma girişimlerini hangi motivasyonel ve sosyal bağlam içerisinde değerlendirdiği ve karşılaştıkları güçlükleri nasıl anlamlandırıdığı gibi deneyimsel boyutları açıklamada sınırlı kalabilmektedir (13, 14).

Nitel araştırma yöntemleri, bireylerin yaşantılarını, algılarını ve anlamlandırma süreçlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Bu yöntemler; yarı yapılandırılmış görüşmeler, odak grup görüşmeleri ve gözlem gibi veri toplama teknikleri aracılığıyla katılımcıların deneyimlerini ayrıntılı biçimde ortaya koymayı hedefler. Özellikle sağlık davranışlarının incelenmesinde nitel araştırmalar, bireylerin karar verme süreçlerini, sosyal etkileşimlerini ve davranış değişimine ilişkin öznel deneyimlerini anlamada önemli bir katkı sağlamaktadır (15).

2.8.1 Sigara Bırakma Sürecinde Nitel Araştırmanın Rolü

Nitel araştırmalar, sigara bırakma sürecinde bireylerin deneyimlerini, engellerini ve destek ihtiyaçlarını derinlemesine anlamak için kritik bir rol oynamaktadır. Kadın ve erkeklerin sigarayı bırakmadaki engelleri farklılık gösterirken, kadınlar psikolojik faktörler ve destek arayışına daha fazla vurgu yaparken, erkekler çevresel faktörlere daha duyarlıdır; bu nedenle

müdahalelerin cinsiyete özgü olarak uyarlanması önerilmektedir. Bu çalışmalar sigara bırakma davranışının yalnızca nikotin bağımlılığının biyolojik mekanizmalarıyla açıklanamayacağını; motivasyon, sosyal çevre, kimlik algısı ve duygusal düzenleme gibi psikososyal etmenlerin de belirleyici rol oynadığını göstermektedir (17).

Sigara bırakma deneyimlerini ele alan nitel araştırmalar, sürecin dört temel tema etrafında şekillendiğini göstermektedir: motivasyonel dönüm noktası, yoksunlukla baş etme yolları, sosyal çevrenin etkisi ve kimlik değişimi. Motivasyonel dönüm noktaları çoğunlukla sağlıkla ilgili tehdit algısı, aileden gelen baskı ya da önemli yaşam olaylarıyla ortaya çıkarken; bireyler yoksunluk döneminde dikkatini başka yöne çekme, fiziksel aktiviteyi artırma ve bazı durumlarda sosyal ortamlardan uzaklaşma gibi baş etme stratejilerine başvurmaktadır (17, 93).

Sosyal destek yetersizliği, yeniden başlama olasılığını artırmaktadır. Buna karşılık aile ve yakın çevreden alınan sosyal destek, sigara bırakma motivasyonunun sürdürülmesine katkı sağlayabilmektedir. Buna karşın sosyal çevrede sigara kullanan bireylerin bulunması yeniden başlama riskini artırabilmektedir (94).

2.8.2 Sigara Bırakma Deneyiminde Psikososyal Dinamikler

Sigara bırakma deneyimi bireyin psikolojik özellikleri ve sosyal çevresi ile yakından ilişkilidir. Özellikle öz-yeterlik algısı, stresle baş etme becerileri ve sosyal destek düzeyi bırakma sürecinin deneyimlenme biçimini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Yüksek öz-yeterlik algısına sahip bireylerin sigarayı bırakma girişimlerini sürdürme ve yoksunluk belirtileri ile baş etme konusunda daha başarılı oldukları bildirilmektedir (77).

Buna karşılık sosyal çevrede sigara kullanan bireylerin bulunması veya stresli yaşam olaylarının varlığı bırakma girişimlerinin sürdürülmesini zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle sigara bırakma süreci yalnızca bireysel bir davranış değişikliği olarak değil; sosyal ilişkiler, günlük yaşam rutinleri ve bireyin kimlik algısı ile iç içe geçmiş çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilmektedir (94).

2.8.3 Farmakolojik Tedavi Deneyiminin Nitel Araştırmalarda Ele Alınışı

Farmakolojik tedavi alan bireylerde yaşanan yan etkiler, tedaviye uyum üzerinde belirleyici olabilmektedir (13, 95). Nitel araştırma yöntemleri, sigara bırakma sürecinin bireysel deneyim boyutunu, motivasyonun nasıl şekillendiğini ve yeniden başlamanın nasıl anlamlandırıldığını

ayrıntılı biçimde ortaya koyarak nicel çalışmaların sunduğu verilerden farklı ve tamamlayıcı bir bakış açısı sağlamaktadır (96). Ayrıca, sigara bırakma hizmetlerinin neden her birey tarafından tercih edilmediğini anlamak için unassisted cessation (desteksiz bırakma) literatürü önem taşımaktadır (97). Bu nedenle, farmakolojik ve non-farmakolojik müdahalelerin etkinliklerinin yanı sıra bireylerin deneyim, anlam ve kimlik boyutları üzerinden değerlendirilmesi gerekmektedir. Nitel çalışmalar, sigara bırakma müdahalelerinin yalnızca etkililik düzeyine odaklanmakla sınırlı kalmaması; aynı zamanda bireylerin deneyimsel, sosyal ve psikolojik boyutlarını da gözetenek yapılandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (14).

2.8.4 Desteksiz Sigara Bırakma Girişimleri

Sigara bırakma sürecinde “unassisted cessation” olarak adlandırılan, profesyonel destek almaksızın bırakma yöntemi, sigara içenlerin önemli bir bölümü tarafından tercih edilmektedir; eski sigara kullanıcılarının yaklaşık %54–69’unun bu yolla sigarayı bıraktığı bildirilmektedir (98). Bu süreçte motivasyon, özdenetim ve kararlılık temel belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Bırakma kararı çoğu zaman ani bir farkındalık, sağlıkla ilgili kaygılar ya da kimlik çatışması gibi tetikleyicilerle ortaya çıkmakta; bireyler bu süreci kişisel güçlenme ve öz-yeterlik kazanımı olarak tanımlamaktadır (98, 99). Kendi kendine bırakma sürecinde bilişsel yeniden çerçeveleme, çevresel tetikleyicilerden uzak durma ve sigara yerine alternatif davranışlar geliştirme gibi stratejiler önemli bir yer tutmaktadır. Bununla birlikte nüks oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir; olumsuz duygudurum, nikotin yoksunluk belirtileri ve sosyal çevredeki tetikleyiciler relapsın başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (100). Ayrıca sigara bırakma sürecinde içsel motivasyon düzeyinin yüksek olması başarı olasılığını artırmaktadır. Bununla birlikte, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde profesyonel destek almadan bırakma girişimleri sırasında motivasyon artışı gözlemlendiği bildirilmektedir (101). Farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin etkinliği bilimsel olarak gösterilmiş olmakla birlikte, kendi kendine bırakmayı seçen bireyler bu yaklaşımı çoğunlukla bağımsızlık, özerklik ve kişisel sorumluluk gibi değerler doğrultusunda tercih etmektedir (99). Uzun vadeli başarı açısından, bireyin sigarasız bir kimlik geliştirmesi ve bu yeni benlik algısını içselleştirmesi ile motivasyonun sürdürülebilir biçimde desteklenmesi belirleyici öneme sahiptir (102). Bu sebeplerden dolayı sigara bırakma sürecini yalnızca müdahale etkinliği üzerinden değerlendirmek yeterli değildir. Bireylerin sigara bırakma deneyimlerini, bu süreçte karşılaştıkları güçlükleri ve bırakma davranışını nasıl anlamlandırdıklarını ortaya koyan nitel araştırmalar; sigara bırakma davranışının sosyal ve psikolojik boyutlarının anlaşılmasına katkı sağlayarak klinik uygulamaların geliştirilmesine önemli bir bakış açısı sunmaktadır.

2.9 Aile Hekimliğinde Sigara Bırakma Müdahaleleri

Aile hekimliği perspektifinde sigara bırakma, yalnızca tedavi odaklı bir müdahale değil; düzenli izlem, hasta merkezli iletişim ve süreklilik gösteren bakım yaklaşımıyla yürütülen bütüncül bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda hastaların kişisel deneyim ve anlatılarının dinlenmesi, motivasyonun güçlendirilmesinde kritik öneme sahiptir (17). Çok boyutlu yaklaşımlar; nörobiyolojik bağımlılık mekanizmaları, psikolojik öz-yeterlik ve kimlik dönüşümü süreçleri, sosyal destek ve çevresel etmenler ile klinik müdahalelerin bütüncül biçimde ele alınmasını önermektedir. Bu modeller, farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin birbirini tamamlayan unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır (103, 104). Klinik kılavuzlar, farmakolojik tedavinin davranışsal destekle birlikte uygulanmasını önermekte; ayrıca düzenli izlem ve tekrarlayan müdahalelerin sigara bırakma başarısını anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir (104, 105). Ayrıca, kısa süreli hekim önerisinin dahi sigarayı bırakma olasılığını artırdığı gösterilmiştir. Aile hekimliği pratiği için önerilen algoritma; nikotin bağımlılık düzeyinin Fagerström testi ile belirlenmesi, hastanın motivasyon düzeyi ve değişim evresinin değerlendirilmesi, COM-B modeli çerçevesinde davranış bileşenlerinin analiz edilmesi, uygun farmakoterapinin planlanması, davranışsal destek ve izlem programının oluşturulması ile nüks durumunda müdahalenin yeniden yapılandırılmasını kapsamaktadır (103-105). Bu çok basamaklı yaklaşım, kişiye özgü planlama ve düzenli izlemle sigara bırakma sürecini pekiştirmekte ve kalıcı başarı olasılığını artırmaktadır (106, 107). Ayrıca, birinci basamakta yürütülen sigara bırakma müdahalelerinin maliyet-etkin olduğu ve sağlık sistemi genelinde yaygınlaştırılmasının önemli olduğu bildirilmektedir (107, 108).

Tütün kullanımı, oluşturduğu yüksek morbidite ve mortalite yükü nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Sigara bırakma tedavisinde farmakolojik ajanlar nikotin yoksunluk belirtilerini azaltarak bırakma olasılığını artırırken, davranışsal ve bilişsel müdahaleler motivasyonun güçlendirilmesi, öz-yeterlik algısının desteklenmesi ve kalıcı davranış değişiminin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Birinci basamakta düzenli izlem ve hasta merkezli iletişim ise hem tedaviye erişimin kolaylaştırılması hem de nüksün yönetimi açısından belirleyici olup, sigara bırakma müdahalelerinin klinik etkinliğini artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır (18).

Sigara bırakma davranışı; biyolojik bağımlılık mekanizmaları, bireysel psikolojik özellikler, sosyal çevre ve sağlık sistemi ile ilişkili çok boyutlu bir süreçtir. Nikotin bağımlılığına yönelik farmakolojik tedaviler yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınmasına katkı sağlarken, davranışsal ve bilişsel müdahaleler motivasyonun güçlendirilmesi, öz-yeterlik algısının artırılması ve kalıcı davranış değişiminin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu

nedenle güncel klinik yaklaşımlar sigara bırakma tedavisinin yalnızca farmakolojik ya da yalnızca davranışsal müdahalelerle sınırlı ele alınmaması gerektiğini; biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerin birlikte değerlendirildiği bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini önermektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerle sürekli temasın sağlanabilmesi ve izlem olanaklarının bulunması nedeniyle sigara bırakma müdahalelerinin uygulanması açısından kritik bir konuma sahiptir.

Bununla birlikte mevcut literatürün önemli bir bölümü, sigara bırakma yaklaşımlarını ağırlıklı olarak “etkililik” ölçütleri üzerinden değerlendirmektedir. Bu durum, farmakolojik müdahalelerle sigarayı bırakan bireyler ile farmakolojik olmayan ya da desteksiz yollarla bırakanların süreci nasıl deneyimlediği, hangi güçlüklerle karşılaştığı ve başarıyı hangi anlam çerçevesinde değerlendirdiği gibi boyutların yeterince ayrıntılı biçimde incelenememesine yol açmaktadır. Nitel metasentezler, birinci basamak bağlamında iletişim, tedavinin meşruiyeti, destek gereksinimi ve sosyal çevrenin rolü gibi unsurların önemini vurgulamakla birlikte; farmakolojik ve non-farmakolojik bırakma deneyimlerini karşılaştırmalı olarak ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (18). Bu durum, sigara bırakma sürecinin bireysel deneyim boyutunun daha ayrıntılı biçimde incelenmesine yönelik araştırma gereksinimini ortaya koymaktadır. Özellikle farmakolojik tedavi kullanan bireyler ile non-farmakolojik yollarla sigarayı bırakan bireylerin bırakma sürecini nasıl deneyimlediğine ilişkin karşılaştırmalı nitel çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu tez çalışması, sigarayı farmakolojik müdahale kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik yöntemlerle bırakan bireylerin sigara bırakma sürecine ilişkin deneyimlerini karşılaştırmalı olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda; bırakma kararını tetikleyen faktörler, yoksunluk ve tetikleyicilerle baş etme stratejileri, sosyal çevrenin rolü, öz-yeterlik ve kimlik dönüşümü gibi deneyim boyutlarının nasıl farklılaştığı nitel yöntemlerle değerlendirilecek; elde edilen bulguların aile hekimliği pratiğinde kişiye uyarlanmış sigara bırakma danışmanlığını ve izlem stratejilerini güçlendirmeye katkı sunması hedeflenecektir. (109).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, sigarayı farmakolojik müdahale ile bırakan bireyler ile non-farmakolojik yöntemlerle bırakan bireylerin sigara bırakma sürecine ilişkin deneyimlerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen nitel bir araştırmadır. Araştırmada bireylerin sigara bırakma sürecine ilişkin yaşantıları, algıları ve bu sürece yükledikleri anlamları derinlemesine incelemek amacıyla fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir. Fenomenolojik araştırma deseni, bireylerin belirli bir olguyu nasıl deneyimlediklerini ve bu deneyimlere nasıl anlam yüklediklerini ortaya koymayı amaçlayan nitel araştırma yaklaşımlarından biridir. Bu çalışma kapsamında incelenen olgu, bireylerin sigarayı bırakma sürecine ilişkin deneyimleridir. Fenomenolojik yaklaşımın tercih edilmesinin temel nedeni, sigara bırakma sürecinin bireyler tarafından nasıl deneyimlendiğini, bu süreçte karşılaşılan güçlükleri, baş etme stratejilerini ve sigarasız yaşama yüklenen anlamları katılımcıların kendi anlatımları üzerinden ortaya koyabilmektir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2025 – Mart 2026 tarihleri arasında Erzincan ilinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamında sigarayı bırakmış bireylere Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan sigara bırakma polikliniği aracılığıyla ve araştırmacının çevresi üzerinden ulaşılmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler telefon aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Telefon görüşmesi yöntemi, katılımcılara zaman ve mekân açısından esneklik sağlaması, katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilmelerine olanak tanınması ve coğrafi sınırlılıkların ortadan kaldırılması gibi avantajlar nedeniyle tercih edilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların sözel onamları alındıktan sonra ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Tüm görüşmeler aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş olup, bu durum veri toplama sürecinde standardizasyonun sağlanmasına katkı sunmuştur. Her bir görüşme ortalama 15–30 dakika sürmüştür. Veri toplama süreci araştırmanın yürütüldüğü dönemde planlanmış ve görüşmeler tamamlandıktan sonra elde edilen ses kayıtları yazılı metin haline getirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini sigarayı bırakmış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmaya sigarayı farmakolojik yöntemlerle bırakan 16 birey ve sigarayı farmakolojik müdahale olmaksızın bırakan 16 birey olmak üzere toplam 32 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme ölçütleri; 18 yaş ve üzerinde olmaları, daha

önce sigara kullanmış olduklarını beyan etmeleri, en az bir yıldır sigara kullanmıyor olmaları, görüşmeye katılabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmaları ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri şeklinde belirlenmiştir. İletişimi sürdüremeyecek düzeyde bilişsel veya psikiyatrik sorunu bulunan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde veri doygunluğu ilkesi dikkate alınmıştır. Görüşmeler ilerledikçe elde edilen verilerin benzer temalar etrafında tekrar etmeye başladığı ve yeni bir kod ya da tema ortaya çıkmadığı gözlemlenmiş, bu noktada veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek-1). Görüşme formunun hazırlanması sürecinde öncelikle sigara kullanımı ve sigara bırakma deneyimlerine ilişkin ulusal ve uluslararası literatür incelenmiştir. Literatür doğrultusunda sigaraya başlama süreci, sigarayı bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan güçlükler, bu süreçte kullanılan baş etme stratejileri ve sigarayı bıraktıktan sonra yaşanan değişimlere yönelik soruları içeren bir taslak görüşme formu oluşturulmuştur.

Hazırlanan taslak form aile hekimliği alanında çalışan öğretim üyelerinin görüşüne sunularak içerik ve kapsam açısından değerlendirilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak yarı yapılandırılmış görüşme formuna son şekli verilmiştir.

Görüşme formu katılımcıların sigara kullanımına başlama süreci, sigarayı bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan deneyimler ve sigarayı bıraktıktan sonra yaşanan değişimlere ilişkin deneyimlerini ortaya koymayı amaçlayan açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi, katılımcıların deneyimlerini kendi ifadeleriyle ayrıntılı biçimde aktarmalarına olanak tanıyan ve araştırma konusunun derinlemesine incelenmesini sağlayan bir veri toplama tekniğidir.

3.5 Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri katılımcılarla telefon aracılığıyla yapılan görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler öncesinde katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve katılımcılardan görüşmenin ses kaydının alınmasına yönelik sözlü onam alınmıştır. Görüşmeler katılımcıların uygun olduğu zamanlarda, katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilecekleri

sessiz ve gizliliğin sağlandığı ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Görüşmeler sırasında katılımcıların onayı alınarak ses kaydı yapılmıştır. Görüşmeler tamamlandıktan sonra elde edilen ses kayıtları araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazıya dökülmüş ve analiz için hazır hale getirilmiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır. Katılımcıların gizliliğini sağlamak amacıyla görüşme verileri kodlanarak raporlanmıştır. Bu kapsamda katılımcılar farmakolojik tedavi ile sigarayı bırakan bireyler için “P”, farmakolojik tedavi kullanmadan sigarayı bırakan bireyler için ise “K” harfi ile kodlanmıştır.

3.6 Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde tematik içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, nitel veriler içerisinde tekrar eden anlam örüntülerini belirleyerek bu örüntüler doğrultusunda temalar oluşturmayı amaçlayan bir analiz yöntemidir. Analiz sürecinde görüşmelerden elde edilen ses kayıtları öncelikle araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazılı metne dönüştürülmüştür. Daha sonra metinler tekrar tekrar okunarak veriye aşinalık sağlanmıştır. Bu süreçte anlamlı ifadeler belirlenmiş ve ilk kodlar oluşturulmuştur. Benzer anlam içeren kodlar bir araya getirilerek kategoriler oluşturulmuş, ardından bu kategoriler arasındaki ilişkiler değerlendirilerek araştırmanın amacına uygun temalar belirlenmiştir. Verilerin kodlanması ve temaların oluşturulması sürecinde NVivo (QSR International, Version 12) nitel veri analiz programından yararlanılmıştır. NVivo (QSR International, Version 12) programı aracılığıyla veriler sistematik biçimde kodlanmış, benzer kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur. Elde edilen temalar katılımcıların sigara bırakma deneyimlerini yansıtan temel anlam yapılarını ortaya koyacak şekilde yorumlanmış ve bulgular doğrudan katılımcı ifadeleri ile desteklenerek sunulmuştur.

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Bu tez çalışması için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Toplantı No: 22, Karar No: 2025-22/04, Tarih: 11.12.2025) etik kurul izni alınmıştır (Ek-2).

Araştırma sürecinde katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve görüşmeler gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan görüşmelere katılmadan önce sözlü aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırma sürecinde elde edilen tüm veriler gizlilik ilkesi doğrultusunda değerlendirilmiş ve katılımcıların kişisel bilgilerinin korunmasına zen gösterilmiştir. Araştırma, insan haklarına saygı ve etik ilkelere uygun olarak Helsinki Deklarasyonu doğrultusunda yrtlmştır.



4. BULGULAR

Araştırma kapsamında sigarayı farmakolojik müdahale kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik yöntemlerle bırakan bireylerin sigara bırakma deneyimleri analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler nitel araştırma yöntemlerinden biri olan tematik içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Katılımcılarla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler sistematik biçimde incelenmiş ve sigara bırakma deneyimlerinin belirli temalar etrafında şekillendiği belirlenmiştir.

Görüşme verilerinin analizi sonucunda katılımcıların sigara kullanımına başlama süreçleri, sigarayı bırakma kararını etkileyen faktörler, sigara bırakma sürecinde karşılaşılan zorluklar, sigara isteği ile baş etme stratejileri ve sigarayı bıraktıktan sonra yaşanan değişimler olmak üzere çeşitli boyutların ortaya çıktığı görülmüştür. Bunun yanı sıra farmakolojik müdahale kullanarak sigarayı bırakan bireyler ile non-farmakolojik sigarayı bırakan bireylerin deneyimlerinde bazı benzerlikler ve farklılıklar bulunduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliğini korumak amacıyla görüşmelere katılan bireylerin isimleri yerine kodlama sistemi kullanılmıştır. Non-farmakolojik yöntemlerle sigarayı bırakan katılımcılar K kodu ile (K1, K2, K3 vb.), farmakolojik müdahale ile sigarayı bırakan katılımcılar ise P kodu ile (P1, P2, P3 vb.) gösterilmiştir. Katılımcı ifadeleri bulgular bölümünde doğrudan alıntılar şeklinde sunulmuş ve alıntılar metin içerisinde italik olarak verilmiştir.

Araştırmaya toplam 32 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların 16'sı sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireylerden, 16'sı ise non-farmakolojik bırakan bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 27 ile 65 arasında değişmektedir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 45,7 yıl olarak belirlenmiştir. Farmakolojik grupta yer alan katılımcıların yaşları 27–55 arasında değişmekte olup bu grubun yaş ortalaması 40,0 yıl olarak hesaplanmıştır. Non-farmakolojik grupta yer alan katılımcıların yaşları ise 36–65 arasında değişmekte olup bu grubun yaş ortalaması 51,5 yıl olarak belirlenmiştir.

Farmakolojik grupta 4 kadın ve 12 erkek, non-farmakolojik grupta ise 3 kadın ve 13 erkek katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların sigara kullanım sürelerinin 8 yıl ile 40 yıl arasında değiştiği görülmektedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanım süreleri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Günlük sigara tüketiminin büyük çoğunlukla günde bir paket düzeyinde olduğu, bazı katılımcılarda ise bu miktarın günde iki paket veya 1–2 paket aralığında değiştiği belirlenmiştir. Farmakolojik gruptaki katılımcılar sigarayı bırakma sürecinde ilaç

tedavisi kullanmış bireylerden, non-farmakolojik gruptaki katılımcılar ise non-farmakolojik sigarayı bırakmış bireylerden oluşmaktadır. Bu demografik ve sigara kullanım özellikleri, araştırmada incelenen bırakma deneyimlerinin farklı yaş grupları ve uzun süreli sigara kullanım öyküsüne sahip bireylerin deneyimlerini kapsadığını göstermektedir. Araştırmanın bulguları bu katılımcı profili çerçevesinde değerlendirilmiştir.



Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sigara Kullanım Özellikleri

Kod*	Grup	Yaş	Cinsiyet	Sigara Kullanım Süresi
P1	Farmakolojik	48	Kadın	16 yıl
P2	Farmakolojik	48	Erkek	30 yıl
P3	Farmakolojik	38	Erkek	15 yıl
P4	Farmakolojik	40	Kadın	17 yıl
P5	Farmakolojik	55	Erkek	40 yıl
P6	Farmakolojik	27	Erkek	10 yıl
P7	Farmakolojik	48	Erkek	25 yıl
P8	Farmakolojik	42	Erkek	24 yıl
P9	Farmakolojik	52	Kadın	36 yıl
P10	Farmakolojik	44	Erkek	24 yıl
P11	Farmakolojik	32	Kadın	10 yıl
P12	Farmakolojik	38	Erkek	23 yıl
P13	Farmakolojik	30	Erkek	8 yıl
P14	Farmakolojik	32	Erkek	8 yıl
P15	Farmakolojik	40	Erkek	20 yıl
P16	Farmakolojik	38	Erkek	16 yıl
K1	Non-farmakolojik	61	Erkek	34 yıl
K2	Non-farmakolojik	54	Erkek	35 yıl
K3	Non-farmakolojik	50	Kadın	24 yıl
K4	Non-farmakolojik	48	Erkek	23 yıl
K5	Non-farmakolojik	53	Erkek	16 yıl
K6	Non-farmakolojik	65	Erkek	34 yıl
K7	Non-farmakolojik	38	Erkek	20 yıl
K8	Non-farmakolojik	58	Erkek	22 yıl
K9	Non-farmakolojik	44	Erkek	10 yıl
K10	Non-farmakolojik	48	Kadın	34 yıl
K11	Non-farmakolojik	59	Erkek	25 yıl
K12	Non-farmakolojik	50	Erkek	33 yıl
K13	Non-farmakolojik	58	Kadın	35 yıl
K14	Non-farmakolojik	36	Erkek	19 yıl
K15	Non-farmakolojik	48	Erkek	16 yıl
K16	Non-farmakolojik	52	Erkek	25 yıl

* Katılımcıların gizliliğini korumak amacıyla kod adı kullanılmıştır.

Araştırma verilerinin tematik analizi sonucunda elde edilen bulgular, ana temalar ve alt temalar altında sınıflandırılmış olup Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Araştırma Bulgularına Ait Ana Tema ve Alt Temalar

Ana Tema	Alt Temalar
Sigara kullanımına başlama süreci	Sosyal çevre, arkadaş ve rol model etkisi Merak ve deneme davranışı
Sigara bırakma kararını etkileyen faktörler	Sağlık sorunları ve fiziksel belirtiler Aile, eş ve çocuk faktörü Sigaranın kokusu ve sosyal rahatsızlık Bireysel farkındalık ve kararlılık
Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar	Davranışsal alışkanlıklar ve rutinler Psikolojik ve duygusal zorlanmalar Sosyal çevre ve tetikleyiciler Zorluğun süresi ve yoğunluğu
Sigara isteği ile baş etme stratejileri	Davranışsal baş etme stratejileri (dikkat dağıtma, ikame davranışlar) Bilişsel baş etme ve erteleme stratejileri Sosyal ve fiziksel çevreyi düzenleme stratejileri Profesyonel ve farmakolojik destekten yararlanma
Sigarayı bıraktıktan sonra yaşanan değişimler	Fiziksel sağlık ve iyileşmeler Duyusal farkındalık ve temizlik algısındaki değişimler Psikolojik iyilik hali ve özgüven artışı Bırakma sonrası yaşanan geçici olumsuz deneyimler

4.1 Sigara Kullanımına Başlama Süreci

Araştırmaya katılan bireylerin sigaraya başlama deneyimleri incelendiğinde sigara kullanımının çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde başladığı görülmektedir. Katılımcı anlatıları sigaraya başlama sürecinin tek bir nedene bağlı olarak gelişmediğini; sosyal çevre, bireysel merak, rol model etkisi ve çeşitli psikolojik etmenlerin etkileşimi ile şekillenen çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Görüşme verileri değerlendirildiğinde sigaraya başlamada en sık dile getirilen nedenlerin arkadaş çevresi etkisi, özentisi, merak ve sosyal ortamlara uyum sağlama isteği olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte bazı katılımcılar sigaraya başlama süreçlerini aile üyelerinin veya çevrede sigara içen yetişkinlerin varlığı ile ilişkilendirmiştir. Katılımcı ifadeleri birlikte değerlendirildiğinde sigaraya başlama sürecinin çoğu zaman bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle genç yaşlarda bireylerin akran gruplarıyla kurdukları ilişkiler, sosyal ortamlarda kabul görme isteği ve çevrede yaygın olan davranışları deneme eğilimi sigara kullanımına başlamayı kolaylaştırabilmektedir. Bu durum sigara kullanımının çoğu zaman bireysel bir karar ya da bilinçli bir tercih olarak değil, bireyin sosyal etkileşimleri içerisinde gelişen bir süreç olarak ortaya çıkabildiğini düşündürmektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı sigaraya başlama deneyimlerini erken yaşlarda yaşanan sosyal etkileşimler bağlamında açıklamaktadır. Özellikle ergenlik döneminde bireylerin akran gruplarına uyum sağlama isteği ve sosyal kabul görme ihtiyacı sigara kullanımına başlama davranışını kolaylaştırabilmektedir. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleri, bireylerin kimlik gelişimi yaşadıkları, sosyal çevre ile etkileşimlerinin yoğunlaştığı ve yeni davranışları denemeye daha açık oldukları gelişim dönemleri olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda sigara kullanımı da çoğu zaman bu dönemlerde arkadaş ortamlarında sigarayı deneme davranışı ile başlayabilmekte ve zaman içerisinde daha düzenli bir kullanım biçimine dönüşebilmektedir. Görüşme verileri sigaraya başlamanın çoğu zaman arkadaş ortamında sigarayı deneme ile başladığını ve zamanla düzenli kullanıma dönüşebildiğini göstermektedir. Bazı katılımcılar başlangıçta sigarayı yalnızca sosyal ortamlarda, arkadaş çevresi içerisinde ya da merak duygusuyla denediklerini ifade ederken; zaman içerisinde bu davranışın daha sık hale geldiğini ve giderek günlük yaşamın bir parçası haline geldiğini belirtmektedir. Bu durum sigara kullanımının başlangıçta geçici veya deneysel bir davranış olarak ortaya çıkabilmesine rağmen zaman içerisinde alışkanlık ve bağımlılık geliştirebilen bir davranış olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında elde edilen veriler doğrultusunda sigaraya başlama süreci sosyal çevre ve rol model etkisi ile merak ve deneme davranışı olmak üzere iki temel alt tema altında ele alınmıştır. Bu alt temalar, katılımcıların sigaraya başlama deneyimlerinde tekrar eden anlam örüntülerini yansıtan temel kategoriler

olarak belirlenmiş ve görüşme verilerinde en sık vurgulanan başlama nedenleri doğrultusunda oluşturulmuştur.

4.1.1 Sosyal çevre, arkadaş ve rol model etkisi

Görüşme verileri incelendiğinde sigara kullanımına başlamada en belirgin etkenlerden birinin sosyal çevre ve arkadaş etkisi olduğu görülmektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı sigaraya başlama süreçlerini özellikle arkadaş çevresi, akran grupları ve içinde bulundukları sosyal ortamların etkisi ile açıklamaktadır. Katılımcı anlatıları sigaraya başlama davranışının çoğu zaman bireysel bir karar olarak değil, bireyin içinde bulunduğu sosyal ilişkiler ağı içerisinde gelişen ve zamanla pekişen bir süreç olarak deneyimlendiğini göstermektedir.

Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde akran grupları bireylerin davranışlarını şekillendiren en önemli sosyal referans noktalarından biridir. Bu dönemde sosyal kabul görme isteği, grup içerisinde uyum sağlama ihtiyacı ve çevrede yaygın olan davranışların taklit edilmesi sigara kullanımına başlamayı kolaylaştırabilmektedir. Görüşmelerde dile getirilen anlatılar da sigaranın çoğu zaman arkadaş çevresi içinde deneme davranışı olarak ortaya çıktığını ve zamanla düzenli kullanıma dönüşebildiğini göstermektedir.

Katılımcılardan biri sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Sigaraya lise birinci sınıftayken, 16 yaşımdayken arkadaş çevresindeki özentiyile başladım, bütün gençler gibi.*” (K4) Bu anlatı, sigaraya başlamada arkadaş çevresi ve özenti unsurunun belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcının “*bütün gençler gibi*” ifadesi, sigara kullanımının o dönem için akran grubu içerisinde yaygın ve normal bir davranış olarak algılandığını düşündürmektedir.

Benzer biçimde başka bir katılımcı sigaraya başlama nedenini kısa ve doğrudan şu sözlerle dile getirmektedir: “*Lisede arkadaş özentisiyle.*” (K11) Bu anlatım, sigara kullanımının özellikle lise döneminde arkadaş çevresi içinde öğrenilen ve sosyal etkileşim yoluyla benimsenen bir davranış olabildiğini göstermektedir.

Bir başka katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Yaklaşık 15 yaşlarında, arkadaş çevresiyle, özenti şeklinde başladım.*” (K16) Katılımcının sigaraya başlama nedenini doğrudan arkadaş çevresi ile ilişkilendirmesi, akran gruplarının bireyin davranış geliştirme sürecinde önemli bir rol oynayabildiğini ortaya koymaktadır.

Benzer şekilde başka bir katılımcı da sigaraya başlama sürecini şu şekilde açıklamaktadır: *“Yaklaşık 14 yaşında arkadaş vasıtasıyla başladım.”* (K12) Bu anlatı, sigara kullanımına başlamada arkadaş grubunun doğrudan etkili olabildiğini göstermektedir. Özellikle ergenlik döneminde bireylerin akran gruplarının davranışlarından etkilenme eğilimi sigara gibi riskli davranışların öğrenilmesini kolaylaştırabilmektedir.

Bir başka katılımcı sigaraya başlama sürecini şu sözlerle dile getirmiştir: *“Ortaokul yıllarında başladım. Yani şöyle 11-12, 12-13 diyelim. Sebebi tamamen özentî.”* (K7) Katılımcının sigaraya başlama nedenini doğrudan özentî ile açıklaması, çevrede gözlemlenen davranışların bireyin davranış geliştirme sürecinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Benzer şekilde başka bir katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde anlatmaktadır: *“Sigaraya yani lise yıllarında başladım. Sebebi malum arkadaş ortamı. Herkes içiyordu, biz de içiyorduk.”* (K5) Katılımcının *“herkes içiyordu, biz de içiyorduk”* ifadesi, sigara kullanımının bazı sosyal ortamlarda normalleşmiş bir davranış olarak algılanabildiğini ve bireylerin bu davranış grup normlarına uyum sağlama amacıyla benimseyebildiğini göstermektedir.

Görüşmelerde yalnızca arkadaş çevresinin değil, aynı zamanda çevrede sigara içen yetişkinlerin ve rol model olarak görülen kişilerin de sigaraya başlama sürecinde etkili olabildiği görülmektedir. Özellikle genç yaşlarda bireylerin çevrelerinde gözlemledikleri yetişkin davranışları, sigaranın normal bir davranış olarak algılanmasına katkıda bulunabilmektedir.

Bu durumu katılımcılardan biri şu şekilde dile getirmektedir: *“1974 yılında Ürgüp’te okuldayken, büyükler içiyor diye özentîyle başladım.”* (K6) Bu anlatı, sigara kullanımının sosyal öğrenme yoluyla edinilebilen bir davranış olduğunu göstermektedir.

Benzer biçimde başka bir katılımcı da sigaraya başlamasını şu sözlerle açıklamaktadır: *“Lise çağlarında, tamamen büyüklerimizden heveslenerek başladım.”* (K15) Bu anlatım, sigara kullanımının yalnızca akran grupları aracılığıyla değil, yetişkin davranışlarının gözlemlenmesi yoluyla da öğrenilebildiğini ortaya koymaktadır.

Bir başka katılımcı aile ortamının etkisini şu şekilde ifade etmektedir: *“Babam içiyordu, kokusu filan çok hoşuma gidiyordu.”* (K8) Bu anlatı, aile içerisinde sigara kullanan bir ebeveynin sigaraya yönelik algıyı etkileyebileceğini ve sigaranın daha kabul edilebilir bir davranış olarak görülmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Benzer şekilde sosyal çevre etkisinin genç yetişkinlik döneminde de devam ettiği görülmektedir. Bir katılımcı bu durumu şu şekilde ifade etmektedir: “*Üniversitede, 18 yaşında başladım. Arkadaşlarımla teşvikiyle.*” (K13) Bu anlatı, sosyal çevrenin sigaraya başlama üzerindeki etkisinin yalnızca ergenlik dönemine özgü olmadığını, üniversite gibi sosyal etkileşimin yoğun olduğu ortamlarda da sürdüğünü göstermektedir.

Farmakolojik tedavi kullanarak sigarayı bırakmış katılımcıların ifadeleri de sigaraya başlamada sosyal çevre etkisinin belirgin olduğunu ortaya koymaktadır. Bir katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde dile getirmiştir: “*Fakülte 2’deydim. Nasıl başladı... Arkadaştı, arkadaş ortamında kabul edilme, kabul olma, arkadaş ortamının dışında kalmama gibi bir şey diyebilirim sanki.*” (P1) Bu anlatı, sosyal çevrede kabul görme isteğinin sigara kullanımına başlamada etkili olabileceğini göstermektedir.

Benzer biçimde bir başka katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Sigaraya çocukluk dönemlerinde, daha çok askerlik dönemlerinde başladım. Tamamıyla bir özentiyile, arkadaş çevresi ortamıyla sigaraya başlamış bulunmaktayım.*” (P2)

Bir diğer katılımcı sigaraya başlama nedenini kısa ve açık biçimde dile getirmektedir: “*Üniversitede, arkadaş ortamı.*” (P3)

Başka bir katılımcı ise sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Sigaraya yaklaşık 16-17 sene önce tamamen özentiyile başladım.*” (P4)

Bir başka katılımcı ise sigaraya başlama sürecini şu sözlerle dile getirmiştir: “*Yanlış hatırlamıyorsam lise sonda; sınav stresi, kaygı bozukluğu ve o ara arkadaş çevresiyle.*” (P6)

Tüm bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde sigara kullanımına başlamada sosyal çevre, arkadaş grupları ve rol model davranışlarının belirgin bir rol oynadığı görülmektedir. Katılımcıların deneyimleri sigaranın çoğu zaman bireysel bir tercih olarak değil, bireyin içinde bulunduğu sosyal ilişkiler, gözlemlediği davranışlar ve etkileşimde bulunduğu ortamlar aracılığıyla şekillenen bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini göstermektedir.

4.1.2 Merak ve Deneme Davranışı

Görüşme verileri incelendiğinde sigara kullanımına başlamada etkili olan bir diğer önemli unsurun merak, heves ve deneme davranışı olduğu görülmektedir. Katılımcıların bir kısmı sigaraya başlama süreçlerini başlangıçta bilinçli bir bağımlılık davranışı olarak değil, merak, heves ya da çevrede gözlemledikleri bir davranışı deneme isteği ile açıklamaktadır. Katılımcı anlatıları sigara kullanımının başlangıçta çoğu zaman sınırlı, düzensiz ve deneyim niteliğinde bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini, ancak zaman içerisinde daha düzenli bir kullanıma dönüşebildiğini göstermektedir.

Bazı katılımcılar sigaraya başlama sürecini doğrudan merak duygusu ve deneme davranışı ile ilişkilendirmektedir. Bu anlatılar sigaranın başlangıçta zararsız veya geçici bir deneyim olarak algılanabildiğini ve bu algının sigara kullanımına başlamayı kolaylaştırabildiğini göstermektedir.

Katılımcılardan biri sigaraya başlama sürecini şu sözlerle ifade etmektedir: “*Bir taneden bir şey olmaz diyerekten bu şekilde başlamış bulunduk.*” (K16) Katılımcının bu ifadesi sigara kullanımının başlangıçta zararsız veya geçici bir davranış olarak değerlendirilebildiğini göstermektedir. Sigaranın ilk kullanımının çoğu zaman bir deneme olarak ortaya çıktığı ve bu denemenin zaman içerisinde devam eden bir davranışa dönüşebildiği anlaşılmaktadır.

Benzer şekilde başka bir katılımcı sigara kullanımının başlangıç dönemine ilişkin deneyimini şu şekilde dile getirmektedir: “*Başladığım dönemden yetişkinlik dönemine kadar belli belirsiz içtim.*” (K7) Bu anlatım sigara kullanımının başlangıçta düzenli bir alışkanlık şeklinde ortaya çıkmadığını, zaman zaman gerçekleşen düzensiz bir kullanım biçimi gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Katılımcının sigara kullanımını “belli belirsiz” şeklinde tanımlaması, başlangıç döneminde sigaranın günlük bir alışkanlık olarak değil, aralıklı bir davranış olarak deneyimlendiğini göstermektedir.

Bir başka katılımcı sigara kullanımının zaman içerisinde nasıl alışkanlığa dönüştüğünü şu sözlerle ifade etmektedir: “*Sonrasında öyle alışkanlık arttı, paket almaya başladım sonra devam etti bu şekilde.*” (K9) Bu anlatı sigara kullanımının başlangıçta daha sınırlı bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini, ancak zaman içerisinde sıklığının artarak daha düzenli bir kullanım biçimine dönüşebildiğini göstermektedir.

Bazı katılımcılar sigaraya başlama sürecini yeni deneyimler yaşama isteği ile ilişkilendirmektedir. Bir katılımcı bu durumu şu şekilde dile getirmektedir: “*Biraz da macera arayışı vardı açıkçası.*” (K8) Aynı katılımcı sigara kullanımının başlangıç dönemine ilişkin deneyimini şu sözlerle de ifade etmektedir: “*Arkadaşlarla kaçıp derslerden sigara içmek hoş oluyordu.*” (K8) Bu anlatı sigara kullanımının başlangıçta sosyal bir deneyim ve heyecan unsuru olarak algılanabildiğini göstermektedir. Katılımcının ifadeleri sigaranın başlangıçta yalnızca bir alışkanlık değil, aynı zamanda sosyal bir deneyim ve gizli bir etkinlik olarak da deneyimlenebildiğini ortaya koymaktadır.

Benzer şekilde bir başka katılımcı sigara kullanımının başlangıç dönemini şu şekilde dile getirmiştir: “*Aileden kaçak göçek içiyorduk.*” (K5) Bu ifade sigara kullanımının başlangıçta gizli ve sınırlı bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Katılımcının sigara kullanımını “kaçak göçek” şeklinde tanımlaması, bu davranışın başlangıçta aileden gizlenerek gerçekleştirilen deneysel bir kullanım biçimi olabildiğini göstermektedir.

Farmakolojik tedavi kullanarak sigarayı bırakmış katılımcıların anlatıları da sigara kullanımının başlangıçta deneme ve merak davranışı şeklinde ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Bir katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Sigaraya çocukken başladım. Hah çocuktum yani 7-8 yaşlarında.*” (P9)

Bir başka katılımcı sigaraya başlama sürecine ilişkin deneyimini şu sözlerle dile getirmektedir:

“*Sebebini çok hatırlamıyorum da küçükken başladık işte yani lise yıllarımda başladık, okul zamanlarımda.*” (P10)

Benzer şekilde başka bir katılımcı sigaraya başlama sürecini şu şekilde ifade etmektedir: “*Küçükken bir hevesle, gördüm milletten öyle başladım.*” (P13)

Bu anlatılar sigara kullanımının bazı bireylerde heves, merak veya çevrede gözlemlenen davranışların etkisi ile ortaya çıkabildiğini göstermektedir.

Bir başka katılımcı sigara kullanımının başlangıç döneminin düzensiz olduğunu şu şekilde dile getirmektedir: “*2017’den önceleri çok fazla içmiyordum, paket taşı mıyordum. Arada bir içiyordum.*” (P14) Bu anlatı sigara kullanımının başlangıçta düzenli bir alışkanlık olarak değil, daha seyrek ve sosyal ortamlara bağlı bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini göstermektedir.

Katılımcı anlatıları birlikte değerlendirildiğinde sigara kullanımının başlangıç döneminde merak, heves ve deneme davranışının önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Sigara kullanımının bazı katılımcılar için başlangıçta düzensiz, aralıklı veya deneyim niteliğinde ortaya çıktığı; ancak zaman içerisinde sıklığının artarak daha düzenli bir alışkanlık haline gelebildiği anlaşılmaktadır.

4.2. Sigara Bırakma Kararını Etkileyen Faktörler

Katılımcı anlatıları bütüncül olarak değerlendirildiğinde sigarayı bırakma kararının tek boyutlu bir süreç olmadığı, farklı deneyim alanlarının kesişmesiyle ortaya çıktığı görülmektedir. Görüşmelerde sağlık sorunları ve fiziksel belirtiler çoğu zaman sigaranın bedensel zararlarının somut biçimde hissedilmesine yol açarak bırakma düşüncesini tetikleyen önemli bir başlangıç noktası olarak ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte aile, eş ve çocuk faktörü bireylerin sigara kullanımını yalnızca kişisel bir alışkanlık olarak değil, aynı zamanda yakın ilişkileri etkileyen bir davranış olarak yeniden değerlendirmelerine neden olmuştur. Katılımcıların bir kısmında sigaranın kötü kokusu, sosyal ortamlarda yarattığı rahatsızlık ve yaşam alanını daraltması gibi deneyimler de bırakma kararını güçlendiren unsurlar arasında yer almıştır. Bununla birlikte görüşmelerde en dikkat çekici bulgulardan biri, tüm bu dışsal etkenlerin etkili olabilmesi için bireylerin belirli bir noktada sigarayı bırakma kararını zihinsel olarak netleştirmeleri gerektiğidir. Bu durum, sigarayı bırakma sürecinin sağlık, sosyal çevre ve aile ilişkileri gibi dışsal faktörlerle tetiklenen; ancak nihai olarak bireysel farkındalık ve kararlılıkla şekillenen çok boyutlu bir karar süreci olduğunu göstermektedir.

4.2.1 Sağlık sorunları ve fiziksel belirtiler

Görüşmelerin önemli bir kısmında sigarayı bırakma kararının, uzun süreli kullanımın ardından belirginleşen bedensel yakınmalarla birlikte olgunlaştığı anlaşılmaktadır. Katılımcılar özellikle nefes darlığı, performans düşüklüğü, boğaz ve ciğer yakınmaları, kronik hastalıkların kötüleşmesi, mide bulantısı, öksürük, hırıltı ve genel yaşam kalitesindeki düşüşü bırakma kararının dönüm noktası olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda sağlık, katılımcılar için yalnızca soyut bir risk bilgisi değil; doğrudan bedensel deneyim üzerinden hissedilen ve sigara kullanımının sürdürülemez olduğunu gösteren somut bir uyarı alanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Non-farmakolojik grupta bu durum oldukça açık biçimde dile getirilmiştir. K7 sigarayı bırakma kararının bir anda alınmış görünse de arkasında bir süredir biriken fiziksel farkındalığın bulunduğunu söylemektedir: *“Tamamen sağlık, hayat kalitesinin düşük oluşu... hep diyordum*

sigarayı bırakmam gerekiyor falan ama bir anda bıraktım.” (K7). Burada kararın ani oluşundan çok, o ani kararın arka planında bedensel kapasite kaybının birikmiş etkisi vardır.

K11 de benzer biçimde, sigarayı bırakmaya yönelten temel etmenin sağlık olduğunu vurgulamış ve bunu oldukça somut bir belirtiyile tarif etmiştir: *“Sağlık nedeni de; nefes alma sırasında sesime eşlik eden, ciğerlerden gelen ikinci bir ses var gibiydi.” (K11). Bu anlatı, sigaranın zararının soyut bir bilgi olmaktan çıkıp gündelik beden deneyiminin parçası haline geldiği noktaya işaret etmektedir.*

K12’nin anlatısında ise sağlık kaygısı, hem aile öyküsü hem de kişisel belirti deneyimiyle güçlenmektedir. Katılımcı, *“Babam kanser hastası oldu, akciğer kanseri... geceleri hırlamalar çok fazla başladı, nefes alma verme olayları çok şey ya... sağlıksal yönlerden biraz sıkıntı çektim. Ondan sonra dedim ki ‘bırakayım.’” (K12) sözleriyle, sağlık tehdidinin yalnızca bugüne değil, olası geleceğe ilişkin bir korku da ürettiğini göstermektedir.*

K13’te ise sağlık daha sert ve sarsıcı bir biçimde bırakma kararını belirlemiştir. Katılımcı, *“Bir göğüs kanseri teşhisi konuldu. Doktor bana ‘Utanmıyor musun? Bırak.’ deyince bırakmaya karar verdim.” (K13) diyerek kararın doğrudan hastalık deneyimiyle ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Bu anlatı, sağlık tehdidinin bazı katılımcılarda kararı geciktiren değil, doğrudan keskinleştiren bir etkisi olduğunu göstermektedir.*

Benzer biçimde K16’da da bedensel yıpranmanın fark edilmesi bırakma kararını besleyen temel unsurlardan biridir. Katılımcı, *“Zarardan başka bir şey olmadığını fark edince, sağlık açısından da... Çünkü sürekli balgam çıkarma, öksürme falan gibi şeyler de yaşanmaya başlamıştı.” (K16) diyerek kararını gündelik bedensel rahatsızlıkların artışıyla ilişkilendirmektedir.*

K10’da da fiziksel hastalık bilgisi karar üzerinde belirleyicidir: *“Astımum da var ya, iyice zıtlandım yani.” (K10). Her ne kadar K10 bırakma sürecini daha çok irade ile açıklasa da astım varlığı, sigaranın artık “sürdürülebilir” bir alışkanlık olmaktan çıkmasında etkili görünmektedir.*

Farmakolojik grupta da sağlık gerekçesi son derece baskındır. P3, sigarayı bırakma kararını doğrudan yaşam kalitesindeki düşüşle ilişkilendirerek *“Sağlık durumumun kötüye gittiğini, yaşam kalitesinin azaldığını hissediyordum. Ondan dolayı bırakmak istedim.” (P3) demektedir. Burada yalnızca bir hastalık değil, bütünsel yaşam niteliğinde gerileme hissi belirleyicidir. P6 ise bedensel belirtileri daha ayrıntılı bir biçimde sıralamaktadır: “Artık koku rahatsız ediyordu,*

fazla içtiğim için mide bulantısı yaşıyordum. İnce ince ciğerimde sesler vardı, bir ısıklık sesi gibi bir şey vardı ve bunlar beni rahatsız etti.” (P6). Bu anlatıda sigara bırakma kararı, bedende biriken rahatsızlığın artık göz ardı edilememesiyle oluşmaktadır.

P10’un ifadesinde de benzer bir süreç görülmektedir: *“Çocuklarım istemedi içmemi. İkincisi de yürürken çok fazla nefesle ilgili problemim vardı. Ondan bırakmaya karar verdim.”* (P10). Bu alıntıda aile faktörü de vardır; ancak kararın somutlaştırıcı yönü nefes alma güçlüğüdür. P12 ise sağlık kararını doğrudan tıbbi uyarı üzerinden kurmaktadır: *“Tiroid hastalığım vardı, doktor ‘bırakman lazım’ demişti. Ondan dolayı bırakmam gerektiğini düşünerek öyle bıraktım.”* (P12). Burada karar, bireysel farkındalık kadar hekim söylemiyle de güç kazanmaktadır.

P13 de benzer şekilde kronik hastalığın sigara kullanımını sürdürülemez hale getirdiğini belirtmektedir: *“Kronik bir hastalığım vardı, çok etkiliyordu beni. Öyle bir destek alayım dedim.”* (P13).

P16’da ise bedensel işlev kaybı daha performatif bir düzlemde ifade edilmiştir: *“Genel olarak performans düşüklüğü, sağlık konusunda hareket, nefes konusunda... Bunları her zaman hissediyorduk zaten.”* (P16). Bu anlatı, sigaranın yalnızca hastalık değil, güç, hareket ve canlılık kaybı üzerinden de bırakma kararını şekillendirdiğini göstermektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık sorunlarının katılımcılar için yalnızca “sigaranın zararlı olduğunu bilmek” düzeyinde değil, beden tarafından her gün yeniden hatırlatılan ve karar vermeyi zorunlu hale getiren bir deneyim alanı olduğu söylenebilir. Özellikle nefes darlığı, hırıltı, öksürük, yorgunluk, kronik hastalıkla etkileşim ve performans kaybı, bırakma kararının en güçlü belirleyicileri arasında yer almaktadır.

4.2.2 Aile, eş ve çocuk faktörü

Sigara bırakma kararında öne çıkan bir diğer temel tema aile ilişkileridir. Katılımcıların anlatılarında eşe karşı sorumluluk, çocuklara kötü örnek olmama isteği, çocukların doğrudan uyarıları, ebeveynlik rolü ve aile içi duygusal bağların sigarayı bırakma kararını ciddi biçimde etkilediği görülmektedir. Bu bağlamda aile, yalnızca destek sağlayan bir sosyal çevre değil; aynı zamanda bireyin kendi davranışlarını yeniden değerlendirdiği güçlü bir duygusal ve ahlaki referans noktası olarak ortaya çıkmaktadır.

Non-farmakolojik grupta K1’in anlatısı bu temayı oldukça açık biçimde ortaya koymaktadır. Katılımcı, *“Kızım, bir tane o zaman kızım oldu, kızım 8 yaşındaydı sigarayı bıraktığımda. Onun*

motivasyonu oldu açıkçası, çok ciddi bir motivasyon.” (K1) diyerek bırakma kararını doğrudan çocuk üzerinden temellendirmektedir. Burada çocuk yalnızca bir gerekçe değil, kararın duygusal merkezi haline gelmektedir.

K5’te de benzer bir ebeveynlik hassasiyeti vardır: *“Evlenecek olmam, bir aile kurmak amacıyla olmamdı... kendiniz kül tablası gibi kokuyorsunuz, o çocuk size nasıl yaklaşacak?”* (K5). Bu ifade, sigaranın aile kurma hayaliyle bağdaşmayan bir yük olarak algılandığını göstermektedir.

K12 sigarayı bırakma kararını çocuklarının geleceğiyle ilişkilendirirken, kararın dış destekten çok içsel bir sorumluluk duygusuna dayandığını belirtmektedir: *“Tamamen kendi kendime, tamamen kendi sağlığım için, çocuklarıma bakarak, çocuklarımla geleceğini düşünerek kendi kendime yaptım.”* (K12).

K16 ise aile temasını hem fiziksel mekânın daralması hem de duygusal sorumluluk üzerinden anlatmaktadır: *“En büyük faktör ailemdi, çocuklarım vardı. Çünkü sigara içme alanım iyice daralmıştı; onların yanında sigara içmek istemiyordum.”* (K16). Bu alıntı, aile varlığının sigarayı sadece ahlaki değil pratik olarak da zorlaştırdığını göstermektedir.

K4’te aile faktörü biraz farklı bir biçim alır; ekonomik sorumluluk çocuk üzerinden anlam kazanır. Katılımcı, *“Oğlumun derslane parasını ödemek için bıraktım hocam. Oğlumu dershaneye gönderiyordum, bu beni çok motive etti.”* (K4) diyerek baba rolünün ekonomik boyutunu bırakma kararına bağlamaktadır.

K2’de de çocukların sözlü uyarılarının karar sürecinde yer ettiği görülmektedir: *“Önceden çocuklar diyordu ‘Baba bırak, baba bırak’ diyorlardı.”* (K2). Her ne kadar K2 bırakma kararını asıl olarak tiksiniş üzerinden anlatsa da çocukların çağrısı karar zemininin duygusal arka planını oluşturmaktadır.

Farmakolojik grupta aile etkisi daha da belirginleşmektedir. P2’nin anlatısı bu konuda son derece çarpıcıdır: *“Kendi oğlum da bana dedi ki: ‘Baba sen kendi baban öldüğünde ağladın, ben de sen öldüğünde ağlayacağım.’”* (P2). Bu söz, katılımcının sigarayı yalnızca bireysel bir alışkanlık olarak değil, çocuğunun olası kaybıyla ilişkili bir tehdit olarak görmesine neden olmuştur. P10 da benzer biçimde *“Çocuklarım istemedi içmemi.”* (P10) diyerek çocukların açık talebini bırakma kararının merkezine yerleştirmektedir.

P14'te karar hem eş hem de doğacak çocuk üzerinden kurulmaktadır: *“Birincisi eşime haksızlık yaptığımı düşünüyordum. İkincisi de çocuğumuz olacaktı, onun için bebek için daha doğrusu.”* (P14). Burada sigara, yalnızca bireyin kendisine değil, yakın ilişkilerine de zarar veren bir davranış olarak görülmektedir.

P15 ise çocuk için rol model olma meselesini daha kavramsal bir düzlemde açıklamaktadır: *“Çocuğa ne anlatırsanız anlatın, çocuk en fazla ve en iyi model olarak öğreniyor... çocuğuma kötü örnek olmamak için bıraktım.”* (P15). Bu ifade, sigarayı bırakma kararının ebeveynlik sorumluluğuyla nasıl iç içe geçtiğini açık biçimde göstermektedir.

P1'de de eşin sigara içmeyen biri olması katılımcının kararını güçlendiren önemli bir unsurdur: *“Eşimle evlendikten sonra eşim sigara içmiyordu çok şükür. O da bana şey oldu, daha bir güç verdi.”* (P1).

P11'de ise baba figürü belirleyici bir itici güç olarak anılmaktadır: *“Babam. Beni babam etkiledi yani, babam dürtüledi o yönden; babam itti beni bu yola daha çok.”* (P11).

P14 ve P15 ile birlikte değerlendirildiğinde, farmakolojik grupta aile etkisinin yalnızca duygusal destek değil, kararın bizzat kurucu unsuru olduğu görülmektedir.

Bütün bu anlatılar, sigarayı bırakma kararının aile bağlarıyla güçlü biçimde örüldüğünü göstermektedir. Özellikle çocukların varlığı, katılımcıların kendi bedenlerine ve alışkanlıklarına dışarıdan bakabilmelerini kolaylaştırmıştır. Çocuklara örnek olma, onlara zarar vermeme, eşe karşı sorumluluk duyma ve aile yaşamını sigarasız kurma arzusu, bırakma kararında oldukça güçlü bir duygusal ve ahlaki zemin oluşturmaktadır.

4.2.3 Sigaranın Kokusu ve Sosyal Rahatsızlık

Katılımcıların bir bölümünde sigarayı bırakma kararı doğrudan hastalık korkusundan değil, sigaranın gündelik yaşamda yarattığı rahatsızlık hissinden doğmuştur. Özellikle kötü koku, kişinin kendisini ve çevresini rahatsız ettiğini fark etmesi, “kirli”, “utanılacak” ya da “ikinci sınıf” bir konuma itilmiş hissetmesi ve sigara nedeniyle yaşam alanının daralması bırakma kararını etkileyen önemli unsurlar arasındadır. Bu tema, sigara kullanımının sadece biyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve simgesel bir yük olarak deneyimlendiğini göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta K2'nin anlatısı bu temanın en açık örneklerinden biridir. Katılımcı, *“Arabada yatarken sabahleyin kalktım, arabanın içi leş gibi kokuyordu. Kendimden iğrendim*

böyle kokudan.” (K2) sözleriyle bırakma kararını doğrudan tikslenme deneyimine bağlamaktadır. Burada belirleyici olan şey sağlık bilgisinden çok, kendi yaşam alanının katlanılmaz hale gelmesidir.

K5 de benzer biçimde sigaranın kokusunu aile kurma düşüncesiyle ilişkilendirir: *“Kendiniz kül tablası gibi kokuyorsunuz, o çocuk size nasıl yaklaşacak?”* (K5). Bu ifade, koku meselesinin yalnızca estetik değil, ilişkisel bir sorun olarak yaşandığını göstermektedir.

K8’in anlatısında kötü koku ve davranışın taşıdığı olumsuz anlam birlikte yer almaktadır: *“Oldum olası sigara işte; kötü kokusu...”* (K8). Aynı katılımcının *“o zamanlar sigara içmek büyüklük göstergesi gibiydi”* ifadesiyle birlikte düşünüldüğünde, sigaranın zamanla olumlu imajını yitirip olumsuz bir simgeye dönüştüğü görülmektedir.

K11 ise bırakma kararını sadece sağlıkla değil, başkalarına verilen rahatsızlık ve temizlik duygusuyla birlikte açıklamaktadır: *“Kapalı ortamlarda içince sigaranın kokusu siniyor, o temizliği etkiliyor. Onlar da hak geçmesin düşüncesiyle bırakıyorsunuz.”* (K11). Burada sigara, kamusal ve ailevi alanı kirleten bir davranış olarak konumlanmaktadır.

K1’de de sigaranın bıraktıktan sonra daha görünür hale gelen olumsuz niteliği dikkat çekmektedir: *“Artık sigara kokusunun sizi rahatsız etmeye başlıyor, elbiseleriniz kokmuyor artık.”* (K1). Bu ifade, sigaranın bırakma kararını yalnızca önce değil, bırakıldıktan sonra da geriye dönük olarak anlamlandırdığını göstermektedir.

K14 de her ne kadar bırakma kararını aile ekseninde anlatsa da sigarasız yaşamdaki değişimi *“Kıyafetlerim sigara kokmuyor, ben sigara kokmuyorum”* (K14) sözleriyle tarif ederek, bu koku yükünün kararın görünmeyen arka planında yer aldığını düşündürmektedir.

Farmakolojik grupta da benzer bir örüntü vardır. P1, sigara içmeyi doğrudan kişisel utanç duygusuyla ilişkilendirmektedir: *“Sigara bende bir utanç kaynağıydı. Ben kendimi zayıf görüyordum, cahil, iradesiz görüyordum.”* (P1). Bu anlatı, sigarayı bırakma kararının bazen bedensel zarar kadar kişinin kendilik algısıyla da ilgili olduğunu göstermektedir.

P4 ise bu deneyimi daha sosyal bir dilde kurmaktadır: *“Kokusundan ve toplum içerisindeki ikinci sınıf muamelesinden rahatsız olduğum için bırakmak istedim.”* (P4). Katılımcının “ikinci sınıf muamelesi” ifadesi, sigara içmenin toplumsal konum ve özsaygı ile ilişkili biçimde deneyimlendiğini ortaya koymaktadır.

P6, bırakma kararında kokunun ve bedensel rahatsızlığın birleştğini söylemektedir: “*Artık koku rahatsız ediyordu, fazla içtiğim için mide bulantısı yaşıyordum.*” (P6).

P9 ise istemeden sürdürdüğü bir alışkanlığı kokuyla özdeşleşen bir bıkınlık üzerinden anlatmaktadır: “*Gıcık oluyordum kokusundan. İçmek istemiyordum ama kendimi de durduramıyordum.*” (P9). Bu anlatıda sigara ile kurulan bağın zevkten çok zorunluluğa dönüştüğü ve kokunun bu zorunluluğu görünür hale getirdiği görülmektedir.

P15’te ise sigaranın çevreyi rahatsız eden bir unsur oluşu öne çıkar: “*Sigaranın o kötü kokusu yok artık, çevrenizi rahatsız etmiyorsunuz, çocuklarınıza daha rahat sarılabiliyorsunuz.*” (P15). Her ne kadar bu ifade bırakma sonrası deneyimi anlatsa da, sigarayı terk etmenin nedenlerinden birinin çevreye verilen rahatsızlığı fark etmek olduğu açıkça anlaşılmaktadır.

P14 ise sigarayı eşe karşı “haksızlık” olarak görerek bu davranışın sadece bireysel değil, ilişkisel bir yük olduğunu ifade etmektedir: “*Birincisi eşime haksızlık yaptığımı düşünüyordum.*” (P14).

Bu bulgular, sigara bırakma kararının yalnızca ölüm korkusu ya da hastalık riskiyle değil, sigaranın kişiyi kendi gözünde ve başkalarının yanında rahatsız eden bir habitusa dönüşmesiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Kötü koku, kirlenmişlik hissi, utanç, yaşam alanının daralması ve sosyal olarak dışlayıcı bir konuma itilmiş olma duygusu, birçok katılımcı için kararın güçlü belirleyicileri arasında yer almaktadır.

4.2.4 Bireysel Farkındalık ve Kararlılık

Görüşmelerde en sık tekrarlanan vurgulardan biri, sigarayı bırakma kararının son aşamada “kafada biten” bir süreç olduğudur. Katılımcılar çoğu zaman dışsal gerekçeleri kabul etmekle birlikte, gerçek kararın ancak zihinsel bir eşik aşıldığında mümkün hale geldiğini anlatmıştır. “Beyinde bitirmek”, “bir daha içmeyeceğim demek”, “kendine telkin vermek”, “karar verip arkasında durmak” gibi ifadeler, bu temanın hem farmakolojik hem de non-farmakolojik grupta çok güçlü olduğunu göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta K2 bu durumu oldukça net ifade etmektedir: “*Kendi kafamda bitirdim. Bırakacağım dedim, nefsim hakim oldum, irademe sahip oldum, bıraktım.*” (K2). Bu anlatı, bırakma kararını doğrudan özdenetim ve içsel iradeye dayandırmaktadır.

K4'te de benzer bir zihinsel hazırlık görülmektedir. Katılımcı, *"Sigarayı aklıma geldiği ilk an bıraktım."* (K4) derken, karar anını dış koşullardan bağımsız, keskin bir içsel eşik olarak tanımlamaktadır. Aynı katılımcının *"Hasan sen sigarayı bıraktın"* biçimindeki öz-telkini, kararın sürdürülmesinde de zihinsel kararlılığın belirleyici olduğunu göstermektedir.

K6'nın anlatısı bu temanın en kristal örneklerinden biridir: *"Ben beyinde sigarayı bırakmıştım."* (K6). Katılımcı, gün belirleme ve kendine söz verme stratejisini de bu zihinsel hazırlığın parçası olarak kurmaktadır.

K15 ise bırakma kararını âdeta bir zihinsel anahtar değişimi olarak tarif etmektedir: *"Yarın öbür gün yaşlanınca hayatımı kısıtlar' diyerek bir gün 'tık' diye bıraktım."* (K15). Bu "tık" ifadesi, uzun süreli bir hazırlığın ani ama güçlü bir karar formunda görünür hale geldiğini düşündürmektedir.

K10'da karar daha mücadeleci bir dille kurulmaktadır: *"Bu kimdir beni rehin alacak? Kopardım bağlarımı yani."* (K10). Bu söz, sigaranın bağımlılık ilişkisini fark edip buna karşı bir özneleşme geliştirmeyi ifade etmektedir.

K6'da *"İnanmak, kafada beyinde onunla mücadele etme azmi"* vurgusu, K15'te *"Ben bunu bıraktım, bitti"* yaklaşımı ve K7'de *"Özellikle ilk üç günkü dirayet çok önemli"* ifadesi de bu temanın farklı yüzlerini oluşturmaktadır.

Farmakolojik grupta ilaç kullanımı olsa da kararın nihai olarak zihinsel düzeyde alındığı sıkça vurgulanmıştır. P1, sigara içmeyi kendilik algısıyla ilişkilendirerek *"Benim sigarayı bırakmam lazım... kendimi zayıf görüyordum"* (P1) demektedir. Bu ifade, bırakma kararının yalnızca sağlıklı değil, kişinin kendine dair değerlendirmesiyle de bağlantılı olduğunu göstermektedir. P4'te ise kararın planlı biçimde pekiştirildiği görülmektedir: *"Kararlı olduğum için ilk bir hafta sigara kullanımını azalttım... günlük notlar aldım hep kendime."* (P4). Bu anlatı, kararlılığın sadece söylem değil, düzenli öz-izleme pratiğiyle desteklendiğini göstermektedir.

P12'nin ifadesi bu tema için son derece güçlüdür: *"Ben mi daha inadım sigara mı daha inat' dedim. 'Ben daha inadım' dedim o yüzden sigarayı yendim."* (P12). Bu alıntı, bırakma kararının bir irade mücadelesi olarak kurgulandığını açık biçimde ortaya koymaktadır.

P15 de benzer biçimde, *"Önce kafada bitiyor hocam. Gerçekten bırakmak isteyeceksiniz."* (P15) demektedir. Burada ilaç kullanımına rağmen temel belirleyicinin istek ve zihinsel kesinlik olduğu vurgulanmaktadır. P16 da kararın içsel yönünü çok net tarif etmektedir: *"Bir*

kere karar verdim bu konuda da irade ettim.” (P16). P9’un “Ben zaten içmek istemiyordum” vurgusu, P8’in “Kendim karar verdim” ifadesi ve P14’ün “‘Ben bunu içmem’ deyip kararlı olmaları lazım” yaklaşımı da aynı örüntüyü desteklemektedir.

Bu tema, bırakma kararının çoğu katılımcı için önce zihinsel olarak kurulup sonra davranışa dönüştüğünü göstermektedir. Sağlık, aile, koku ya da sosyal rahatsızlık kararın gerekçelerini oluştursa da, katılımcıların anlatısında bu gerekçelerin etkili olabilmesi için kişinin bir noktada kendi içinde kesin bir sınır koyması gerekmektedir. Bu nedenle kararlılık, yalnızca bir kişilik özelliği değil, bırakma kararını mümkün kılan temel psikolojik eşik olarak görünmektedir.

4.3 Sigara Bırakma Sürecinde Yaşanan Zorluklar

Katılımcı anlatıları sigarayı bırakma sürecinin yalnızca “içmemeye karar verme” ile sınırlı olmadığını, karar sonrasında bedensel, davranışsal ve duygusal düzeylerde çeşitli güçlüklerin ortaya çıktığını göstermektedir. Görüşmelerde en sık vurgulanan nokta, zorluğun yalnızca nikotin yoksunluğundan ibaret olmadığı; günlük yaşamın içine yerleşmiş alışkanlıkların, belirli zamanların, sosyal ortamların, stresli anların ve kimi zaman da bireyin kendi zihinsel süreçlerinin bu süreci zorlaştırdığıdır. Bazı katılımcılar bırakma deneyimlerini beklediklerinden daha kolay yaşadıklarını ifade etse de, verilerin genel örüntüsü sigara bırakmanın özellikle ilk günler ve ilk haftalar açısından ciddi bir uyum süreci gerektirdiğine işaret etmektedir.

Bu tema kapsamında katılımcı deneyimleri; davranışsal alışkanlıklar ve rutinler, psikolojik ve duygusal zorlanmalar, sosyal çevre ve tetikleyici durumlar ile zorluğun zaman içindeki seyri başlıkları altında ele alınmıştır.

4.3.1 Davranışsal alışkanlıklar ve rutinler

Görüşmeler incelendiğinde sigara bırakma sürecinde en sık dile getirilen güçlüklerden birinin davranışsal alışkanlıklar ve günlük rutinler olduğu görülmektedir. Katılımcılar sigaranın yalnızca nikotin içeriği nedeniyle değil; elde tutulması, ağza götürülmesi, belirli anlarda otomatik biçimde aranması ve gündelik yaşamın akışına yerleşmiş olması nedeniyle de güçlü bir alışkanlık nesnesine dönüştüğünü ifade etmektedir. Bu yönüyle sigara birçok katılımcı tarafından bedensel belleğe yerleşmiş ve gün içindeki davranış örüntülerine eşlik eden bir pratik olarak deneyimlenmektedir.

Non-farmakolojik grupta K1 bu durumu açık biçimde şöyle ifade etmektedir: “*El alışkanlığı aslında zorlayan. Hani eliniz sürekli gidiyor, bir şeye gidiyor...*” (K1). Bu ifade bırakma

sürecindeki zorlanmanın yalnızca sigara isteği ile sınırlı olmadığını; bedenın alıştığı hareketi tekrar etmeye yöneldiğini göstermektedir. Benzer biçimde K4 de davranışsal boyutu vurgulayarak, “*Birincisi el alışkanlığı. Fizyolojik bir istek var ama ondan daha çok zorlayan el alışkanlığı; elinizi nereye koyacağınızı bilmiyorsunuz sahnede gibi.*” (K4) sözleriyle sigaranın gündelik jestleri ve bedensel hareketleri nasıl yapılandırdığını ifade etmektedir.

K3 de benzer bir bedensel arayış hissini şu şekilde dile getirmektedir: “*Tabii ki eliniz sürekli bir şey arıyor, bir şey arıyor...*” (K3). Bu ifade bırakma sürecinde yalnızca nikotin değil, bedensel alışkanlığın da eksiklik hissi yarattığını göstermektedir.

Katılımcı anlatılarında sigaranın yalnızca bir el alışkanlığı değil, aynı zamanda günün belirli anlarıyla bütünleşmiş bir rutin olduğu da görülmektedir. K8 bu durumu şu sözlerle ifade etmektedir: “*Benim için sigara dediğim gibi ya gözlerimi açar açmaz başlıyordu; işte çayla beraber, kahveyle beraber, yemekten sonra, piknikte, köyde çalışırken, teneffüs aralarında... Yani bu bir rutini var sigaranın hayatımda.*” (K8). Bu anlatı sigaranın günün farklı anlarına eşlik eden yerleşik bir davranış örüntüsüne dönüştüğünü göstermektedir.

Benzer şekilde bazı katılımcılar özellikle belirli zamanlarda sigara isteğinin daha yoğun hale geldiğini belirtmiştir. Örneğin K14 bırakma sürecindeki zorluğu şu sözlerle anlatmaktadır: “*Yemeklerden sonra sigara içmemek, uyandığım zaman sigara içmemek ve yanımda sigara içildiğinde kokusunun sigara içme isteği uyandırması çok zorladı beni.*” (K14). K12 de benzer biçimde “*Bırakma sürecinde en çok zorlayan yemekten sonraki sigara.*” (K12) diyerek özellikle yemekten sonra oluşan alışkanlığın güçlü bir tetikleyici olduğunu ifade etmektedir. K15 ise bu durumu günlük ritüellerle ilişkilendirerek, “*Özellikle sigara içtiğimiz ‘keyif anları’ vardı; yemekten sonra gibi. O anlarda hep canım istedi ama irademi devreye soktum.*” (K15) sözleriyle açıklamaktadır.

Farmakolojik grupta da benzer bir örüntü görülmektedir. P2 sigaranın günlük yaşam içindeki yerini şu şekilde anlatmaktadır: “*En zorlayan süreç alışkanlığı tabii yenmekti. 30 yıldır bir el alışkanlığı; sonuçta cebimizde bir çakmak taşıyacağız, cebimizde sigara alacağız, akşam eve sigarayla gideceğiz.*” (P2). Bu ifade sigaranın yalnızca içme eylemini değil, onunla ilişkili bütün günlük düzeni kapsayan bir alışkanlık haline geldiğini göstermektedir. P3 de benzer biçimde, “*Sigara içme isteğinin tamamen psikolojik olduğunu anladım. Bir el alışkanlığı vardı ve sürekli insanın aklına geliyor...*” (P3) diyerek davranışsal bağımlılığın önemine dikkat çekmektedir.

Bazı katılımcılar ise sigara isteğinin özellikle günün belirli anlarında daha yoğun hissedildiğini ifade etmiştir. P6 bu durumu şu şekilde dile getirmektedir: “*Akşam yemeklerden sonra çok tetikleniyordum.*” (P6). P12 de benzer biçimde, “*Çay kahve yanında, yemekten sonra falan çok istedim. Böyle sanki içmem lazımmiş gibi bir boşlukta gibi hissettim kendimi.*” (P12) sözleriyle sigaranın günlük rutin içinde tamamlayıcı bir unsur gibi algılandığını belirtmektedir. P9 ise sabah ve gece anlarının da sigara isteğini artırdığını şu şekilde ifade etmektedir: “*Sabah kalktığın zaman mesela gece lavaboya kalktığın zaman... Yemekten önce, yemek sonrası o çok bunalttı beni.*” (P9).

Bütün bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde sigaranın birçok katılımcının yaşamında yalnızca nikotin sağlayan bir ürün değil; el, ağız ve beden hareketlerine eşlik eden, günün akışına yerleşmiş bir alışkanlık örüntüsü olduğu görülmektedir. Bu nedenle sigarayı bırakma deneyimi yalnızca nikotinden uzaklaşma değil, aynı zamanda gündelik yaşamın içinde yerleşmiş davranışsal alışkanlıkları ve rutinleri yeniden düzenleme süreci olarak yaşanmaktadır.

4.3.2 Psikolojik ve duygusal zorlanmalar

Görüşmelerde öne çıkan bir diğer tema sigara bırakma sürecinin psikolojik ve duygusal açıdan zorlayıcı olabilmesidir. Katılımcılar bu dönemde sinirlilik, sabırsızlık, gerginlik, boşluk hissi, mutsuzluk, zihinsel meşguliyet ve yoğun sigara düşünceleri gibi deneyimler yaşadıklarını ifade etmiştir. Özellikle bırakmanın ilk günleri ve ilk haftaları birçok katılımcı tarafından duygusal dalgalanmaların belirginleştiği bir dönem olarak anlatılmıştır.

Non-farmakolojik grupta bazı katılımcılar sigara isteğinin özellikle psikolojik gerginlik anlarında ortaya çıktığını belirtmiştir. K9 bu durumu şu şekilde ifade etmektedir: “*Her işte sıkıştığında ya da psikolojikmen bir gerginlikle beraber özellikle ilk akla gelen şey sigara oluyordu.*” (K9). Aynı katılımcının “*İlk üç ay, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk üç ay rüyamda gördüm her gün sigarayı ben.*” (K9) ifadesi ise bağımlılığın zihinsel düzeyde uzun süre etkisini sürdürebildiğini göstermektedir.

Bazı katılımcılar bırakma sürecinde duygusal olarak zorlandıklarını açık biçimde dile getirmiştir. K13 bu durumu “*Valla bir müddet mutsuz oldum. Ondan sonra psikolojik olarak mutsuz oldum.*” (K13) sözleriyle ifade etmektedir. Benzer şekilde K5 de bırakma sürecinde duygusal tepkilerinin değiştiğini belirterek “*Biraz agresif ve sinirli olmaya başladım.*” (K5) demektedir. K16’nın anlatısında ise sigaranın zihinsel ve bilinçdışı düzeyde varlığını

sürdüğü görülmektedir: “Gece rüyalarda, hayal rüya arası şeylerde halüsinasyonlar gördüğümüz oldu. Sigarayı çok keyifli içtiğim rüyalar falan yaşadık.” (K16). Bu ifadeler sigara bırakma sürecinin yalnızca fiziksel değil, zihinsel ve duygusal bir uyum süreci olduğunu göstermektedir.

Farmakolojik grupta yer alan katılımcıların anlatılarında da benzer psikolojik zorlanmalar görülmektedir. P11 bırakma sürecinde yaşadığı duygusal dalgalanmaları “Fevri hareket yani bir anlık sinir patlamaları.” (P11) sözleriyle ifade etmektedir. Aynı katılımcının “Depresif hareketler, sinirsel hareketler” (P11) ifadesi, bırakma sürecinde ruh halinde belirgin değişimler yaşanabildiğini göstermektedir. Benzer şekilde P14 de bırakma sürecinde duygusal gerginliğin iletişim üzerinde etkili olduğunu belirterek “Biraz sinirlilik oluyordu. Bir de konuşma güçlüğü çekiyordum, muhabbet ederken kendimi ifade edemiyordum.” (P14) demektedir.

Bazı katılımcılar ise bu süreci daha çok zihinsel mücadele olarak tanımlamaktadır. P16 sigara isteğinin çoğu zaman kişinin kendi düşünceleriyle ilişkili olduğunu ifade ederek “En çok zorlayan durumlar kendi beynimin, kendi düşüncelerimin beni kandırması yönünde çok şeylerim oldu.” (P16) demektedir. Bu ifade bırakma sürecinde bireylerin yalnızca dış tetikleyicilerle değil, kendi iç konuşmalarıyla da mücadele etmek zorunda kaldığını göstermektedir. P7 ise bırakmanın ilk dönemlerinde duygusal tepkilerin yoğunlaşabildiğini şu sözlerle ifade etmektedir: “Bıraktıktan sonra böyle 5-6 ay çok fazla sinirlendim, en ufak şeyi bile kafaya taktım.” (P7). Aynı katılımcının “Beyin sanki aydınlandı böyle, ferah berrak bir beyin oldu.” (P7) şeklindeki ifadesi ise ilk dönem zorluklarının ardından psikolojik rahatlama hissinin ortaya çıkabildiğini düşündürmektedir.

Bütün bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinin yalnızca fiziksel yoksunlukla sınırlı olmadığı, aynı zamanda önemli bir psikolojik uyum dönemi içerdiği görülmektedir. Katılımcılar bu süreçte sinirlilik, zihinsel meşguliyet, özlem, boşluk hissi ve içsel mücadele gibi deneyimler yaşamıştır. Bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde bırakma sürecinde sinirlilik, mutsuzluk, zihinsel meşguliyet, boşluk hissi ve sigaraya ilişkin düşüncelerin belirginleşebildiği görülmektedir.

4.3.3 Sosyal çevre ve tetikleyiciler

Katılımcıların anlatılarında sigara bırakma sürecini zorlaştıran önemli etkenlerden birinin sosyal çevre olduğu görülmektedir. Özellikle çevrede sigara içen kişilerin bulunması, arkadaş ortamlarında sigaranın dolaşımında olması, ikram edilmesi veya sigara kokusunun hissedilmesi

bırakma kararını sürdürmeyi güçleştirebilmektedir. Bunun yanında bazı katılımcılar stresli yaşam olaylarının ve yoğun duygusal durumların sigara içme isteğini artırabildiğini belirtmiştir. Bu durum sigaranın yalnızca bireysel bir alışkanlık olmadığını, aynı zamanda sosyal çevre ve yaşam koşullarıyla etkileşim içinde sürdürülen bir davranış olduğunu göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta bazı katılımcılar sosyal çevrenin doğrudan tetikleyici bir rol oynadığını ifade etmektedir. K4 bu durumu şu şekilde dile getirmektedir: “*Bir de çevrede herkes sigara içiyor, sigara içtiğinizi biliyorlar ve ikram ediyorlar. Orada da biraz zorlandım...*” (K4). Bu ifade bırakma sürecindeki zorluğun yalnızca bireysel irade ile ilgili olmadığını, çevresel tekrarların da süreci etkilediğini göstermektedir. Benzer şekilde K7 de sosyal ortamların bırakma sürecinde önemli bir baskı oluşturduğunu belirterek “*Arkadaş ortamı çok zorluyordu. Özellikle ilk 6 ay arkadaş ortamı çok zorluyordu çünkü çevremde sigara içen sayısı ağırlıkta.*” (K7) demektedir.

K8 de sigara içilen ortamlarda bulunmanın isteği artırabildiğini şu sözlerle ifade etmektedir: “*Sigarayla ilgili en çok sigara içen bir çevrenin olması açıkçası bırakmayı zorlaştırıyor. Arkadaşların yanına gidiyorsunuz, onlar içtiği zaman canınız çekiyor...*” (K8). Benzer şekilde K14, sigara kokusunun bile güçlü bir tetikleyici olabildiğini belirterek “*Yanımda sigara içildiğinde kokusunun sigara içme isteği uyandırması çok zorladı beni.*” (K14) demektedir. K16 ise bu tür ortamlarda bulunmanın zorlayıcı olduğunu ifade ederek “*Herkesin sigara içtiği bir arkadaş muhabbet ortamında bazen o ortamdan uzaklaştığımız zamanlar oldu.*” (K16) sözleriyle bu durumu dile getirmektedir.

Bazı katılımcılar için ise stresli yaşam olaylarının sigara isteğini artırdığı görülmektedir. K2 bir kez yeniden başlamasını “Trafik kazası” (K2) ile ilişkilendirirken, K14 daha önceki bırakma deneyiminde stresin tekrar sigara içme düşüncesini tetikleyebileceğini şu sözlerle ifade etmektedir: “*Stresli dönemlerimde aklıma kurtuluş olarak sigara içmek gelirse tekrar sigara içmeye başlayabileceğimi düşünüyordum.*” (K14). Benzer şekilde K16 da geçmişte sıkıntı anlarında sigaraya yöneldiğini belirterek “*Daha öncesinde bir can sıkıntısında filan hemen sigaraya sarılıyorduk.*” (K16) demektedir.

Farmakolojik grupta da sosyal çevre ve tetikleyici ortamların bırakma sürecinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir. P1 bu durumu şu şekilde ifade etmektedir: “*İlk denemelerimde çok zorlanıyordum çünkü etrafımdaki birçok insan içiyordu. Onların içmesi benim işimi zorlaştırıyordu.*” (P1). Benzer şekilde P3 sigara içilen ortamlardan uzak durmaya çalıştığını belirterek “*İçilen ortamlardan uzak durmaya çalıştım.*” (P3) demektedir.

Bazı katılımcılar ise bu tür ortamlardan bilinçli olarak uzak durma stratejisi geliştirdiklerini ifade etmiştir. P4 bu durumu şu sözlerle açıklamaktadır: *“İlk başlarda özellikle ilaçla birlikte bırakmaya çalıştığım dönem biraz stresliydi. Kokusunu aldığımda istek canlanıyordu, o yüzden mümkün olduğunca o ortamlarda bulunmamaya çalıştım.”* (P4). Buna karşılık P5 sosyal ortamlara bilinçli olarak girdiğini ve bunu bir irade sınaması olarak gördüğünü ifade etmektedir: *“İsrarla sigara içilen ortamlara girdim, daha kolay bırakırım diye düşündüm.”* (P5). Bu ifade sosyal çevrenin bırakma sürecinde güçlü bir sınama alanı oluşturabildiğini göstermektedir.

Bazı katılımcılar ise sigara isteğinin yalnızca koku veya teklif yoluyla değil, görsel uyaranlarla da tetiklenebildiğini belirtmiştir. P7 bu durumu şu şekilde ifade etmektedir: *“Arabada seyahat ederken birinin camı açıp sigara içtiğini görünce ‘ah olsa da içsek’ dediğim anlar oluyordu.”* (P7). Bunun yanında bazı katılımcılar stresli anların da sigara isteğini artırabildiğini belirtmiştir. P16 bu durumu *“Hayat içerisindeki ufak stres anları, stres yükselmelerinde insan arıyor.”* (P16) sözleriyle dile getirmektedir.

Bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinde sosyal çevrenin ve tetikleyici durumların oldukça belirleyici olduğu görülmektedir. Özellikle sigara içilen sosyal ortamlar, sigara kokusu, teklif edilme ve stresli yaşam olayları bırakma sürecini zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle birçok katılımcı için sigarayı bırakma süreci yalnızca bireysel bir irade mücadelesi değil, aynı zamanda sosyal çevreyle ilişkileri yeniden düzenleme ve tetikleyici durumları tanıma süreci olarak deneyimlenmektedir.

4.3.4 Zorluğun süresi ve yoğunluğu

Katılımcı anlatıları incelendiğinde sigara bırakma sürecinde yaşanan zorlukların çoğu zaman belirli zaman dilimleriyle ifade edildiği görülmektedir. Özellikle ilk birkaç gün, ilk hafta, ilk 20–40 gün ve bazı katılımcılarda ilk birkaç ay, sürecin en zorlayıcı dönemleri olarak tanımlanmıştır. Bu durum sigara bırakmanın sürekli ve değişmeyen bir kriz durumu olarak değil, başlangıçta daha yoğun yaşanan ve zamanla azalan bir uyum süreci olarak deneyimlendiğini göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta bazı katılımcılar özellikle ilk günlerin ve ilk haftanın kritik olduğunu belirtmiştir. K2 bu durumu *“İlk bir hafta oldu, ondan sonra da öyle bir isteğim olmadı yani. Kendi kendine köreldi isteklerim.”* (K2) sözleriyle ifade etmektedir. Benzer şekilde K3 de bırakma sürecinde ilk haftanın belirleyici olduğunu belirterek *“İlk hafta çok zorlandım. Sigara istedikçe şeker yedim ama sonrasında değdi; sanki geri kalan ömrümü kazanmış gibi oldum.”*

(K3) demektir. K7 ise özellikle ilk günlerin önemine dikkat çekerek “Özellikle ilk üç gün çok önemli. Bu üç gün dirayet gösterirsen devam edebileceğini görüyorsun.” (K7) sözleriyle bırakma sürecinde erken dönemin kritik bir eşik olduğunu vurgulamaktadır.

Bazı katılımcılar için bu zorluk daha uzun bir döneme yayılabilmektedir. K12 sürecin birkaç ay sürebildiğini ifade ederek “2-3 ay bir zorluğu oldu, sonrasında daha kolay hale geldi.” (K12) demektir. K14 ise özellikle ilk aylarda sigara isteğinin zaman zaman devam ettiğini şu sözlerle anlatmaktadır: “İlk 6 ayda özellikle gün içinde sigara içme isteği duyduğum anlar oluyordu. O anları yönetmekte zorlandım ama zamanla atlattım.” (K14).

Farmakolojik grupta da benzer biçimde zorlukların özellikle bırakmanın ilk dönemlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. P10 bu süreci “İlk birkaç gün biraz zorlandım ama üç dört gün sonra tamamen rayına oturdu.” (P10) sözleriyle ifade etmektedir. P6 da benzer biçimde “Genel olarak bir 20. güne kadar zorlandım.” (P6) diyerek sürecin ilk haftalarında yoğunlaştığını belirtmektedir. P15 ise bırakma sürecinin ilk haftalarını şu şekilde tanımlamaktadır: “İlk 20 gün, ilk 40 gün bayağı zor geçti ama sonra düzeldi.” (P15).

Bazı katılımcılar ise farmakolojik destekle birlikte bu sürecin daha kısa sürdüğünü ifade etmektedir. P4 bırakma sürecini şu şekilde anlatmaktadır: “İlaç başladıktan sonra beşinci günün sonunda sigara isteğim büyük ölçüde azaldı.” (P4). Benzer şekilde P16 da sürecin özellikle başlangıç döneminde zorlayıcı olduğunu belirterek “İlk günler biraz zorlayıcı oluyor ama ilk ay içinde büyük ölçüde atlatılıyor.” (P16) demektir.

Bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinde yaşanan zorlukların zamansal olarak belirli dönemlerde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılımcılar için özellikle ilk günler ve ilk haftalar bırakma kararının sınıandığı kritik bir dönemdir. Ancak birçok katılımcı zaman ilerledikçe sigara isteğinin azaldığını ve sürecin daha yönetilebilir hale geldiğini ifade etmektedir. Bu durum sigara bırakmanın sabit bir kriz durumundan ziyade, başlangıçta yoğun yaşanan ancak zamanla uyum sağlanan bir davranış değişimi süreci olduğunu göstermektedir.

4.4 Sigara Bırakma Sürecinde Kullanılan Baş Etme Stratejileri

Katılımcı ifadeleri değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinde yaşanan güçlüklerin pasif biçimde karşılanmadığı, bireylerin bu süreçte çeşitli baş etme stratejileri geliştirdiği görülmektedir. Katılımcılar sigara isteğiyle başa çıkabilmek için gündelik davranışlarını yeniden düzenlediklerini, dikkatlerini başka faaliyetlere yönelttiklerini veya sigaranın yerini doldurabilecek alternatif davranışlar geliştirdiklerini ifade etmiştir. Bu durum sigara bırakma

sürecinin yalnızca fiziksel yoksunlukla değil, aynı zamanda alışkanlıkların yeniden yapılandırılmasıyla ilişkili bir davranış değişimi süreci olduğunu göstermektedir.

Görüşme verileri incelendiğinde baş etme stratejilerinin tek bir yöntem etrafında toplanmadığı anlaşılmaktadır. Bazı katılımcılar sigara isteği ortaya çıktığında dikkatlerini başka faaliyetlere yönelterek meşguliyet oluşturmayı tercih etmiş, bazıları yiyecek-içecek tüketimi veya çeşitli nesneler aracılığıyla sigaranın yerini doldurmaya çalışmıştır. Bunun yanında bazı katılımcıların süreci daha çok zihinsel telkin, sigara isteğini erteleme ve kararlılık vurgusu üzerinden yönettikleri görülmektedir.

Katılımcı anlatılarında sosyal çevrenin yeniden düzenlenmesi de önemli bir baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı katılımcılar sigara içilen ortamlardan uzak durmayı tercih ederken, bazıları ise bu ortamlarda bulunarak kendilerini sınamayı bir strateji olarak tanımlamıştır. Farmakolojik destek alan katılımcıların ifadeleri ise ilaç tedavisi ve profesyonel desteğin sigara isteğini kontrol etmede ve bırakma kararını sürdürmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinde kullanılan baş etme stratejilerinin yalnızca fiziksel yoksunluğu azaltmaya yönelik olmadığı, aynı zamanda tetikleyici durumları yönetme, alışkanlık döngüsünü kırma ve bireyin bırakma kararını sürdürebilmesini destekleme işlevi gördüğü anlaşılmaktadır. Araştırma verileri doğrultusunda baş etme stratejileri; dikkat dağıtma ve meşguliyet oluşturma, yiyecek-içecek ve ikame nesneler kullanma, bilişsel telkin ve erteleme, sosyal çevreyi düzenleme ile profesyonel ve farmakolojik destekten yararlanma başlıkları altında ele alınmıştır.

4.4.1 Davranışsal baş etme stratejileri: dikkat dağıtma ve ikame davranışlar

Katılımcıların önemli bir kısmı sigara isteği yükseldiğinde bununla doğrudan mücadele etmek yerine dikkatlerini başka bir yöne çevirmenin daha işlevsel olduğunu ifade etmiştir. Görüşmeler, sigara isteğinin birçok katılımcı tarafından kısa süreli fakat yoğun bir dürtü olarak deneyimlendiğini ve bu anların başka bir etkinlikte geçirilmesi durumunda isteğin zayıflayabildiğini göstermektedir. Bu nedenle katılımcılar yürüyüş yapmak, ev işiyle uğraşmak, telefonla ilgilenmek, oyun oynamak, duş almak, film izlemek ya da farklı etkinliklerle meşgul olmak gibi davranışlara yönelerek sigara isteğini yönetmeye çalışmıştır. Bunun yanında bazı katılımcılar yiyecek-içecek tüketimi veya çeşitli nesneler kullanarak sigaranın oluşturduğu ağız ve el alışkanlığını geçici olarak ikame etmeye yönelmiştir. Bu stratejiler, sigara isteğinin en

yoğun olduğu anlarda kişinin dikkatini başka bir etkinliğe yönlendirerek krizin geçmesini kolaylaştıran davranışsal baş etme yolları olarak ortaya çıkmaktadır.

Non-farmakolojik grupta K9, sigara isteği geldiğinde odağını bilinçli biçimde başka uğraşlara yönlendirdiğini şu sözlerle ifade etmektedir: “*Yani sigara tabii ki her işte sıkıştığımda ya da psikolojikmen bir gerginlikle beraber özellikle ilk akla gelen şey sigara oluyordu. Kendimi farklı şeylere yönlendirmeye çalıştım. Kitap okumak gibi... Yani sigara aklıma geldiğinde başka şeylere yönelmeye çalışarak onu unutmaya çalıştım açıkçası.*” (K9). Benzer biçimde K16 da sigara isteği anlarında farklı etkinliklere yönelerek dikkatini dağıtmaya çalıştığını belirtmektedir: “*Genellikle kendimi içecek ya da yiyecek, işte kuruyemiş, o tür şeylerle avutmaya çalıştım. Başka kafamı meşgul edecek ortamlara girdim; arkadaşlarla muhabbet ya da okumak, film izlemek gibi şeylere yöneldim.*” (K16).

K14 ise özellikle ilk aylarda sigara isteği geldiğinde farklı uğraşlara yönelmenin süreci yönetmede etkili olduğunu dile getirmektedir: “*İlk 6 ayda özellikle ama yine hani 7-8 aya kadar devam etti; gün içerisinde sık sık sigara içme isteği duyduğum anlar oluyordu. Ama işte bilgisayar karşısında, telefonla ilgilenerek, yemek yiyerek, video izleyerek atlattım o dönemleri.*” (K14).

K12’nin anlatısında ise daha hareketli bir baş etme biçimi görülmektedir: “*Yürüyüşler, su içme... Yani ne zaman canım sigara istese ya yürüyüş yaptım ya su içtim, aklımdan çıkarttım.*” (K12).

K3 de benzer şekilde hem yiyecek tüketimi hem de meşguliyet oluşturarak sigara isteğini yönetmeye çalıştığını belirtmektedir: “*İlk hafta, bir hafta çok zorlandım. Şeker aldım, o da aynı şekilde tehlikeli ama bir hafta şeker yedim sigara istedikçe. Yani bir kilo şekeri bitirmiş olabilirim bir haftada ama değdi.*” (K3). Aynı katılımcı bu ikame stratejisini şu sözlerle de açıklamaktadır: “*İşte dediğim gibi sadece bırakmak için sigara canım istedikçe cam şekerlerden ağzıma attım. Bu şekilde oyaladım kendimi.*” (K3). K5 de benzer biçimde yiyecek temelli bir baş etme stratejisi geliştirdiğini söylemektedir: “*Başka bir şey yaptım. Yani kuruyemiş yedim, bulunduğum ortamdan çıktım. Mümkün olduğu kadar yoğun sigara içilen ortamlarda bulunmadım.*” (K5).

K7’de de ağız ve el alışkanlığını ikame eden davranışlar birlikte görülmektedir: “*O sürede, özellikle ilk 3-4 ay biraz kuruyemiş tükettim. Aklıma gelince kuruyemiş alıyordum. Yer yer sakız*

çiğniyordum ama çok değil. Sonrasında daha fazla bir şey yapmadım. Bazen elimde tespih oluyordu ellerim boş kalmasın diye.” (K7).

K14 sakız kullanımının özellikle belirli zamanlarda sigara isteğini yönetmede yardımcı olduğunu şu şekilde ifade etmektedir: *“Yemeklerden sonra sigara içmemek, uyandığım zaman sigara içmemek ve yanımda sigara içildiğinde kokusunun sigara içme isteği uyandırması çok zorladı beni. Sabahları ve yemeklerden sonraki kısımları sakız çiğneyerek atlattım.” (K14).*

K6 ise farklı bir içecek aracılığıyla sigara isteğini bastırdığını belirtmektedir: *“Sigara içme isteği bir defa oldu, böyle özenmişim sigara içiyordu çocuğun bir tanesi. Bir tane maden suyu içtim ve bıraktım, içmedim. Maden suyu etkili oluyor diye biliyorum.” (K6).* K8 de benzer biçimde bazı basit araçların bu süreçte yardımcı olabildiğini dile getirmektedir: *“Belki yönteme bol su içmek ya da ekşi su içmek... Tamam onları denemişliğim olmuştur yani.” (K8).* Aynı katılımcı daha sonra şu ifadeyi kullanmaktadır: *“Bir de... karanfil kullanımı da açıkçası sigara isteği olduğu anda ağzınıza bir karanfil alırsanız o da isteği birazcık azaltıyor.” (K8).*

Farmakolojik grupta da dikkat dağıtma ve ikame davranışların yaygın biçimde kullanıldığı görülmektedir. P2 sigara isteği geldiğinde farklı etkinliklerle meşgul olmanın etkili olduğunu şu şekilde ifade etmektedir: *“Sigara isteği yaşadığım anlarda televizyon izledim, dışarlarda gezdim, yürüyüş yaptım, bol bol su içtim. Zaten 7-8 dakika aklıma geldiğinde bir şeylerle uğraştığım zaman o süreyi unuttuğum zaman 3-5 saat daha beni götürüyordu.” (P2).*

P9 ise ev içi faaliyetlerin sigara isteğini bastırmada yardımcı olduğunu belirtmektedir: *“Sigara içilecek saat geldiği zaman vuruyor aklıma tamam mı? Ben ne yapayım mecbur kalkıp sigara içecektim ama sigaranın yerine ne yaptım, kalktım ya bir banyomu süpürdüm ya bir evimi süpürdüm ya bir koltuğumu düzelttim o sigara şeyisini attım üstümden.” (P9).* Benzer şekilde P10 da dikkatini başka yöne çevirmeye çalıştığını ifade etmektedir: *“Mesela şu an diyelim sigara içeceğim geldi değil mi? O an algımı farklı yöne çevirdim veya başka bir şeye atıyorum telefonumda bir şeyle oynamaya çalıştım veya başka bir haber sitesine girmeye çalıştım veya yönümü başka yöne çevirdim.” (P10).*

Bazı katılımcılar ise sigaranın yerine ağız ya da el alışkanlığını sürdürebilecek nesneler kullanmıştır. P6 bu durumu şu sözlerle anlatmaktadır: *“Akşam yemeklerden sonra çok tetikleniyordum ve bunu da naneli sakız ve soğuk suyla çözdüm.” (P6).* Aynı katılımcı bu stratejiyi şu şekilde de ifade etmektedir: *“Hep sakızla, yerine sakızı koydum. Sakız ve soğuk su, özellikle çok su içtim o dönem.” (P6).*

P11 de benzer bir yola başvurduğunu belirtmektedir: “*Sigara isteği yaşadığınız anlarda ne yaptınız? Kahve, çay, çerez; yani bu tarz şeyler.*” (P11).

P12’nin anlatısı daha ayrıntılıdır: “*İçesim geldiği zaman naneli sakız çiğnedim. İşte gittim dişimi fırçaladım, su içtim. O şekilde yani oyaladım.*” (P12). Aynı katılımcı şu ifadeleri de kullanmaktadır: “*Evdeysen duşa girdim... elimi meşgul edecek, kafamı meşgul edecek oyun oynadım.*” (P12).

P13 kuruyemiş kullanımını el alışkanlığıyla ilişkilendirmektedir: “*Ya el alışkanlığım çok zorladı beni. Bağımlılıktan ziyade el alışkanlığı... Bunun üzerinde de işte kuruyemiş, ıvır zıvır tarzı şeylerle kendimi meşgul ettim.*” (P13).

P15 ise sigaranın yerine daha uğraştırıcı bir yiyecek tercih ettiğini belirtmektedir: “*Kabak çekirdeği kullandım. Yemesi zor, normal çekirdeği daha kolay yiyebilirsiniz, kabak çekirdeğini yemesi zor, biraz uğraştırıyor. Ağızınız boş kalmıyor...*” (P15).

El alışkanlığına yönelik ikame nesneler de bazı katılımcılar tarafından kullanılmıştır. P10 bu durumu şu sözlerle ifade etmektedir: “*İşte tesbih aldım bir tane elime.*” (P10).

Bütün bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sürecinde dikkat dağıtma ve ikame davranışların oldukça yaygın bir baş etme stratejisi olduğu görülmektedir. Katılımcılar sigara isteğini doğrudan bastırmaya çalışmak yerine, başka bir etkinlik ya da nesne aracılığıyla bu isteğin en yoğun olduğu anları atlatmayı tercih etmiştir. Bu durum, bırakma sürecinde sigaranın doldurduğu zamanı ve bedensel alışkanlıkları alternatif davranışlarla yeniden yapılandırmanın önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

4.4.2 Bilişsel baş etme ve erteleme stratejileri

Katılımcıların önemli bir bölümü sigara bırakma sürecinde en etkili baş etme yolunun zihinsel telkin ve kendine konuşma olduğunu vurgulamıştır. Bu anlatılarda “içmeyeceğim”, “ben bunu bıraktım”, “bir tane içersen tekrar başlarsın” gibi cümlelerin yalnızca düşünce değil, bir tür öz-denetim aracı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bazı katılımcılar ise sigarayı tamamen reddetmek yerine isteği erteleyerek krizi aşmayı tercih etmiştir. Böylece bırakma sürecinde katılımcıların sigara isteğiyle baş etmek için kendi iç konuşmalarını, kendine telkin verme biçimlerini ve erteleme stratejilerini kullandıkları görülmektedir.

Non-farmakolojik grupta K4 bu stratejiyi son derece net biçimde tanımlamaktadır: “*Sigarayı bıraktığım süreçte çok canım istedi, hâlâ da dönem dönem aklıma gelir. Ben her seferinde ‘Hasan sen sigarayı bıraktın’ diye kendime telkinde bulundum.*” (K4). Aynı katılımcı başka bir yerde bu telkini daha da güçlendirerek şöyle söylemektedir: “*Sigara canım çektiğinde ‘Sen sigarayı bıraktın Hasan’ dedim ve kesinlikle normal hayatıma devam ettim.*” (K4). Bu ifadeler, baş etme stratejisinin kişinin kendisine kim olduğunu yeniden hatırlatması üzerine kurulu olduğunu göstermektedir.

K2’de de benzer bir zihinsel kararlılık vardır: “*Hayır. Kendi kafamda bitirdim. Bırakacağım dedim, nefsim hakim oldum, irademe sahip oldum, bıraktım.*” (K2). K10 bunu daha sert bir iç konuşmayla ifade etmektedir: “*Kendin, kendin, kendin... Bilincinden onu bitireceksin böyle beyninde, ‘cup’ diye. Böyle yavaş yavaş da değil yani.*” (K10). K15’in anlatısı ise telkinin kararlılık boyutunu göstermektedir: “*Öncekilerde ‘bir gün içerim’ diye düşünüyordum ama bu son bıraktığımda katiyen tek nefes bile almadım. Sürekli ‘başla-bırak’ yapmak istemediğimi kendime sesli sesli söyledim; ‘bu iş bitti’ dedim.*” (K15).

K14’te bilişsel strateji ertelemeden çok zihinsel sınır koyma biçimindedir: “*Şu anki bırakma nedenim sürdüğü ve sürekli hayatımda olduğu için... o etkiledi. Ve o dönemin 6. ayında hala zor oluyordu süreç... ama o anlar aklıma geldiğinde uzak durduğum için devam edebildim.*” (K14). K8 ise manevi dili de içeren telkini öne çıkarmaktadır: “*Canım ne zaman sigara istese ‘Allah’ım sana sığınyorum’ diye Rabbime dua ettim. Tek gerekçe de muhtemelen o yani; Allah-u Teala’nın da yardımıyla bıraktığımı rahatlıkla söyleyebilirim.*” (K8). Burada dua, yalnızca dini bir pratik değil, aynı zamanda dürtü anında zihni yeniden düzenleyen bir iç konuşma biçimi olarak işlev görmektedir.

Farmakolojik grupta P9’un anlatısı erteleme stratejisinin bir örneğidir. Her ne kadar doğrudan bu ifadeyi kullanmasa da, kriz anında hemen başka işe yönelerek isteği geçici kılmaktadır. Ertelemenin en belirgin örneği ise P12’dedir: “*İçesim geldiği zaman naneli sakız çiğnedim... O şekilde yani oyaladım. ‘5 dakika sonra, 10 dakika sonra, 5 dakika sonra’ falan deyip o şekilde erteleyerek içmemeyi yani her günü o şekilde atlattım.*” (P12). Aynı katılımcının “*Şimdi içmeyeceğim 10 dakika sonra içerim dedim. 10 dakika sonra, 10 dakika sonra içerim dedim o şekilde atlattım yani krizi.*” (P12) sözleri, isteğin mutlak reddi yerine süreye yayılmış bir geciktirme tekniğinin kullanıldığını göstermektedir.

P13, telkinin başka bir formunu şöyle dile getirmektedir: “*Bir gün içmedim ‘bir daha içmeyeyim’, ‘bir daha içmeyeyim’ diye diye günler geçti. Ondan sonra dedim bir daha içersen*

bu kadar güne eziyet olur.” (P13). Burada geçen zamanın kendisi motive edici bir unsura dönüşmektedir. P14’te de düşünceyi zihinden uzaklaştırma stratejisi görülmektedir: “Beynimde kendimce bir kodlama yaptım; ‘daha önce hiç içmiyordum, neden şimdi aklıma geliyor’ diye o düşünceyi aklımdan çıkartmaya çalıştım.” (P14). P7 ise kararlılığı duygusal bir slogan gibi tekrar etmektedir: “‘Yani şöyle dedim, ‘ben bunu bırakmışım artık bunun geri dönüşü yok, bırakabiliyormuşum’. Demek ki bunu içmeden de hayat devam ediyor o şekilde şey yapmadım.” (P7).

P16’nın anlatısı, kişinin kendi zihnini fark ederek ona karşı bilinç geliştirmesi açısından dikkat çekicidir: *“Yani en çok zorlayan durumlar kendi beynimin, kendi düşüncelerimin beni kandırması yönünde çok şeylerim oldu ama bir kere karar verdim bu konuda da irade ettim.” (P16). P1 de benzer biçimde sigara içmeyi meşrulaştıran düşünceleri reddetmenin önemini vurgulamaktadır: “‘Stresimi atıyorum’ falan hepsi kandırmaca. Beyin kendisini kandırıyor sadece ihtiyacım var diye.” (P1). Bu ifade, bilişsel baş etmenin yalnızca motivasyon değil, sigarayı meşrulaştıran düşünce kalıplarını bozma süreci olduğunu göstermektedir.*

Bütün bu veriler birlikte düşünüldüğünde, sigara bırakma sürecinde zihinsel telkin, erteleme ve iradeyi sürdürme stratejilerinin çok merkezi bir yere sahip olduğu görülmektedir. Katılımcılar sigarayı yalnızca fiziksel olarak değil, düşünsel olarak da bırakmaya çalışmıştır. Bu nedenle bırakma deneyimi, bedensel yoksunluk kadar iç konuşmanın ve zihinsel çerçevenin yeniden kurulmasını da içermektedir.

4.4.3 Sosyal ve fiziksel çevreyi düzenleme stratejileri

Katılımcı anlatıları sigara bırakma sürecinde kullanılan önemli stratejilerden birinin de fiziksel ve sosyal çevreyi yeniden düzenlemek olduğunu göstermektedir. Bu düzenleme bazen sigara içilen ortamlardan uzak durma, bazen sigarayı çağrıştıran nesneleri ortadan kaldırma, bazen de sosyal etkileşimleri yeniden düzenleme biçiminde gerçekleşmiştir. Bazı katılımcılar ise tam tersine kendilerini bu ortamlarda sınımayı seçmiş, böylece iradelerini test etmeyi bir baş etme biçimine dönüştürmüştür.

Non-farmakolojik grupta K5 bu yaklaşımı açık biçimde dile getirmektedir: *“Kuruyemiş yedim, bulunduğum ortamdan çıktım. Mümkün olduğu kadar yoğun sigara içilen ortamlarda bulunmadım.” (K5). K14 de benzer biçimde baş etme stratejisini çevresel kaçınma üzerinden kurmuştur: “O günden sonra bir daha içmedim. Özel bir şey yapmadım aslında ama sigara içilen ortamlardan biraz uzak durmaya çalıştım.” (K14). Aynı katılımcının “En çok işte*

arkadaş ortamlarında, evden veya restoranlardan sigara içilmeye çıkıldığı zamanlarda bu kişilere eşlik etmemek...” (K14) şeklindeki ifadesi, sosyal ritüele katılmamanın koruyucu işlevini göstermektedir.

K7’nin anlatısında bu strateji daha çok geçici bir sosyal uzaklaşma biçiminde ortaya çıkmaktadır: *“Arkadaş ortamı çok zorluyordu... Dolayısıyla o buluşmalar beni biraz zorluyordu ama zamanla artık onlar da eski şeyine döndü yani.”* (K7). K12 ise çevresel değişimi daha büyük ölçekte yaşamıştır: *“Şehir değiştirdim. Havadar bir yere gittim, yani daha bir sahil kasabasına yerleştim... temiz hava, komple yürüyüşler, sahil yürüyüşleri falan filan komple bitirmiş oldum.”* (K12). Bu ifade, fiziksel çevrenin değişmesinin bırakma motivasyonunu güçlendirebildiğini göstermektedir.

Buna karşılık K1 sosyal ortamı bir sınav alanına dönüştürmüştür: *“Rakı masasında hani alkol de alıyoruz... Kendimi onlarla test ettim. Hani dediler ‘İçmeyeceksin, yanımızda falan...’ ‘Yok’ dedim... orada kendimi test ettiğimde artık bu işi bitirdiğimi anladım.”* (K1). Bu yaklaşım, uzak durma yerine kontrollü maruz kalma diyebileceğimiz farklı bir stratejiyi yansıtmaktadır. K4 de benzer biçimde kendisini ortamdaki tamamen çekmemiştir: *“Sigarayı bıraktım diye arkadaşlarıma ‘yanımda içmeyin’ demedim veya ikram ettiklerinde onlara kızmadım.”* (K4). Bu örnekler, bazı katılımcıların çevreyi değiştirmek yerine kendi konumlarını çevre içinde dönüştürmeye çalıştığını göstermektedir.

Farmakolojik grupta da benzer örüntüler vardır. P3, baş etme sürecinde çevresel kaçınmayı açıkça dile getirmektedir: *“İçilen ortamlardan uzak durmaya çalıştım. Yani yaklaşık bir ay sonra zaten insanın aklına gelmiyor.”* (P3). P4 de bırakma sürecinin ilk döneminde sosyal ortamlardan bilinçli biçimde uzak durduğunu söylemektedir: *“İlk başlarda özellikle ilaçla birlikte hani bırakmaya çalıştığım dönem biraz stresliydi dışarıda bulunduğum zaman benim için açıkçası... O yüzden olabildiğince bulunmamaya çalıştım o ortamlarda.”* (P4).

P13 ise *“İlk zamanlar ortamlara girmedim de şu an yavaş yavaş giriyorum”* (P13) diyerek çevresel stratejinin zamanla gevşetildiğini göstermektedir.

P2’nin anlatısında sigarayı hatırlatacak nesnelerden kaçınma öne çıkmaktadır: *“Bir de en önemlisi; yani sigara, çakmak, kültablası, yani sigarayı bana andıracak hiçbir ortamda bulunmadım. Yani kafe imiş, çay ocakları vesaire gibi yerlere kesinlikle gitmedim.”* (P2).

P14 de daha kısa ama benzer bir strateji tanımlar: *“Sosyal ve stresli ortamlarda sigara içme isteğiyle nasıl baş ettiniz? Oradan uzaklaşarak baş ettim.”* (P14). P16’nın stratejisi ise

tetikleyicileri önceden tanıma ve çözümleme üzerinedir: *“İlk adımlarım yani sigarayı tetikleyici unsurlarımı keşfettim. Mesela yemekten sonra istek baskılanıyordu geliyordu...”* (P16). Bu ifade, çevresel baş etmenin yalnızca uzak durma değil, riskli durumları önceden tanıma ve hazırlıklı olma şeklinde de işlediğini göstermektedir.

Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sürecinde çevresel düzenleme stratejilerinin önemli bir yer tuttuğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların bir bölümü tetikleyici ortamlardan uzaklaşarak, bir bölümü ise o ortamlar karşısında yeni bir tutum geliştirerek süreci yönetmiştir. Dolayısıyla sosyal çevre, sadece zorluk kaynağı değil; doğru yönetildiğinde baş etme sürecinin de bir parçası haline gelebilmektedir.

4.4.4 Profesyonel ve farmakolojik destekten yararlanma

Özellikle farmakolojik gruptaki katılımcıların anlatıları, profesyonel desteğin ve ilaç kullanımının sigara bırakma sürecinde önemli bir baş etme aracı olarak görüldüğünü göstermektedir. Bu destek kimi katılımcılar için doğrudan sigara isteğini azaltan bir araç, kimileri için düzenli takip ve moral desteği sağlayan bir yapı, kimileri için ise tek başına yapılamayacağı düşünülen bir süreci mümkün kılan bir dayanak olmuştur. Bununla birlikte bazı katılımcılar ilacı ancak kendi kararlılıklarıyla birlikte etkili görmüş, bazıları ise ilacı bırakma sürecinin kolaylaştırıcısı ama belirleyicisi olmayan bir unsur olarak değerlendirmiştir.

P2 profesyonel desteği çok boyutlu biçimde kullanmıştır: *“Karar aldıktan sonra Erzincan’da Sağlıklı Yaşam Merkezi’ne müracaat ettim. Hocalarımızın önerdiği bir çizelge doğrultusunda ilaç tedavisine başladım. Hem ilaç tedavisi hem aynı zamanda da kendim Yeşilay’a gitme kararı verdim. Bir psikolog eşliğinde terapilere katıldım...”* (P2). Bu ifade, bırakma sürecinin yalnızca ilaçla değil, takip, çizelge ve psikolojik destekle birlikte yönetildiğini göstermektedir.

P4 de profesyonel desteğin süreç üzerindeki etkisini ayrıntılı biçimde anlatmaktadır: *“Polikliniğe başvurdum ve poliklinikte işte ilk görüşmemizden sonra doktor tarafından hani biraz bir hafta boyunca kullanımı azaltmam söylenmişti... sonra bir hafta sonunda da işte ilaçla desteğe başladık ve ilacın zaten 5. günün sonunda artık sigarayı hiçbir şekilde canım istemiyordu.”* (P4). Aynı katılımcı daha sonra bu desteği şöyle özetlemektedir: *“İlaç desteği, hani aynı zamanda doktor desteği de benim için çok büyük etkendi. Haftada bir zaten doktorla görüşmeye geliyordum; hani oradaki görüşmelerimiz de benim için çok büyük destek, önem taşıyordu.”* (P4). Burada profesyonel ilişkinin yalnızca reçete vermekten ibaret olmadığı açıkça görülmektedir.

P6'nın anlatısı da benzer biçimde tıbbi yardımın işlevini ortaya koymaktadır: *“Bir gece bir karar aldım ve bunu nasıl bırakacağımı internete yazdığımda polikliniği çıktı. Hemen randevu buldum... iki gün sonra da gelip ilacı aldım ve direkt başladım.”* (P6). P16'nın anlatısı ise ilacın özellikle bırakma sürecinin ilk dönemindeki yoğun isteği azaltmadaki rolünü göstermektedir: *“İlk günler çok sinir, hararet ve çok istek yapıyoruz bir türlü bırakamıyordum. Hastaneden aldığım Nikitabs tabletler özellikle bu konuda çok yardımcı oldu çok baskıladı ilk dönemde.”* (P16).

P10'da profesyonel destek, düzenli izlem ve yakın temasla tanımlanmaktadır: *“Doktor yardımcı oldu bana... O sağ olsun beni her gün aradı, destek oldu bana. İlaçların dozlarını alırken işte ‘aldın mı, almadın mı’ mesaj attı, takibini yaptı... O önerdi zaten ‘gel şu sigarayı bırakalım’ diye.”* (P10). Bu anlatı, bırakma sürecinde sağlık profesyonelinin yalnızca klinik değil ilişkisel bir destek de sunduğunu göstermektedir.

P11 ise neden profesyonel yardıma başvurduğunu şu şekilde açıklamaktadır: *“Hemen polikliniğe başvurdum zaten, hani kendi başıma bunu yapamayacağımın, bir destek almam gerektiğinin farkındaydım.”* (P11).

P12, ilaç ve öz iradenin birlikte çalıştığını belirtmektedir: *“Yani o ilacın faydası olduğunu düşünüyorum. Yani ben kafamda zaten bitirmiştım, yani bırakmak istiyordum. Kendi azmimle daha çok bıraktığımı düşünüyorum.”* (P12). Bu ifade, farmakolojik desteğin ancak içsel kararlılıkla birleştiğinde anlam kazandığını düşündürmektedir.

P13 de benzer şekilde *“Aslında ikisi de yani sizin verdiğiniz ilaçlar sayesinde de oldu”* (P13) diyerek bu çift yönlü yapıyı vurgulamaktadır. P15 ise aynı noktayı daha açık ifade etmektedir: *“Her ikisi de birlikte diyelim. Ben bırakmayı düşünüyordum ama tıbbi yardım alarak bıraktım.”* (P15).

Non-farmakolojik grupta profesyonel destek çoğu zaman tercih edilmeyen ya da etkili bulunmayan bir seçenek olarak geçse de, bu durum da baş etme stratejilerinin kişisel niteliğini göstermesi açısından önemlidir. K3, daha önce nikotin bandını denediğini ama yarar görmediğini ifade etmektedir: *“Düşünmedim şöyle ki; daha öncesinde nikotin bandı denedim, işe yaramadığını gördüm.”* (K3). K14 de benzer biçimde *“Daha önce aldım, fayda görmediğimi düşündüm. O yüzden tekrar destek almayı düşünmedim.”* (K14) demektedir. K9'un anlatısı ise profesyonel desteğin neden yeterli bulunmadığını göstermektedir: *“Daha önceki süreçte aldım açıkçası. İlaç desteği sağladılar ama hani kısa süreli bir bırakma oldu*

fakat bu psikolojikmen beni yeteri kadar tatmin etmedi.” (K9). Bu ifadeler, profesyonel desteğin tek başına her katılımcı için aynı anlamı taşımadığını, bırakma sürecinin bireysel algılarla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde profesyonel ve farmakolojik destek, özellikle farmakolojik grupta baş etme repertuarının önemli bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır. İlaçlar sigara isteğini azaltma, ilk dönemin yoğunluğunu hafifletme ve kişiye bir başlangıç desteği sağlama bakımından işlevsel bulunmuştur. Ancak veriler aynı zamanda, bu desteğin en etkili olduğu durumların genellikle kararlılık, takip ve kişisel istekle birleştiği durumlar olduğunu da göstermektedir. Başka bir deyişle, profesyonel destek birçok katılımcı için bırakma sürecini “yerine yapan” değil, “yapılabilir kılan” bir araç olarak deneyimlenmiştir.

Katılımcı anlatılarında dikkat çeken ortak noktalardan biri, sigara isteğinin kalıcı değil geçici bir dalga olarak algılanmaya başlanmasıdır. Birçok katılımcı için kullanılan baş etme stratejileri aslında bu kısa süreli isteği atlatma mantığına dayanmaktadır. Yani amaç, bütün hayatı bir anda sigarasız sürdürmekten çok, o anki birkaç dakikayı ya da o günü sigarasız tamamlayabilmektir. Bu nedenle erteleme, meşguliyet oluşturma, yürüyüş yapma, su içme, duş alma ya da kısa bir fiziksel egzersiz gibi yöntemler etkili olabilmektedir.

K7’nin “Özellikle ilk üç gün. İlk üç günkü dirayet çok önemli. Bu üç gün bunu yapabileceğini gösteriyor aslında sana.” (K7) sözü, sürecin kısa vadeli eşiklerle kavrandığını göstermektedir. K12’nin “zamanla geçeceğini bilmeleri” vurgusu da aynı doğrultudadır. Farmakolojik grupta P2’nin “7-8 dakika aklıma geldiğinde bir şeylerle uğraştığım zaman o süreyi unuttuğum zaman 3-5 saat daha beni götürüyordu.” (P2) ifadesi, krizin kısa süreli doğasının deneyim içinde öğrenildiğini göstermektedir. P12’nin “5 dakika sonra, 10 dakika sonra” (P12) diyerek sürdürdüğü erteleme tekniği de bu zaman yönetimi yaklaşımının tipik bir örneğidir. P16’nın “2 dakika, 3 dakikadan fazla sürdüğünü hatırlamıyorum.” (P16) sözleri ise sigara isteğinin geçiciliğini fark etmenin başlı başına bir baş etme becerisine dönüştüğünü göstermektedir.

Bu ortak örüntü, sigara bırakma sürecinde kullanılan stratejilerin çoğunun “bir daha hiç istememek” yerine “istek geldiğinde onunla kalabilmek” mantığıyla işlediğini düşündürmektedir. Katılımcılar zamanla isteğin mutlak olmadığını, yükselip sünen bir dürtü olduğunu fark ettikçe baş etme kapasiteleri de artmıştır. Dolayısıyla bu süreçte geliştirilen stratejiler yalnızca davranış değiştirme teknikleri değil, aynı zamanda sigara isteğinin doğasına ilişkin yeni bir farkındalık üretmektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sürecinde kullanılan baş etme stratejilerinin tek bir yöntemden oluşmadığı, aksine birbirini tamamlayan çok katmanlı bir yapı oluşturduğu görülmektedir. Katılımcılar kimi zaman dikkat dağıtma ve ikame davranışlara, kimi zaman bilişsel telkin ve erteleme tekniklerine, kimi zaman da sosyal çevreyi düzenleme ya da profesyonel destekten yararlanma yollarına başvurmuştur. Bu stratejiler çoğu durumda birlikte kullanılmış ve bırakma süreci boyunca bireylerin sigara isteğini yönetmesine yardımcı olmuştur. Dolayısıyla sigara bırakma deneyimi, tek bir yöntemle dayanan doğrusal bir süreçten çok; bireyin davranışsal, bilişsel, sosyal ve kimi durumlarda profesyonel destek kaynaklarını birlikte kullanarak yönettiği çok boyutlu bir baş etme süreci olarak ortaya çıkmaktadır.

4.5 Sigara Bırakma Sonrası Yaşanan Değişimler

Katılımcı anlatıları sigaranın bırakılmasının yalnızca sigara kullanımının sonlanması anlamına gelmediğini, aynı zamanda beden, gündelik yaşam, duygudurum ve sosyal ilişkiler üzerinde çok yönlü bir dönüşüm yarattığını göstermektedir. Görüşmelerde sigara bırakma sonrasında en sık vurgulanan değişimler; nefes alma kapasitesinde artış, tat ve koku duyularında belirginleşme, beden ve çevre temizliğine ilişkin farkındalık, psikolojik rahatlama, özgürleşme hissi ve yaşam kalitesinde artış olmuştur. Bununla birlikte bazı katılımcılar bırakma sonrasında kilo artışı, iştah değişimi, sinirlilik, geçici huzursuzluk ya da ağız içi problemler gibi olumsuz ya da zorlayıcı deneyimler de yaşamıştır. Bu durum, sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimlerin yalnızca olumlu deneyimlerden ibaret olmadığını; buna karşın geçici olumsuzlukların çoğu katılımcı tarafından bırakmanın genel kazanımları içinde ikincil düzeyde değerlendirildiğini göstermektedir.

Veriler, bırakma sonrasındaki değişimlerin hem farmakolojik hem de non-farmakolojik grupta belirgin biçimde deneyimlendiğini göstermektedir. Bununla birlikte her iki grupta da bu değişimlerin ifade ediliş biçimi farklılık gösterebilmektedir. Bazı katılımcılar daha çok somut fiziksel rahatlamalardan söz ederken, bazıları sigarasızlığın getirdiği iç huzuru, özgüven artışı ya da sosyal rahatlama üzerinde durmuştur. Bu çerçevede sigara bırakma sonrası yaşanan değişimler; fiziksel sağlık ve nefes kapasitesinde iyileşme, tat ve koku duyusu ile temizlik algısındaki değişimler, psikolojik rahatlama ve özgüven artışı ile bırakma sonrasında deneyimlenen geçici olumsuz etkiler başlıkları altında ele alınmıştır.

4.5.1 Fiziksel sağlık ve iyileşmeler

Katılımcıların önemli bir bölümü sigarayı bıraktıktan sonra en belirgin değişimin solunum sistemiyle ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Özellikle nefes darlığının azalması, merdiven çıkarken zorlanmama, sabah yorgunluğunun hafıflemesi, öksürük ve balgamın azalması gibi bedensel iyileşmeler anlatıların merkezinde yer almaktadır. Bu ifadeler, sigaranın bırakılmasının katılımcılar tarafından çoğu zaman ilk olarak “nefes” üzerinden deneyimlendiğini göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta K3, sigarayı bıraktıktan sonra yaşadığı bedensel değişimi oldukça çarpıcı bir biçimde ifade etmektedir: *“Yani bıraktıktan sonra herkes cildimin çok güzelleştiğini, çok gençleştiğini, daha açıldığını; yani sigara içtiğinde daha karakuruydun diyorlar, çoğunluk öyle dedi. Bırakınca böyle bir yüzüm açılmış, ten rengim açılmış öyle dediler. Sonra çok balgamım vardı, balgamım olmadığını hissetmek çok garip bir duyguydu. Hep böyle öksürme isteği gelirdi. Sonrasında dedim ki yani o kadar derin nefesler alabilmeye başladım ki ayak parmağımın ucuna kadar oksijenimin gittiğini hissettim.”* (K3). Bu ifade, bırakma sonrasında yalnızca semptomların kaybolmadığını, bedenin yeniden fark edilmeye başlandığını göstermektedir. Aynı katılımcının *“Dediğim gibi öncelikle nefes alabildim. Kokuları daha güzel almaya başladım. Özgürlüğüme kavuştum.”* (K3) sözleri de fiziksel rahatlamının psikolojik bir özgürleşme duygusuyla birleştiğini düşündürmektedir.

K4 de benzer biçimde fiziksel kapasitedeki artışı günlük yaşam üzerinden anlatmaktadır: *“Birincisi, gerçekten sağlığı hissettim. Önceden iki kat çıkamayan ben, 5-6 katı çok rahat, dinlenmeden, yorulmadan, nefesim tıkanmadan çıkmaya başladım. Uzun mesafe yürümeye başladım.”* (K4). Burada sağlık soyut bir kavram olmaktan çıkmakta, doğrudan hareket kabiliyeti ve gündelik işlevsellikteki artış üzerinden somutlaşmaktadır.

K7’nin anlatısında uyku kalitesi ve sabah nefesi öne çıkmaktadır: *“Sağlık yönünden çok ciddi değişimler oldu. Uyku kalitemin arttığını gözle görülür şekilde hissettim. Nefesim açıldı. Beni bu kararı almaya iten en büyük sebep de buydu; sabahları nefesi zor alıyordum, ciğerlerim baskılanıyormuş gibi hissediyordum.”* (K7). Bu ifade, sigara bırakma sonrası iyileşmenin yalnızca efor sırasında değil, dinlenme halinde ve günün başlangıcında da fark edildiğini göstermektedir.

K11 de fiziksel değişimi doğrudan solunumla ilişkilendirmiştir: *“Olumluydu. O nefesime eşlik eden hırıltı diyeceğim şeyler kayboldu. Özellikle merdiven çıkmalarda o hırıltılar tükendi. Daha sağlıklı, zinde olduğuma dair bir hissiyatla yaşadım.”* (K11).

K12, sigara bırakma sonrasında gündelik yaşamda hissettiği değişimleri şöyle aktarmaktadır: *“Daha enerjik, sabahları kalkarken yorgunluk yok, en önemlisi balgam atmıyorsunuz, vücudunuzda kötü koku yok. Bir fıs parfümle iki üç gün idare edebiliyorsunuz. Birinin yanından geçtiğimde o koku şu an bana çok acayip geliyor, o insanın sigara içtiğini anlayabiliyorum. Çok fark etti.”* (K12).

K16 da sigarasız yaşamdaki bedensel farkı enfeksiyon deneyimi üzerinden açıklamaktadır: *“Daha temiz bir ortam oldu, daha sağlıklı hareketler oldu. Sporla biraz daha ilgilenmeye başladık. Nefes alışlarımız değişti. Mesela bir gribal enfeksiyon geçiriyorsun; sigara içtiğin dönemlerle içmediğin dönemler çok fark ediyor, çok daha rahat atlatabiliyorsun.”* (K16).

Farmakolojik grupta da benzer fiziksel iyileşmeler yaygın biçimde dile getirilmiştir. P3, bırakma sonrasındaki değişimi oksijen alma hissiyle anlatmaktadır: *“Aldığım nefesi, hatta oksijeni hissetmeye başladım bir süre sonra. Sürekli çay-sigara, çay-sigara yapıp bünyemizi bozuyormuşuz.”* (P3). P6 ise daha çok duyuşsal ve bilişsel netlik üzerinden konuşsa da bedensel rahatlamaya işaret etmektedir: *“Artık kokular, tatlar daha iyi almaya başladım. Onun haricinde artık daha iyi odaklanabiliyorum; aslında sigaradan daha iyi odaklandığımı düşünüyordum, aslında odağımı bölüyormuş. Sigarasız daha iyi odaklanabiliyorum.”* (P6). Burada sigarasızlık, bedensel rahatlamayla birlikte zihinsel berraklık olarak da deneyimlenmektedir.

P7, bırakma sonrası yaşadığı bedensel farkı yeme içme ve gündelik yakınlık üzerinden ifade etmektedir: *“Daha keyif alıyorum yediğim yemekten. En azından üstüm başım kokmuyor, etrafımdaki insanlara daha iyi yaklaşabiliyorum.”* (P7). P8 ise değişimi yaşam kalitesi kavramıyla özetlemektedir: *“Ya şöyle hayat kalitemin arttığını düşünüyorum. İşte nefesim açıldı... Hani üstüm başım daha böyle temiz, daha özgüvenli oluyor insan.”* (P8).

P10’un anlatısı daha işlevsel bir çerçevededir: *“Yaşam kalitem değişti. Elim, ayağım, ağzım kokmuyor en azından. Yürürken daha fazla yol mesafe katediyorum. Nefes alırken daha rahat nefes alıyorum. Ondan sonra ne bileyim çocuklarına daha rahat sarılabiliyorsun; çünkü elin ağzın kokuyordu öbür türlü, o vücudun elbiselerin kokuyordu ister istemez.”* (P10).

P12 de fiziksel iyileşmeyi boğaz ve nefes deneyimi üzerinden aktarmaktadır: *“Boğazımda yanmalar, ağrılar oluyordu, böyle kronik böyle sanki keh keh öksürükler oluyordu. Nefes*

almam biraz merdiven çıktığım zaman falan böyle nefes darlığı falan oluyordu. Şimdi biraz daha böyle sanki fresh, daha böyle güzel oksijen alıyormuşum gibi hissediyorum.” (P12).

P14 ise değişimi açık biçimde performansla ilişkilendirmektedir: *“Daha önce bıraksaydım keşke... Sağlığımda çok farklılık hissettim; yolda yürüme, koşu olsun her şeyde değişiklik oldu. Nefes almam bile değişti, yemeğin tadını almam farklılaştı.” (P14).*

P15 de uyku ve solunum açısından olumlu değişim yaşamıştır: *“Daha kaliteli uyuyorum, uykusuzluk problemim vardı o azaldı. Uyurken horluyordum, nefes darlığı oluyordu onlar kalktı.” (P15).* P16 ise beden performansındaki yükselmeyi daha genel bir dille özetlemektedir: *“Kesinlikle çok daha iyiyim, çok daha enerjğim, çok daha sağlıklı hissediyorum, çok daha hareketli ve güçlü hissediyorum.” (P16).*

Bu anlatılar birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sonrası fiziksel değişimlerin katılımcılar tarafından en görünür kazanımlar arasında değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Özellikle nefes alma, hareket etme, uyuma ve bedensel canlılık alanlarındaki iyileşmeler, bırakma kararının doğruluğunu güçlendiren somut geri bildirimler olarak yaşanmaktadır.

4.5.2 Duyusal farkındalık ve temizlik algısındaki değişimler

Sigara bırakma sonrasında katılımcıların en sık vurguladığı bir diğer değişim alanı tat ve koku duyularındaki iyileşme ile beden ve çevre temizliğine ilişkin farkındalığın artmasıdır. Birçok katılımcı sigara içtiği dönemde fark etmediği kötü kokuları bırakma sonrasında yoğun biçimde fark ettiğini ve yemeklerin tadını daha iyi almaya başladığını belirtmiştir. Bunun yanında katılımcılar hem kendi bedenlerine hem de çevrelerine daha temiz bir duyusal deneyimle yaklaşabildiklerini ifade etmiştir. Bu durum, sigarasız yaşama geçişin yalnızca sağlıkla değil, duyusal dünyayla kurulan ilişkinin dönüşmesiyle de ilgili olduğunu göstermektedir.

Non-farmakolojik grupta K6 bu değişimi son derece canlı bir biçimde dile getirmektedir: *“Çok şey değişti. Şöyle ki; yediğim yemeğin tadını almaya başladım. Örneğin çok acı biberi nasıl yediğimi bilmezdim, çünkü ağzımda yanma hissi oluşmazdı. Sigarayı bıraktıktan 3 gün, 5 gün, 10 gün sonra yediğim yemeklerin tadını almaya başladım. Yediğim biberin acılığını hissetmeye başladım, daha çok hissetmeye başladım. Ağzım yanıyordu. Yani yediğim içtiğim her şeyin tadını almaya başladım diyebilirim.” (K6).* Bu ifade, bırakma sonrasında duyusal algının adeta yeniden açıldığını göstermektedir.

K8 de benzer şekilde koku ve tat algısındaki iyileşmeyi vurgulamaktadır: *“Koku ve tat alma duygularında değişim ve gelişim oldu; hatta bazen şu anda koku alması sanki çok daha iyi, bazı şeyler rahatsız ediyor gibi.”* (K8). Aynı zamanda sigara içtiği dönemde çevresine verdiği rahatsızlığı da daha sonra fark ettiğini belirtmektedir: *“Sigara içtiğim zamanlarda fark etmediğim o etrafıma vermiş olduğum rahatsızlık hissini şu anda yaşadığım için aslında geçmişe dair utanç duymakla beraber şu anda da öyle bir kimseye zarar vermediğim için mutluluk hissediyorum.”* (K8). Burada duyuşal farkındalık, ahlaki ve sosyal bir farkındalıkla birleşmektedir.

K12, temizlik ve koku farkındalığındaki değişimi gündelik yaşam pratikleri üzerinden aktarmaktadır: *“Daha enerjik, sabahları kalkarken yorgunluk yok, en önemlisi balgam atmıyorsunuz, vücudunuzda kötü koku yok. Bir fıs parfümle iki üç gün idare edebiliyorsunuz. Birinin yanından geçtiğimde o koku şu an bana çok acayip geliyor, o insanın sigara içtiğini anlayabiliyorum.”* (K12).

K14 de bırakma sonrası yaşanan en büyük değişimi koku üzerinden tanımlamaktadır: *“Kıyafetlerim sigara kokmuyor, ben sigara kokmuyorum. Sigara içmek için bir yerden bir yere gitmem gerekirdi sıklıkla, buna gerek kalmıyor artık.”* (K14). K13 ise bu durumu şöyle ifade etmektedir: *“En azından şimdi sigara kokusu yok. Geniz akıntım oluyordu ondan kurtuldum, burnum tıkanıyordu...”* (K13) diyerek koku ve üst solunumla ilgili farkı vurgulamaktadır.

K1’de de temizlik ve koku farkındalığı belirgindir: *“Artık sigara kokusu sizi rahatsız etmeye başlıyor, elbiseleriniz kokmuyor artık.”* (K1). K11 ise bu değişimi daha genel ama güçlü bir ifadeyle özetlemektedir: *“Ekonomi düzeldi, sağlığımız düzeldi, psikolojimiz düzeldi. Koku; mesela bir sigara içen adam koridorun başından girince koku olumsuz anlamda geliyordu.”* (K11). K5 de sigarasız yaşamla birlikte pasif etkilenime dair farkındalığının arttığını söylemektedir: *“İçmediğiniz zaman ben o zaman insanların ne kadar çok zarar verdiğini fark ettim. Yani içmeyen bir insan düşünün, benim içtiğim sigaradan belki de hasta oldu, belki de rahatsız oldu.”* (K5).

Farmakolojik grupta P2 bu değişimi oldukça somut biçimde anlatmaktadır: *“İştahım açıldı, suyun tadını aldım. Yani artık terimin güzel koktuğunu hissettim. Bir de yani yemeklerden, yeme içmekten yani tat alıyorum şu an.”* (P2). P9 da benzer biçimde *“Çok güzel oldu, sağlığım yerine geldi, nefesimi düzgün aldım. Bir iştahım da açıldı. Yemek yiyorum, en azından yemeğin tadını alıyorum.”* (P9) demektedir. Bu ifadeler, sigaranın yalnızca sağlığı değil, günlük yeme içme deneyimini de körelttiğini düşündürmektedir.

P10'un anlatısında temizlik ve bedensel rahatlık birlikte görünmektedir: *"Elim, ayağım, ağzım kokmuyor en azından... çocuklarına daha rahat sarılabiliyorsun; çünkü elin ağzın kokuyordu öbür türlü, o vücudun elbiselerin kokuyordu ister istemez."* (P10). P15 de bunu benzer bir duyguyla aktarmaktadır: *"Sigaranın o kötü kokusu yok artık, çevrenizi rahatsız etmiyorsunuz, çocuklarınıza daha rahat sarılabiliyorsunuz."* (P15). P4 ise başarma duygusunu koku üzerinden güçlendirmektedir: *"Artık dışarıda sigara içen insanların kokusunu aldığımda 'ah ben de böyle kokuyordum, gerçekten şimdi öyle kokmadığım için çok mutluyum' diyorum."* (P4).

P6'nın *"Şu an özellikle aklıma gelen bir şey yok ama artık daha temiz kokuyorum. Elim kokmuyor, işte sabah kalktığım zaman o kötü tat ağzımda olmuyor."* (P6) ifadesi, sigarasızlığın küçük ama sürekli hissedilen günlük kazanımlarını göstermektedir. P8 de *"Psikolojik olarak şöyle bir rahatlama hissim oldu ama fiziksel olarak pek bir şey yaşamadım ya. Yani şöyle; kokusu, işte o ağzımdaki kötü tadı falan onları saymazsak..."* (P8) diyerek, fiziksel değişimi sınırlı hissetse bile koku ve tat farkını belirgin biçimde ayırt etmektedir.

Bu anlatılar birlikte ele alındığında, sigara bırakma sonrasında katılımcıların duyuşal dünyasında belirgin bir açılma yaşandığı söylenebilir. Yemeklerin tadını yeniden almak, beden ve kıyafetlerin kötü kokmaması, başkalarının sigara kokusunu fark eder hale gelmek ve çevreyi rahatsız etmeme bilinci geliştirmek, sigarasız yaşamın katılımcılar açısından önemli kazanımlarındandır. Bu kazanımlar, bırakma sürecinin sürdürülmesinde önemli pekiştirici unsurlar olarak işlev görmektedir.

4.5.3 Psikolojik iyilik hali ve özgüven artışı

Sigara bırakma sonrası değişimler yalnızca bedensel iyileşmelerle sınırlı değildir. Katılımcıların önemli bir bölümü sigarayı bıraktıktan sonra psikolojik olarak daha rahat, daha özgür, daha huzurlu ve daha güçlü hissettiklerini ifade etmiştir. Özellikle bağımlılığın ortadan kalkmasıyla birlikte kişinin kendisini daha bağımsız hissetmesi, kendi yaşamı üzerinde denetim kurduğunu düşünmesi ve başardığı bir deneyim üzerinden gurur geliştirmesi bu alt temanın temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Non-farmakolojik grupta K3, bu psikolojik dönüşümü doğrudan özgürlük kavramı üzerinden anlatmaktadır: *"Özgürlüğüme kavuştum. Yani hep ona; 'Ay sigaram var mı? Çakmağım yanımda mı?'... Özgürlüğe kavuştum yani gerçekten kendimi özgür hissediyorum."* (K3). Bu

ifade, sigarasız yaşamın katılımcı için yalnızca sağlıklı olmak değil, sürekli planlama ve kontrol etme yükünden kurtulmak anlamına geldiğini göstermektedir.

K4 de benzer biçimde bağımlılıktan kurtulmayı özgürleşme olarak tanımlamaktadır: *“Bir bağımlılık olmayınca insan kendini daha özgür hissediyor.”* (K4). K7 ise bu değişimi yükten kurtulma duygusuyla dile getirmektedir: *“Onun haricinde bir yükten kurtulmuş gibi hissettim kendimi.”* (K7). K8, bırakma sonrasındaki ruh halini daha manevi bir çerçevede açıklamaktadır: *“Dini açıdan, manevi açıdan daha huzurlu hissediyorum; en azından bir kötü alışkanlıktan, bir günahtan da kurtuldum. Sigara içtiğim zamanlarda fark etmediğim o etrafıma vermiş olduğum rahatsızlık hissini şu anda yaşadığım için aslında geçmişe dair utanç duymakla beraber şu anda da öyle bir kimseye zarar vermediğim için mutluluk hissediyorum.”* (K8). Bu anlatı, sigarasızlığın bazı katılımcılarda yalnızca sağlık değil vicdani ve manevi bir ferahlama da yarattığını göstermektedir.

K15’te bırakma sonrasındaki psikolojik iyilik hali daha pozitif ve canlı bir dille aktarılmaktadır: *“Fiziksel olarak kendimi daha güçlü hissettim, vücudumun yenilendiğini hissettim. Psikolojik olarak da zararlı bir şeyi bırakmanın hevesi ve neşesi içinde oldum.”* (K15). K10 ise sigarasızlık sonrasında yaşadığı içsel ferahlık hissini temizlik metaforu üzerinden ifade etmektedir: *“Ne bileyim, böyle bir temizlik, hijyen daha çok böyle... Vardı da böyle sanki içlerim böyle daha bir temizleşiyor gibi.”* (K10). K1 de bırakma sonrasında sosyal rahatlamının arttığını belirtmektedir: *“Bir restorana falan gittiğinizde oturup bir yere gittiğinizde zırt pırt dışarı çıkmak zorunda kalmıyorsunuz, hani daha fazla oturup işte sohbet edebiliyorsunuz.”* (K1). Bu ifade, sigarasızlığın sosyal ilişkilerin akışını da olumlu etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Farmakolojik grupta P1 bırakma sonrasındaki psikolojik değişimi güçlü bir özsaygı ifadesiyle anlatmaktadır: *“Kendimle gurur duydum sadece. ‘Şu mucizevi değişiklik oldu’ demeyeceğim. Kendimle gurur duydum.”* (P1). Burada bırakma sonrası kazanım, beden değişiminden çok kişinin kendi kendisine bakışının dönüşmesiyle ilgilidir. P4 de benzer biçimde *“Kendimi çok mutlu hissediyorum sigara içmediğim için. Öncelikle zaten kendim hani hedeflediğim ve istediğim bir şeyi başardığım için çok mutluyum.”* (P4) demektedir. Bu ifade, bırakmanın katılımcı için bir başarı deneyimi olduğunu açıkça göstermektedir.

P8, özgüven artışını açık biçimde vurgulamaktadır: *“Ya şöyle hayat kalitemin arttığını düşünüyorum. İşte nefesim açıldı... Hani üstüm başım daha böyle temiz, daha özgüvenli oluyor insan.”* (P8). P14’ün anlatısında ise sigara sonrası yaşam daha geniş bir sosyal açılım olarak

görülmektedir: *“Sağlığım ile ilgili bayağı şeyler değişti, daha iyi oldum. Öz güvenim geldi. Önceden sigara içince vakit geçirmek için hemen sigaraya yönelirdim, şimdi sosyalleşme daha çok oldu.”* (P14). P3, bırakmayı psikolojik bir rahatsızlıktan kurtulma olarak anlamlandırmaktadır: *“Yani psikolojik olarak o rahatsızlıktan kurtulduğumu hissettim. Bir bağlılık var yani, reddedemiyorsun bunu.”* (P3). P16 da daha düzenli ve üretken bir yaşama geçtiğini vurgulamaktadır: *“Daha iyi beslenmeye başladım sporumu, eskiden hep ertelediğim işleri çok daha iyi ve düzenli bir şekilde yapmaya başladım, iş performansım arttı yani hayat kalitem her türlü arttı diyebilirim.”* (P16).

Bu veriler bir arada değerlendirildiğinde, sigara bırakmanın katılımcılar için yalnızca bir kayıptan vazgeçme değil, yeni bir öznel güçlenme deneyimi anlamına geldiği görülmektedir. Özgürleşme, huzur, gurur, özgüven ve iç temizlik hissi, bırakma sonrasındaki deneyimin önemli psikolojik boyutlarını oluşturmaktadır. Bu anlatılar, sigarasız yaşamın birçok katılımcı tarafından yalnızca sigara içmemek olarak değil; kendine bakışın, özsaygının ve içsel rahatlığın değiştiği bir dönem olarak yaşandığını göstermektedir.

4.5.4 Bırakma sonrası yaşanan geçici olumsuz deneyimler

Katılımcılar sigara bırakma sonrasında pek çok olumlu değişimden söz etmiş olsa da, veriler bu dönemin bazı geçici olumsuzluklar ve uyum güçlükleri de içerebildiğini göstermektedir. En sık dile getirilen olumsuz deneyimler; kilo alma, iştah artışı, sinirlilik, agresifleşme, ağız içi yaralar, kabızlık, bağırsak sorunları ve boğazda gıcık hissi olmuştur. Ancak dikkat çekici olan nokta, katılımcıların büyük çoğunluğunun bu etkileri bırakmanın doğal ama geçici bir bedeli olarak yorumlamasıdır.

Non-farmakolojik grupta K5, sigara bırakma sonrasında yaşadığı bedensel değişimi şöyle anlatmaktadır: *“67 kiloydum ben sigarayı bıraktığımda. Daha sonra hızlı bir şekilde kilo aldım, 90 kiloya kadar çıktım o süreçte, yani o birkaç yıl içerisinde. Ondan sonra da zaten hayatınız bir normal düzene giriyor.”* (K5). Aynı katılımcı psikolojik etkileri de eklemektedir: *“Yalnız o süreçte biraz agresif ve sinirli olmaya başladım. Onu da bir şekilde yendik.”* (K5). Bu ifade, bırakma sonrası dönemin hem bedensel hem duygusal bir yeniden ayarlama süreci olduğunu göstermektedir.

K7 de kilo artışını vurgulamaktadır: *“İlk 3 ve 6. aya kadar ciddi anlamda kilo alıyorsun. Bunu kontrol etmezsen gidiyor. Bende de o bir şey oldu yani, 3 ya da 4 kilo aldım yanlış hatırlamıyorsam.”* (K7). K12’de hem ağız içi sorunlar hem kilo alma birlikte geçmektedir: *“Bu*

ağızda bir aft olayı çıktı... Orada biraz sıkıntılarım oldu. Onun haricinde fiziksel olarak tabii kilo alıyorsunuz ama o kilo tabii yani o biraz da size bağlı olan bir şey.” (K12). K14 de benzer biçimde “Kilo aldım. %10 kadar kilo artışı oldu.” (K14) demektedir. K16 ise bu değişimi daha ölçülü bir tonla şöyle ifade etmektedir: “Fakat fiziksel olarak biraz kilo almaya başladım. Her fırsatta sigara içme yerine yeme alışkanlığı getirdiğimiz için öyle oldu ama aşırı bir kilodan bahsetmiyorum; bir 8-10 kilo kadar aldık.” (K16).

K4’te ağız yaraları ön plana çıkmaktadır: *“Fiziksel değişim olarak ağzımın içi hep yara oldu. Belki de önceden olan yaraları nikotinden hissetmiyordum. O yaranın geçmesinde biraz zorlandım.” (K4). K13 ise psikolojik ve bedensel zorlukları birlikte aktarmaktadır: “Valla bir müddet mutsuz oldum. Ondan sonra psikolojik olarak mutsuz oldum. Fiziksel olarak da çok afedersiniz kabızlık yaşadım. Ondan sonra kendiliğinden normale döndü yani.” (K13). Bu anlatı, bırakma sonrası olumsuzlukların süreklilik göstermediğini, zamanla yatıştığını da göstermektedir.*

Farmakolojik grupta da benzer uyum sorunlarının dile getirildiği görülmektedir. P2, bırakma sonrasında belirgin kilo aldığını söylemektedir: *“Yani fiziksel olarak kilo aldım, çok zayıftım; aşağı yukarı bir 15 kilo civarında aldım. İştahım açıldı...” (P2). P4 bağırsak ve metabolizma sorunlarını ayrıntılı biçimde dile getirmektedir: “Bırakmaya başladığım ilk dönemlerde özellikle metabolizmamda büyük bir oranda yavaşlama oldu. İlk iki hafta içerisinde, üç hafta içerisinde bağırsak problemi yaşadım.” (P4). P5’te boğaz semptomları öne çıkmaktadır: “Bıraktıktan sonra zorlayan en büyük şey de boğazımda bir gıcık olayı oluştu. Bu 5-6 ay sürdü.” (P5). Aynı katılımcının “Ben onda şuna bağladım yani bu hayra alamet dedim temizleniyor boğazlarım” (P5) demesi, olumsuz bedensel belirtileri iyileşmenin işareti olarak yorumladığını göstermektedir.*

P7, sigara bırakma sonrası yoğun sinirliliği şu şekilde anlatmaktadır: *“Bıraktıktan sonra böyle 5-6 ay çok fazla sinirlendim, en ufak şeyi bile kafaya taktım... Sıkıntılı bir dönem geçti yani hemen sinirlendim, en ufak şeye tepki vermeye başladım.” (P7). P11 de benzer biçimde “Fevri, fevri hareket yani bir anlık sinir patlamaları. Yani hala çıkamadım hala var.” (P11) diyerek bu duygusal dalgalanmanın bazı katılımcılarda daha uzun süre devam edebildiğini göstermektedir. P12 ise bırakma sonrası dönemi “Sinirleniyordum biraz daha sabırsızdım, agresiftim. Yani sonra yavaş yavaş geçti.” (P12) sözleriyle özetlemektedir.*

P14’te psikolojik ve bilişsel zorluklar birlikte yer almaktadır: *“Biraz sinirlilik oluyordu. Bir de konuşma güçlüğü çekiyordum, muhabbet ederken kendimi ifade edemiyordum, dilim uyuşuyor*

gibi oluyordu.” (P14). P15 de sigara bırakmanın ilk haftalarını zorlayıcı bulan katılımcılardandır: *“İlk 20 gün, ilk 40 gün bayağı zor geçti ama şu anda hiçbir sorunum yok yani.”* (P15). Bu ifade, olumsuz etkilerin özellikle erken dönemde yoğunlaştığını ve daha sonra azaldığını göstermesi bakımından önemlidir.

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sonrasındaki geçici olumsuz etkilerin bırakma deneyiminin doğal bir parçası olarak yaşandığı söylenebilir. Ancak katılımcıların çoğu bu etkileri bırakmanın yanlışı olduğuna dair bir işaret olarak değil, geçiş döneminin bedeli olarak yorumlamıştır. Bu da sigara bırakma sonrası uyum sürecinde yaşanan zorlukların, yeterli kararlılık ve anlamlandırma ile tolere edilebildiğini göstermektedir.

Katılımcı anlatıları bütüncül olarak değerlendirildiğinde, sigarayı bırakmanın yaşam kalitesini çok boyutlu biçimde artırdığı görülmektedir. Bu artış yalnızca belirli semptomların azalmasıyla sınırlı değildir; beden sağlığı, ruh hali, aile ilişkileri, toplumsal etkileşimler, ekonomik farkındalık ve gündelik yaşam pratikleri üzerinde bütüncül bir dönüşüm olarak deneyimlenmektedir. Birçok katılımcı sigarayı bıraktıktan sonra yaşamlarının “daha temiz”, “daha rahat”, “daha kaliteli” ve “daha kontrollü” hale geldiğini ifade etmiştir.

Non-farmakolojik grupta K16 bu dönüşümü şu sözlerle dile getirmektedir: *“Daha temiz bir ortam oldu, daha sağlıklı hareketler oldu. Sporla biraz daha ilgilenmeye başladık. Nefes alışlarımız değişti.”* (K16). K4 ise sağlık, özgürlük ve ekonomik rahatlamayı birlikte vurgulamaktadır: *“Bir bağımlılık olmayınca insan kendini daha özgür hissediyor. Bir de paramın bereketi oldu işin gerçeği.”* (K4). Benzer biçimde K11, *“Ekonomi düzeldi, sağlığımız düzeldi, psikolojimiz düzeldi.”* (K11) sözleriyle sigara bırakmanın yaşamın farklı alanlarında yarattığı olumlu değişimleri bir arada ifade etmektedir. K1’in *“zırt pırt dışarı çıkmak zorunda kalmıyorsunuz.”* (K1) ifadesi ise sigarasız yaşamın gündelik zaman kullanımını ve sosyal etkileşimi de olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Farmakolojik grupta da yaşam kalitesindeki artış benzer biçimde dile getirilmiştir. P8 *“Hayat kalitemin arttığını düşünüyorum.”* (P8) derken, P10 *“Yaşam kalitem değişti.”* (P10), P16 ise *“hayat kalitem her türlü arttı diyebilirim.”* (P16) ifadelerini kullanmaktadır. P15’in *“çocuklarınıza daha rahat sarılabiliyorsunuz. Ondan dolayı bir huzurunuz var yani.”* (P15) sözleri, yaşam kalitesindeki değişimin aile içi ilişkiler ve duygusal temasla da bağlantılı olduğunu göstermektedir. P1’in *“Bana uygun olan yaşam şekli buydu zaten.”* (P1) ifadesi ise sigarasız yaşamın bazı katılımcılar için yalnızca daha sağlıklı değil, aynı zamanda kişisel olarak daha anlamlı ve kendilerine daha uygun bir yaşam biçimi olarak deneyimlendiğini düşündürmektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimlerin katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından olumlu ve kalıcı kazanımlar olarak anlamlandırıldığı görölmektedir. Her ne kadar bırakma sonrasındaki ilk dönem bazı fiziksel ve psikolojik uyum güçlükleri içerse de, anlatılar sigarasız yaşamın genel olarak daha sağlıklı, daha temiz, daha özgür ve daha huzurlu bir yaşamla ilişkilendirildiğini göstermektedir. Bu yönüyle sigarayı bırakma deneyimi, katılımcıların çoğu için yalnızca zararlı bir alışkanlıktan vazgeçme değil, aynı zamanda yaşamın niteliğini yeniden kurma ve yaşam kalitesini artırma süreci olarak değerlendirilebilir.



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin sigara bırakma deneyimleri nitel araştırma yöntemi ile incelenmiştir. Katılımcı anlatılarının tematik analizi sonucunda elde edilen bulgular sigara kullanımına başlama deneyimi, sigara bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan güçlükler, sigara isteği ile baş etme stratejileri ve sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimler olmak üzere birden fazla boyut etrafında şekillenmiştir. Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde sigara bırakma sürecinin yalnızca nikotin bağımlılığının fizyolojik yönü ile açıklanamayacak; psikolojik, davranışsal ve sosyal bileşenleri içeren çok boyutlu bir deneyim olduğu görülmektedir. Bu durum sigara bırakma davranışının biyopsikososyal bir çerçevede ele alınması gerektiğini vurgulayan mevcut literatür ile uyumludur (110, 111).

Araştırma bulguları sigara kullanımına başlama sürecinin çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde gerçekleştiğini ve bu süreçte arkadaş çevresi, merak ve sosyal uyum ihtiyacının önemli rol oynadığını göstermektedir. Katılımcıların anlatılarında sigaraya başlama çoğu zaman sosyal ortam içinde gelişen bir davranış olarak ifade edilmiştir. Bu bulgu literatürde akran etkisinin sigaraya başlama davranışı üzerindeki güçlü rolünü gösteren çalışmalarla uyumludur. Özellikle genç bireylerde arkadaş çevresinde sigara kullanımının yaygın olması sigaraya başlama olasılığını anlamlı düzeyde artırabilmektedir (112). Akran normlarının riskli davranışların benimsenmesi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar da genç bireylerin sosyal kabul ve aidiyet arayışı nedeniyle sigara gibi davranışları deneyimleyebildiğini göstermektedir (113). Katılımcı anlatılarında sigaraya başlama sürecinin çoğu zaman “merak”, “deneme” ve “özentî” gibi ifadelerle açıklanması sigara kullanımının başlangıçta deneysel bir davranış olarak ortaya çıkabildiğini düşündürmektedir. Nitel araştırmalar sigara kullanımının ilk aşamalarında bireylerin sigarayı çoğu zaman geçici bir deneyim olarak değerlendirdiğini, ancak zamanla bu davranışın günlük rutinlerle bütünleşerek alışkanlığa dönüştüğünü göstermektedir (99, 113, 114). Bu süreçte nikotinin nörobiyolojik etkileri de sigara kullanımının sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Nikotin beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin salınımını artırmakta ve ödül sistemini aktive etmektedir. Bu mekanizma sigara kullanımının pekiştirici bir davranış haline gelmesine neden olmakta ve zaman içinde bağımlılık gelişimine katkı sağlamaktadır (3, 4, 115). Araştırmada elde edilen bulgular sigaraya başlama davranışının yalnızca biyolojik bağımlılığın başlangıcı olarak değil, aynı zamanda sosyal kimlik ve gündelik yaşam pratikleri ile ilişkili bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle genç erişkinlik döneminde sigara

kullanımı bazı bireyler için sosyal etkileşimlerin bir parçası veya yetişkinliğe geçişin sembolik bir göstergesi olarak deneyimlenebilmektedir. Sigara kullanımının kimlik ve sosyal aidiyet ile ilişkisini inceleyen meta-etnografik çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (16, 116). Bu çalışmalar sigara kullanımının bazı sosyal ortamlarda grup aidiyetini güçlendiren bir davranış olarak algılanabildiğini göstermektedir.

Araştırma bulguları sigara bırakma kararının çoğu katılımcı için tek bir nedene bağlı olarak gelişmediğini, aksine zaman içinde biriken sağlık kaygıları, sosyal rahatsızlıklar ve bireysel farkındalık süreçlerinin birleşmesiyle ortaya çıktığını göstermektedir. Katılımcı anlatılarında özellikle nefes darlığı, fiziksel performans düşüklüğü ve genel sağlık kaygısının bırakma kararında önemli rol oynadığı görülmektedir. Sağlık kaygısının sigara bırakma motivasyonu üzerindeki güçlü etkisi literatürde de sıklıkla vurgulanmaktadır. Sigara içen bireylerin önemli bir kısmının sigarayı bırakma girişimlerini sağlıkla ilgili farkındalık artışı sonrasında gerçekleştirdiği bildirilmektedir (79, 117). Benzer şekilde sağlık tehdidi algısının davranış değişimini tetikleyebileceğini gösteren davranış değişimi modelleri de bu süreci açıklamaktadır (118).

Araştırma bulgularında dikkat çeken bir diğer unsur ise aile ve çocuk faktörünün sigara bırakma kararında önemli bir rol oynamasıdır. Katılımcıların bazıları sigarayı bırakma kararını çocuklarına kötü örnek olmamak veya aile üyelerine zarar vermemek gibi gerekçelerle açıklamıştır. Sosyal ilişkilerin ve aile bağlarının sigara bırakma davranışı üzerindeki etkisi literatürde de gösterilmiştir. Özellikle aile desteği ve sosyal çevrenin bırakma sürecinde önemli bir koruyucu faktör olduğu bildirilmektedir (119). Eşlerin ve aile üyelerinin sağladığı destek, sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı artırmakta ve aile işlevselliği ile karar verme gücünün bu destek üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (120). Sosyal ağların sağlık davranışları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar da bireylerin davranış değişiminde sosyal çevrenin önemli rol oynayabildiğini ortaya koymaktadır (121). Katılımcı anlatılarında sigara bırakma kararının sıklıkla “kafada bitirme”, “karar verme” veya “irade” gibi ifadelerle açıklanması dikkat çekicidir. Bu durum sigara bırakma sürecinde öz-yeterlik algısının önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Öz-yeterlik bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirebilme kapasitesine ilişkin inancı olarak tanımlanmaktadır ve sigara bırakma davranışının en güçlü psikolojik belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sigara bırakma davranışı üzerine yapılan meta-analiz çalışmaları yüksek öz-yeterlik algısına sahip bireylerin bırakma girişimlerini sürdürme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (122, 123). Benzer şekilde davranış değişimi modelleri de bireyin kendi davranışı üzerinde kontrol sahibi olduğunu

hissetmesinin kalıcı davranış değişimi açısından kritik olduğunu vurgulamaktadır (118). Bu bulgular birinci basamak sağlık hizmetleri açısından da önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Sigara kullanımının çoğunlukla genç yaşlarda başlaması önleyici müdahalelerin özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerine odaklanması gerektiğini göstermektedir. Bununla birlikte sigara bırakma kararının çoğu zaman bireysel farkındalık ve sosyal destek süreçlerinin birleşmesiyle ortaya çıkması, aile hekimliği pratiğinde yürütülen danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen kısa süreli hekim önerisinin bile sigara bırakma olasılığını artırabildiği gösterilmiştir (124, 125). Bu nedenle sigara bırakma müdahalelerinin yalnızca farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmaması; motivasyonel görüşme, davranışsal danışmanlık ve düzenli izlem gibi çok boyutlu yaklaşımlarla desteklenmesi önerilmektedir.

Araştırma bulguları sigara bırakma sürecinin katılımcılar için yalnızca fizyolojik nikotin yoksunluğuyla sınırlı olmayan, aynı zamanda davranışsal alışkanlıklar ve psikolojik süreçlerle de yakından ilişkili bir deneyim olduğunu göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigaranın günlük yaşamın birçok alanına yerleşmiş bir alışkanlık olduğu ve özellikle belirli durumlarla güçlü biçimde ilişkilendirildiği görülmektedir. Sigaranın kahve içme, yemek sonrası dinlenme, sosyal sohbetler veya stresli anlar gibi belirli durumlarla birlikte deneyimlenmesi, sigara bırakma sürecinde bireylerin yalnızca nikotin bağımlılığıyla değil aynı zamanda yerleşmiş davranış kalıplarıyla da mücadele etmek zorunda kaldıklarını göstermektedir. Bu durum sigara kullanımının yalnızca farmakolojik bağımlılık değil aynı zamanda öğrenilmiş bir davranış örüntüsü olduğunu ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (3, 126). Davranış bilimleri literatürü sigara kullanımının klasik koşullanma ve pekiştirme süreçleri ile güçlenen bir davranış olduğunu vurgulamaktadır. Sigara içme davranışı çoğu zaman belirli çevresel ipuçları ile eşleşmekte ve bu ipuçları zamanla sigara içme isteğini tetikleyen koşullu uyaranlar haline gelebilmektedir (127, 128). Bu nedenle sigara bırakma sürecinde bireylerin karşılaştıkları güçlüklerin önemli bir bölümü nikotin yoksunluğunun ötesinde, alışkanlık döngülerinin yeniden yapılandırılması ile ilişkilidir. Katılımcıların anlatılarında özellikle “el alışkanlığı”, “boşluk hissi” ve “otomatik sigara içme davranışı” gibi ifadelerin yer alması bu davranışsal boyutun önemini göstermektedir. Araştırma bulgularında sigara bırakma sürecinde en sık dile getirilen güçlüklerden birinin yoğun sigara isteği olduğu görülmektedir. Katılımcılar özellikle bırakmanın ilk dönemlerinde sigara isteğinin güçlü biçimde ortaya çıktığını ve bu isteğin zaman zaman zorlayıcı olabildiğini ifade etmiştir. Yoğun sigara içme isteği genellikle kısa süreli ancak yoğun dürtüler halinde ortaya çıkmakta ve çoğu zaman çevresel tetikleyicilerle ilişkili olarak gelişmektedir (87, 129). Ekolojik anlık değerlendirme yöntemlerini kullanan çalışmalar da

sigara isteğinin genellikle dalga biçiminde ortaya çıktığını ve birkaç dakika içinde azaldığını göstermektedir (87, 130).

Araştırma bulgularında katılımcıların sigara isteği ile başa çıkmak için çeşitli stratejiler geliştirdiği görülmektedir. Bu stratejiler arasında dikkat dağıtma, alternatif davranışlar geliştirme, sosyal ortamlardan uzaklaşma veya sigara içilen ortamlardan kaçınma gibi yöntemler öne çıkmıştır. Katılımcıların bazıları sigara isteği ortaya çıktığında yürüyüş yapmak, ev işleriyle ilgilenmek veya başka bir aktivite ile meşgul olmak gibi yöntemler kullandıklarını ifade etmiştir. Bu durum davranışsal baş etme stratejilerinin sigara bırakma sürecinde önemli bir rol oynayabildiğini göstermektedir. Sigara bırakma müdahalelerini inceleyen sistematik derlemeler de davranışsal stratejilerin sigara isteğinin yönetilmesinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır (58, 131). Katılımcı anlatılarında sigara isteği ile baş etme stratejilerinden birinin de sigaranın yerine başka davranışların konulması olduğu görülmektedir. Sakız çiğneme, atıştırma tüketme veya su içme gibi davranışlar bazı katılımcılar tarafından sigara içme isteğini azaltmak için kullanılan yöntemler arasında yer almıştır. Bu durum sigara kullanımının yalnızca nikotin bağımlılığı değil aynı zamanda ağız ve el alışkanlıklarıyla ilişkili bir davranış olduğunu düşündürmektedir. Davranış değişimi modelleri sigara bırakma sürecinde alternatif davranışların geliştirilmesinin sigara kullanımının yerini doldurabilecek işlevsel stratejiler sağlayabileceğini vurgulamaktadır (118, 132).

Araştırmada elde edilen bulgular katılımcıların sigara isteğini yönetmek için zaman zaman bilişsel stratejiler de kullandıklarını göstermektedir. Katılımcılar sigara içmenin zararlarını hatırlamak, bırakmanın sağlayacağı yararları düşünmek veya sigara içme isteğinin geçici olduğunu kendilerine hatırlatmak gibi bilişsel yöntemlerden söz etmiştir. Bu bulgular sigara bırakma sürecinde bilişsel yeniden yapılandırmanın önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bilişsel davranışçı terapi temelli sigara bırakma programları da bireylerin sigara içme isteğini tetikleyen düşünce kalıplarını fark etmelerini ve bu düşünceleri yeniden yapılandırmalarını hedeflemektedir (133, 134). Araştırma bulgularında sigara bırakma sürecinde sosyal çevrenin hem destekleyici hem de zorlaştırıcı bir rol oynayabildiği görülmektedir. Katılımcıların bazıları aile üyeleri veya yakın çevrelerinden aldıkları desteğin bırakma sürecini kolaylaştırdığını ifade ederken, bazıları ise sigara içen arkadaşların bulunduğu ortamlarda sigara içme isteğinin arttığını belirtmiştir. Sosyal ağların sağlık davranışları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Özellikle yakın sosyal çevrede sigara içen bireylerin bulunmasının sigara bırakma girişimlerinin başarısını olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (91). Sosyal ağ analizi kullanan çalışmalar ise sigara

kullanımının sosyal ağlar içinde yayılabilen bir davranış olduğunu ve bireylerin sigara bırakma davranışının da sosyal çevreden etkilenebileceğini ortaya koymaktadır (135).

Araştırma bulguları sigara bırakma sonrasında katılımcıların yaşamlarında önemli fiziksel ve psikolojik değişimler yaşandığını göstermektedir. Katılımcıların önemli bir bölümü sigarayı bıraktıktan sonra nefes alma kapasitesinin arttığını, fiziksel dayanıklılıklarının yükseldiğini ve genel sağlık durumlarının iyileştiğini ifade etmiştir. Sigara bırakmanın solunum sistemi üzerindeki olumlu etkileri literatürde de iyi tanımlanmıştır. Sigaranın bırakılmasından sonra akciğer fonksiyonlarında iyileşme görüldüğü ve solunum semptomlarının zaman içinde azaldığı bildirilmektedir (8, 136). Katılımcı anlatılarında sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimlerin yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı olmadığı, aynı zamanda psikolojik iyilik hali üzerinde de önemli etkiler yarattığı görülmektedir. Katılımcılar sigarayı bıraktıktan sonra kendilerini daha özgür, daha güçlü ve daha huzurlu hissettiklerini ifade etmiştir. Bu durum sigara bırakmanın bireylerin kendilik algısı ve psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Sigara bırakma sonrası psikolojik iyilik halini inceleyen çalışmalar da sigarayı bırakmanın özsaygı ve yaşam doyumu üzerinde olumlu etkiler yaratabildiğini göstermektedir (137). Bununla birlikte araştırma bulguları sigara bırakma sürecinin her zaman tamamen olumlu deneyimlerden oluşmadığını da ortaya koymaktadır. Katılımcıların bazıları sigara bırakma sonrasında kilo artışı, sinirlilik veya geçici huzursuzluk gibi olumsuz deneyimler yaşadıklarını ifade etmiştir. Sigara bırakma sonrası kilo artışı literatürde sık bildirilen bir durumdur ve genellikle nikotin yoksunluğu sonrası iştah artışı ve metabolik değişimlerle ilişkilendirilmektedir (138). Bununla birlikte birçok çalışmada sigara bırakmanın uzun vadeli sağlık yararlarının bu geçici yan etkilerden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (139, 140). Genel olarak değerlendirildiğinde araştırma bulguları sigara bırakma deneyiminin katılımcılar tarafından yalnızca zararlı bir alışkanlıktan vazgeçme olarak değil, aynı zamanda yaşam kalitesinin artması ve kendilik algısının güçlenmesi ile ilişkili bir dönüşüm süreci olarak deneyimlendiğini göstermektedir. Bu durum sigara bırakma davranışının yalnızca biyolojik bağımlılığın sonlandırılması değil, aynı zamanda bireyin gündelik yaşam pratiklerinin ve kimlik algısının yeniden yapılandırılması anlamına gelebileceğini düşündürmektedir. Nitel araştırmalar da sigara bırakma sürecinin birçok birey tarafından “yeni bir kimlik geliştirme” süreci olarak deneyimlenebildiğini ortaya koymaktadır (141, 142). Bu bulgular aile hekimliği pratiği açısından önemli çıkarımlar sunmaktadır. Sigara bırakma müdahalelerinin yalnızca farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmaması; davranışsal danışmanlık, motivasyonel görüşme ve düzenli izlem gibi çok boyutlu yaklaşımlarla desteklenmesi sigara bırakma başarısını artırabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde

yürütülen sigara bırakma programlarının bireylerin psikolojik, sosyal ve davranışsal ihtiyaçlarını birlikte ele alması, bırakma sürecinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir katkı sağlayabilir (124, 143).

Araştırma bulguları, farmakolojik ve non-farmakolojik sigara bırakma deneyimlerinin birbirinden tamamen ayrışan iki farklı kategori olarak değil, ortak bir bırakma zemini üzerinde şekillenen ancak farklı ağırlık merkezlerine sahip iki deneyim biçimi olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bulgular incelendiğinde her iki grupta da bırakma kararının oluşması, bırakma yönündeki kararlılığın sürdürülmesi, sigara içme isteğinin ortaya çıktığı tetikleyici durumların yönetilmesi ve sosyal çevreyle ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gibi süreçlerin belirgin biçimde ortaklaştığı görülmektedir. Buna karşılık iki grup arasındaki temel farkın bu süreçlerin nasıl desteklendiği ve hangi araçlar aracılığıyla sürdürüldüğü noktasında ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Farmakolojik grupta sigara bırakma süreci çoğunlukla ilaç tedavisi ve profesyonel izlem ile desteklenen bir çerçeve içerisinde deneyimlenmektedir. Bu gruptaki katılımcılar için ilaç tedavisi ve sağlık profesyonelleri ile kurulan ilişki bırakma sürecini taşıyan bir tür destekleyici yapı işlevi görmektedir. Buna karşılık non-farmakolojik grupta bu destekleyici yapının yerini çoğu zaman öz-telkin, kişisel kararlılık, tarih belirleme, ani bırakma kararı verme veya bireyin kendi yöntemlerini geliştirmesi almaktadır. Bu durum farmakolojik ve non-farmakolojik bırakma deneyimlerinin yalnızca kullanılan yöntem açısından değil, aynı zamanda bırakma sürecinin nasıl anlamlandırıldığı açısından da farklılaşabildiğini göstermektedir. Bu bulgu literatürde sigara bırakma müdahalelerine ilişkin geliştirilen bütüncül yaklaşımlarla uyum göstermektedir. Sigara bırakma alanındaki araştırmalar farmakolojik tedavilerin özellikle nikotin yoksunluğuna bağlı fizyolojik belirtileri ve yoğun sigara içme isteğini azaltarak bırakma sürecini kolaylaştırdığını göstermektedir (9, 73). Buna karşılık davranışsal destek ve danışmanlık müdahalelerinin motivasyonun güçlendirilmesi, öz-yeterlik algısının artırılması ve kalıcı davranış değişiminin sürdürülebilmesi açısından belirleyici bir rol oynadığı bildirilmektedir (11, 144). Gerçekleştirilen sistematik derlemeler, davranışsal destek ve danışmanlık müdahalelerinin altı ay ve üzeri sigarasız kalma oranlarını anlamlı biçimde artırabildiğini ortaya koymaktadır (12). Benzer biçimde farmakolojik tedavilerin sigara bırakma başarısını artırdığını gösteren meta-analitik çalışmalar da ilaç tedavilerinin özellikle orta ve yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı bulunan bireylerde bırakma olasılığını artırabildiğini göstermektedir (10). Bu çalışmalar farmakolojik ve davranışsal yaklaşımların birbirinin alternatifi değil, çoğu durumda birbirini tamamlayan müdahaleler olduğunu ortaya koymaktadır (11, 73). Araştırmamızdan elde edilen bulgular da bu yaklaşımı destekler niteliktedir. Nitekim farmakolojik gruptaki katılımcıların

anlatılarında sigara bırakma başarısı çoğunlukla yalnızca ilaç kullanımına atfedilmemekte; aksine ilaçların bırakma sürecini kolaylaştıran bir araç olarak değerlendirildiği görülmektedir. Katılımcıların süreci sıklıkla “ilaç bıraktırdı” şeklinde değil, “ilaç kolaylaştırdı ama ben de istedim” biçiminde ifade etmeleri bu durumu açık biçimde yansıtmaktadır. Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu farmakolojik grupta profesyonel desteğin yalnızca reçete yazılması veya ilaç temini ile sınırlı olmayan, aynı zamanda ilişkisel bir güven duygusu da üreten bir süreç olmasıdır. Farmakolojik gruptaki katılımcıların anlatıları incelendiğinde sigara bırakma poliklinikleri, hekim takibi, telefonla izlem, doz ayarlamaları, düzenli görüşmeler ve psikolojik destek gibi unsurların bırakma deneyimini taşıyan bir çerçeve oluşturduğu görülmektedir. Bu bulgular birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigara bırakma desteğinin yalnızca farmakolojik tedavi sağlanması ile sınırlı olmaması gerektiğini düşündürmektedir. Hastalarla kurulan ilişkinin sürekliliği, danışmanlık sürecinin üslubu ve bireyin sağlık profesyonelleri tarafından ciddiye alındığını hissetmesi bırakma deneyiminin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Birinci basamak bağlamında yürütülen nitel metasentezler de sigara içen bireylerin sigara bırakma görüşmelerinde en çok önem verdiği unsurların yargılayıcı olmayan iletişim, bireye özgü öneriler sunulması, düzenli takip hissi ve gerçekçi destek beklentisi olduğunu göstermektedir (17, 18). Öte yandan non-farmakolojik gruptaki katılımcı anlatıları desteksiz veya ilaç kullanılmadan gerçekleştirilen sigara bırakma girişimlerinin çoğu zaman daha güçlü bir öz-denetim ve öz-yeterlik anlatısı etrafında şekillendiğini göstermektedir. Katılımcıların ifadelerinde “kafada bitirmek”, “bir anda bırakmak”, “kendime söz verdim” veya “bu iş bitti” gibi güçlü kararlılık vurgularının ön plana çıktığı görülmektedir. Bu söylem biçimi desteksiz bırakma deneyiminin yalnızca profesyonel destek alınmaması anlamına gelmediğini, aynı zamanda bireyin kendisini aktif bir özne olarak konumlandığı bir bırakma anlatısı oluşturduğunu düşündürmektedir. Yardımsız sigara bırakma deneyimlerini inceleyen nitel çalışmalar da bazı bireylerin farmakolojik tedavi veya profesyonel destek kullanımını gereksiz ya da aşırı tıbbi bir müdahale olarak değerlendirebildiğini göstermektedir (98, 99). Bu bireyler sigarayı bırakma sürecini çoğu zaman kişisel irade, bağımsızlık ve öz-denetim gibi kavramlar çerçevesinde anlamlandırmaktadır. Araştırmamızda da bazı non-farmakolojik katılımcıların daha önce profesyonel destek denemiş olmalarına rağmen bu deneyimi “bana göre değil”, “tatmin etmedi” ya da “kendim başarabileceğime inandım” biçiminde değerlendirmeleri literatürdeki bu bulgularla örtüşmektedir. Bulguların ortaya koyduğu bir diğer önemli nokta ise bırakma kararının katılımcı anlatılarında çoğu zaman ani bir karar gibi ifade edilmesine rağmen gerçekte daha uzun bir farkındalık sürecinin ürünü olmasıdır. Katılımcılar sıklıkla “bir anda bıraktım” veya “o gün karar verdim ve bıraktım” gibi ifadeler kullanmakla birlikte bu kararın öncesinde uzun süredir devam eden bir rahatsızlık hissinin bulunduğu görülmektedir. Nefes

darlığı yaşama, sigara kokusundan rahatsız olma, çocuklara karşı sorumluluk duygusu, sosyal ortamlarda hissedilen utanç veya yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş gibi unsurlar bu karar sürecinin arka planını oluşturmaktadır. Bu durum davranış değişiminin aşamalı bir süreç olduğunu vurgulayan transteorik model ile uyumludur (45, 117).

Araştırma bulgularında sigara bırakma kararının yalnızca sağlık risklerinin fark edilmesi ile değil, aynı zamanda sigara kullanımının bireyin sosyal çevreyle kurduğu ilişkiyi ve kişisel temizlik algısını etkilemesiyle de bağlantılı olduğu görülmektedir. Katılımcı anlatıları incelendiğinde sigaranın oluşturduğu yoğun koku, kıyafetlere ve ortama sinen duman, çevredeki insanları rahatsız etme düşüncesi ve kişinin kendi bedenine yönelik algısında meydana gelen değişimlerin bazı katılımcılar için sigaraya yönelik olumsuz bir farkındalık oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu durum sigara kullanımının yalnızca fizyolojik bağımlılık oluşturan bir davranış olmadığını, aynı zamanda bireyin sosyal görünürlüğü, kendilik algısı ve çevresiyle kurduğu ilişkiler üzerinde de etkili olabildiğini göstermektedir. Özellikle kapalı alanlarda sigara kullanımının sınırlandırılması ve sigaranın kamusal alanlarda giderek daha az kabul gören bir davranış haline gelmesi, sigara içen bireylerin sigara kullanımını sosyal olarak daha görünür ve zaman zaman rahatsızlık verici bir davranış olarak değerlendirmelerine yol açabilmektedir. Sigara kullanımının sosyal algı ve temizlik algısı ile ilişkisini inceleyen çalışmalar da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır (145). Nitel araştırmalar, sigara içen bireylerin bir kısmının zamanla sigara kokusunu, ağız kokusunu veya kıyafetlere sinen duman kokusunu sosyal ilişkiler açısından rahatsız edici bir durum olarak algılamaya başladıklarını göstermektedir. Sigara kullanımına ilişkin kimlik algısını inceleyen meta-etnografik çalışması, sigara içmenin bazı bireyler tarafından başlangıçta sosyal aidiyetin bir parçası olarak görülmesine rağmen zamanla kişinin kendisini ve çevresini nasıl algıladığıyla ilişkili bir gerilim yaratabildiğini ortaya koymaktadır (146). Sigara bırakma sürecinde bireylerin önemli bir bölümünün sigarayı yalnızca sağlık açısından değil, aynı zamanda “kendine yakışmayan” veya “rahatsız edici” bir davranış olarak görmeye başladığını göstermektedir (147). Sigara bırakma deneyimlerini inceleyen çalışmalar da sigara kokusu, çevreyi rahatsız etme düşüncesi ve sosyal ortamlarda sigara içmenin yarattığı rahatsızlığın bırakma motivasyonunu güçlendirebilen faktörler arasında yer aldığını ortaya koymaktadır (148). Araştırmamızda elde edilen bulgular da bu literatürle uyumlu biçimde sigara kullanımının bireyler tarafından yalnızca sağlık açısından değil, aynı zamanda sosyal deneyim açısından da değerlendirilmekte olduğunu göstermektedir. Sigara kokusuna yönelik farkındalık, çevredeki insanları rahatsız etme düşüncesi ve kişinin kendi bedenine yönelik algısındaki değişim, bazı katılımcılar için sigaraya yönelik eleştirel bir farkındalık geliştirilmesine katkıda bulunmuştur. Bu durum sigara bırakma

motivasyonunun yalnızca hastalık risklerinin fark edilmesiyle değil, aynı zamanda bireyin kendi yaşam tarzı, sosyal ilişkileri ve kişisel konfor algısı ile sigara kullanımı arasındaki uyumsuzluğu fark etmesiyle de güçlenebileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla sigara bırakma danışmanlığı süreçlerinde bireylerin yalnızca sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmesi değil, aynı zamanda sigara kullanımının gündelik yaşam deneyimi, sosyal ilişkiler ve kişisel konfor üzerindeki etkilerinin de ele alınması bırakma motivasyonunun güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Araştırma bulguları sigara bırakma sürecinin katılımcılar tarafından yalnızca “sigarayı bırakma kararı” ile sınırlı bir olay olarak değil, belirli zaman dilimleri boyunca deneyimlenen dinamik bir süreç olarak algılandığını göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigara bırakma deneyimi çoğu zaman belirli zaman eşikleri üzerinden ifade edilmiş; özellikle bırakmanın ilk günleri, ilk haftası ve ilk ayı sürecin en zorlayıcı dönemleri olarak tanımlanmıştır. Bu durum sigara bırakma deneyiminin katılımcılar tarafından zamansal olarak yapılandırılan bir süreç halinde yaşandığını düşündürmektedir. Sigara bırakmanın ilk döneminde ortaya çıkan yoğun sigara isteği, alışkanlıkların yeniden düzenlenmesi ve nikotin yoksunluğuna bağlı psikolojik belirtiler bu dönemin zorlayıcı olarak deneyimlenmesine katkıda bulunabilmektedir. Katılımcıların anlatılarında sigara isteğinin zaman zaman kısa süreli ancak yoğun biçimde ortaya çıktığı ve bu isteğin belirli bir süre geçtikten sonra azaldığı yönündeki gözlemler, sigara isteğinin dalga biçiminde ortaya çıktığını gösteren literatür ile uyum göstermektedir. Sigara bırakma sürecinin zamansal dinamiklerini inceleyen çalışmalar da sigara isteğinin ve relaps riskinin belirli dönemlerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ekolojik anlık değerlendirme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalar sigara içme isteğinin özellikle bırakmanın ilk günlerinde ve haftalarında daha yoğun yaşandığını, ancak zamanla bu isteğin sıklığının ve şiddetinin azaldığını ortaya koymaktadır (149). Benzer şekilde relaps süreçlerini inceleyen araştırmalar da sigara bırakma girişimlerinin önemli bir bölümünün bırakmanın ilk haftaları içerisinde başarısızlıkla sonuçlanabildiğini ve bu nedenle erken dönemin kritik bir dönem olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (150). Bununla birlikte bazı çalışmalar sigara bırakma sürecinin yalnızca ilk haftalarla sınırlı olmayan daha uzun bir uyum sürecini içerdiğini ve özellikle ilk üç ayın davranışsal alışkanlıkların yeniden yapılandırılması açısından önemli bir dönem olduğunu vurgulamaktadır (151). Araştırmamızdan elde edilen bulgular da sigara bırakma sürecinin katılımcılar tarafından belirli eşikler halinde deneyimlendiğini göstermektedir. Katılımcıların bazıları için ilk birkaç gün sigara isteğinin en yoğun olduğu dönem olarak tanımlanırken, bazı katılımcılar için ilk haftaların veya ilk ayın geçilmesi sürecin dönüm noktası olarak değerlendirilmiştir. Bu durum

sigara bırakma sürecinin bireyler tarafından çoğu zaman “kısa vadeli hedefler” üzerinden yönetildiğini düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, katılımcılar sigarasız bir yaşamı bir bütün olarak düşünmekten ziyade belirli zaman dilimlerini sigarasız geçirme hedefi koyarak süreci yönetmeye çalışmaktadır. Bu bulgular sigara bırakma danışmanlığı açısından da önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Sigara bırakma sürecinde bireylere yalnızca sigarayı bırakma hedefinin sunulması yerine, bırakma sürecinin zamansal dinamikleri hakkında bilgi verilmesi ve özellikle ilk günler ile ilk haftaların zorlayıcı olabileceğinin açıklanması bireylerin süreci daha gerçekçi biçimde değerlendirmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca sigara isteğinin genellikle kısa süreli dalgalanmalar halinde ortaya çıktığının ve zamanla azalma eğilimi gösterdiğinin bilinmesi, bireylerin sigara isteği ile baş etme becerilerini güçlendirebilir. Bu nedenle sigara bırakma müdahalelerinde bireylere sigara isteğinin geçici doğası ve bırakma sürecinin zaman içinde kolaylaşabileceği konusunda bilgi verilmesi bırakma sürecinin sürdürülebilirliğini destekleyebilir.

Araştırma bulguları non-farmakolojik yöntemlerle sigarayı bırakan katılımcıların sigara bırakma sürecini tamamen desteksiz veya pasif bir deneyim olarak yaşamadıklarını, aksine bu süreçte çeşitli öz-yönetim stratejileri geliştirdiklerini göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigara isteğini yönetmek amacıyla yürüyüş yapmak, su içmek, sakız çiğnemek, kuruyemiş tüketmek, farklı aktivitelerle meşgul olmak, sigarayı çağrıştıran ortamlardan uzaklaşmak veya günlük rutinleri yeniden düzenlemek gibi çeşitli davranışsal stratejilerin kullanıldığı görülmektedir. Bunun yanında bazı katılımcıların sigara içme isteğini ertelemek, kendilerine telkinde bulunmak veya belirli kurallar koyarak sigara içme davranışını sınırlandırmak gibi bilişsel ve öz-düzenleyici yöntemlere başvurdukları anlaşılmaktadır. Bu bulgular non-farmakolojik sigara bırakma deneyiminin yalnızca profesyonel destek kullanılmaması anlamına gelmediğini; aksine bireylerin sigara kullanımını kontrol etmek ve bırakma sürecini sürdürebilmek için çeşitli kişisel stratejiler geliştirdiğini göstermektedir. Sigara bırakma sürecinde bireysel öz-düzenleme stratejilerinin rolünü inceleyen araştırmalar da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Özellikle profesyonel destek almadan sigarayı bırakan bireylerin sigara içme isteğini yönetebilmek için çeşitli davranışsal ve bilişsel stratejiler geliştirdiği bildirilmektedir. Sigarayı kendi çabalarıyla bırakan bireylerle gerçekleştirdiği nitel çalışmada, bireylerin çoğunun sigara isteğini yönetmek için meşgulliyet oluşturma, dikkat dağıtma, fiziksel aktiviteye yönelme ve sigarayı çağrıştıran ortamlardan uzak durma gibi stratejiler kullandığı gösterilmiştir (99). Sigara bırakma sürecinde bireylerin çoğu zaman kendi kendine geliştirdikleri küçük davranışsal düzenlemelerin bırakma sürecinin sürdürülebilirliği açısından önemli olabileceğini belirtmektedir (118). Araştırmamızda non-farmakolojik grupta gözlenen

bu stratejiler, bireylerin sigara bırakma sürecinde aktif bir özne olarak hareket ettiklerini ve bırakma sürecini yönetebilmek için çeşitli bireysel yöntemler geliştirdiklerini göstermektedir. Bu durum sigara bırakma davranışının yalnızca farmakolojik müdahalelerle açıklanabilecek bir süreç olmadığını, aynı zamanda bireyin kendi davranışlarını düzenleme kapasitesi ve günlük yaşam pratiklerini yeniden yapılandırma becerisi ile de yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda non-farmakolojik bırakma deneyimi yalnızca profesyonel destekten yoksun bir süreç olarak değil, bireylerin kendi deneyimleri doğrultusunda geliştirdikleri öz-düzenleme stratejilerinin etkin olduğu bir davranış değişimi süreci olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla sigara bırakma müdahalelerinde bireylerin kendi baş etme stratejilerini geliştirmelerini destekleyen yaklaşımlar, özellikle profesyonel destek almayan bireyler için bırakma sürecinin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilir.

Araştırma bulguları sigara kullanımının katılımcıların gündelik yaşam pratikleri içerisinde belirli durumlarla güçlü biçimde ilişkilenen yerleşik bir alışkanlık davranışı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigaranın özellikle kahve içme, yemek sonrası dinlenme, sosyal sohbetler, araç kullanma veya stresli anlar gibi belirli durumlarla birlikte deneyimlendiği görülmektedir. Bu durum sigara içme davranışının yalnızca nikotin bağımlılığı ile açıklanamayacağını, aynı zamanda bireyin günlük yaşam ritimlerine yerleşmiş bir alışkanlık döngüsünün parçası haline geldiğini düşündürmektedir. Sigara kullanımının belirli durumlarla tekrar tekrar eşleşmesi, zamanla bu durumların sigara içme isteğini tetikleyen koşullu uyaranlara dönüşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle sigara bırakma sürecinde bireylerin yalnızca nikotin yoksunluğu ile değil, aynı zamanda sigara kullanımını tetikleyen çevresel ipuçları ve yerleşik davranış kalıplarıyla da mücadele etmek zorunda kaldıkları anlaşılmaktadır. Davranış bilimleri literatürü de sigara kullanımının önemli ölçüde alışkanlık döngüleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Alışkanlık davranışlarını, belirli çevresel ipuçlarıyla otomatik olarak tetiklenen davranış kalıpları olarak tanımlamakta ve sigara kullanımının bu tür otomatikleşmiş davranışlara iyi bir örnek oluşturduğunu belirtmektedir (152). Sigara kullanımının alışkanlık boyutunu inceleyen çalışmalar da sigaranın özellikle belirli zaman dilimleri ve gündelik rutinlerle güçlü biçimde ilişkilendiğini göstermektedir. Bu bağlamda kahve içme, yemek sonrası dinlenme veya sosyal sohbet gibi rutinlerin sigara içme davranışı için güçlü tetikleyiciler oluşturabildiği bildirilmektedir (128). Araştırmamızda elde edilen bulgular da sigara bırakma sürecinde yaşanan zorlukların önemli bir bölümünün bu alışkanlık döngülerinin yeniden yapılandırılması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Katılımcıların sigara bırakma sürecinde özellikle belirli durumlarda ortaya çıkan sigara isteğinden söz etmeleri, sigaranın yalnızca nikotin ihtiyacını karşılayan bir davranış değil, aynı

zamanda günlük yaşamın belirli anlarını yapılandıran bir pratik haline geldiğini düşündürmektedir. Bu nedenle sigara bırakma sürecinde bireylerin karşılaştıkları güçlüklerin önemli bir bölümü yalnızca nikotin yoksunluğu ile değil, sigaranın yerleşmiş olduğu gündelik rutinlerin yeniden düzenlenmesi ile ilişkilidir. Bu bulgu sigara bırakma müdahalelerinde yalnızca farmakolojik tedavinin değil, aynı zamanda davranışsal alışkanlıkların yeniden yapılandırılmasını hedefleyen yaklaşımların da önemli olduğunu göstermektedir. Sigara bırakma programlarında bireylerin sigarayı tetikleyen durumları fark etmeleri ve bu durumlar için alternatif davranışlar geliştirmeleri, alışkanlık döngüsünün kırılmasına katkı sağlayabilir. Dolayısıyla sigara bırakma süreci yalnızca nikotin bağımlılığının sonlandırılması değil, aynı zamanda bireyin gündelik yaşam ritimlerinin yeniden düzenlenmesini içeren bir davranış değişimi süreci olarak değerlendirilebilir.

Araştırma bulguları sigara bırakma sonrasında katılımcıların önemli bir bölümünün tat ve koku duyularında belirgin bir değişim yaşadıklarını ifade ettiklerini göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigarayı bıraktıktan sonra yemeklerin tadını daha iyi alma, çevredeki kokuları daha belirgin biçimde fark etme ve sigara kokusuna karşı daha duyarlı hale gelme gibi deneyimler dikkat çekmektedir. Bu durum sigara kullanımının yalnızca solunum sistemi üzerinde değil, aynı zamanda duyuşal algı üzerinde de etkili olabildiğini göstermektedir. Sigara dumanında bulunan kimyasal maddelerin ağız ve burun mukozasında oluşturduğu irritasyon ve kronik maruziyetin tat ve koku reseptörlerinin işlevini olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir. Bu nedenle sigaranın bırakılması sonrasında tat ve koku duyularında belirgin bir iyileşme yaşanması katılımcılar tarafından sigarasız yaşamın en erken fark edilen olumlu sonuçlarından biri olarak deneyimlenebilmektedir. Sigara kullanımının duyuşal algı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir. Araştırmalar sigara içen bireylerde tat ve koku duyularının sigara içmeyen bireylere kıyasla daha zayıf olabileceğini ve sigaranın bırakılmasının ardından bu duyularda belirgin bir iyileşme görülebileceğini göstermektedir (153). Sigara kullanımının koku alma duyusu üzerinde olumsuz etkiler yaratabildiğini ve sigaranın bırakılması sonrasında koku alma fonksiyonlarında kademeli bir iyileşme görülebileceğini ortaya koymaktadır (154). Tat alma duyusuna ilişkin araştırmalar da sigaranın ağız mukozasında ve tat reseptörlerinde oluşturduğu değişimlerin sigara bırakıldıktan sonra zaman içinde geri dönebileceğini göstermektedir (153). Bu çalışmalar sigara bırakma sonrasında yaşanan duyuşal değişimlerin yalnızca öznel bir deneyim olmadığını, aynı zamanda fizyolojik temellere dayanan bir iyileşme süreci olduğunu göstermektedir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular sigara bırakma sonrasında yaşanan bu duyuşal değişimlerin katılımcılar tarafından sigarasız yaşamın önemli kazanımlarından biri olarak değerlendirildiğini

göstermektedir. Katılımcıların tat ve koku duyularındaki değişimi fark etmeleri, sigara bırakma kararının olumlu sonuçlarını somut biçimde deneyimlemelerine katkı sağlayabilmektedir. Bu durum sigara bırakma sürecinde erken dönemde hissedilen olumlu fiziksel değişimlerin bireylerin bırakma motivasyonunu güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla sigara bırakma danışmanlığı süreçlerinde bireylere sigara bırakmanın yalnızca uzun vadeli sağlık yararları değil, aynı zamanda kısa sürede fark edilebilen duyuşal iyileşmeler gibi somut kazanımlar sağlayabileceğinin de anlatılması bırakma motivasyonunun desteklenmesine katkı sağlayabilir.

Araştırma bulguları sigara bırakma sonrasında katılımcıların önemli bir bölümünün çeşitli geçici olumsuz deneyimler yaşadıklarını göstermektedir. Katılımcı anlatılarında sigara bırakmayı takip eden dönemde kilo artışı, iştah değişimi, sinirlilik, sabırsızlık, ağız içi yaralar veya bağırsak düzeninde değişiklikler gibi bazı fiziksel ve psikolojik yakınmaların ortaya çıkabildiği görülmektedir. Bununla birlikte dikkat çekici bir nokta, katılımcıların bu deneyimleri çoğu zaman sigara bırakmanın olumsuz bir sonucu olarak değil, bırakma sürecinin doğal ve geçici bir parçası olarak değerlendirmeleridir. Katılımcılar bu tür yakınmaların zaman içinde azaldığını veya ortadan kalktığını ifade etmiş ve sigara bırakmanın sağladığı genel kazanımların bu geçici zorluklardan daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu durum sigara bırakma sürecinin yalnızca fizyolojik bir bağımlılığın sonlandırılması değil, aynı zamanda bireyin bedeninin ve günlük yaşam düzeninin yeniden uyum sağlamasını gerektiren bir geçiş süreci olduğunu göstermektedir. Sigara bırakma sonrasında ortaya çıkan bu tür geçici etkiler literatürde de sıklıkla bildirilmektedir. Özellikle kilo artışı sigara bırakma sonrasında en sık karşılaşılan değişimlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Aubin ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği meta-analiz çalışması sigara bırakma sonrasında bireylerin önemli bir bölümünde ilk yıl içerisinde belirli bir düzeyde kilo artışı görülebileceğini göstermektedir (155). Bu durum nikotinin metabolizma üzerindeki etkisinin ortadan kalkması ve iştahın artması ile ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde sigara bırakma sonrasında ortaya çıkan sinirlilik, huzursuzluk ve sabırsızlık gibi psikolojik belirtilerin de nikotin yoksunluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir (156). Nikotin bağımlılığı üzerine yapılan çalışmalar nikotinin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin ortadan kalkmasıyla birlikte geçici yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkabileceğini, ancak bu belirtilerin genellikle birkaç hafta içerisinde azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır (157). Araştırmamızda elde edilen bulgular katılımcıların bu tür geçici olumsuz deneyimleri sigara bırakmanın doğal bir parçası olarak yorumladıklarını göstermektedir. Bu durum sigara bırakma sürecinde bireylerin yaşadıkları bedensel ve psikolojik değişimleri nasıl anlamlandırdıklarının bırakma davranışının sürdürülebilirliği

açısından önemli olabileceğini düşündürmektedir. Nitel araştırmalar da sigara bırakma sürecinde yaşanan zorlukların bireyler tarafından nasıl yorumlandığının relaps riskini etkileyebileceğini göstermektedir. Eğer bu belirtiler sigara bırakmanın başarısızlığı olarak yorumlanırsa bireylerin tekrar sigara içme olasılığı artabilir; buna karşılık bu belirtilerin geçici bir uyum süreci olarak değerlendirilmesi bırakma kararının sürdürülmesine katkı sağlayabilir (158). Bu nedenle sigara bırakma danışmanlığı süreçlerinde bireylerin bırakma sonrasında yaşayabilecekleri geçici değişimler hakkında bilgilendirilmeleri ve bu değişimlerin çoğu zaman kısa süreli olduğunun vurgulanması bırakma sürecinin daha gerçekçi biçimde yönetilmesine yardımcı olabilir. Böyle bir yaklaşım bireylerin sigara bırakma sürecinde karşılaşılabilecekleri zorlukları daha iyi anlamlandırmalarına ve bırakma kararlarını sürdürmelerine katkı sağlayabilir.

Sigara bırakma deneyimi bu araştırmada yalnızca bir bağımlılık davranışının sonlandırılması olarak değil, bireylerin gündelik yaşam pratikleri, sosyal ilişkileri, beden algısı ve psikolojik deneyimleri ile iç içe geçen çok katmanlı bir süreç olarak ortaya çıkmıştır. Elde edilen veriler sigara bırakma sürecinin yalnızca nikotin yoksunluğunun yönetilmesinden ibaret olmadığını; bireyin alışkanlık döngülerini yeniden yapılandırmasını, tetikleyici durumları yönetmesini, sosyal çevresiyle ilişkilerini yeniden düzenlemesini ve sigarasız bir yaşam biçimini kademeli olarak içselleştirmesini içeren karmaşık bir davranış değişimi süreci olduğunu göstermektedir. Araştırmada farmakolojik ve non-farmakolojik bırakma deneyimlerinin birçok ortak deneyim alanı içerdiği, ancak bu süreçlerin farklı destek mekanizmaları etrafında şekillenebildiği görülmüştür. Farmakolojik grupta ilaç tedavisi ve profesyonel izlem bırakma sürecini destekleyen önemli bir yapı oluştururken, non-farmakolojik grupta bireysel kararlılık, öz-yeterlik algısı ve kişisel baş etme stratejilerinin daha belirgin bir rol oynadığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte her iki grupta da sigara bırakma deneyiminin yalnızca fizyolojik bağımlılığın sonlandırılması değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesi, beden farkındalığı ve kendilik algısı üzerinde dönüştürücü etkiler yaratan bir süreç olarak deneyimlendiği görülmektedir. Bu bulgular sigara bırakma müdahalelerinin yalnızca farmakolojik tedavilerle sınırlı kalmaması gerektiğini; davranışsal, psikolojik ve sosyal boyutları birlikte ele alan bütüncül yaklaşımların özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma yalnızca Erzincan ilinde yürütülmüş olup, katılımcıların amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması nedeniyle elde edilen bulguların tüm popülasyona genellenebilirliği sınırlıdır. Verilerin telefon görüşmeleri

aracılığıyla toplanmış olması, yüz yüze görüşmelerde elde edilebilecek mimik, beden dili ve anlık etkileşim gibi sözel olmayan verilerin değerlendirilmesini kısıtlamış olabilir. Ayrıca verilerin katılımcıların sigara bırakma deneyimlerine ilişkin geriye dönük öz-bildirimlerine dayanması nedeniyle hatırlama yanlılığı söz konusu olabilir. Farmakolojik ve non-farmakolojik gruplar arasında yaş ortalamasının farklılık göstermesi, deneyimlerin karşılaştırılmasını etkileyebilecek bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra, katılımcıların bir kısmına araştırmacının çevresi aracılığıyla ulaşılmış olması örneklem çeşitliliğini sınırlamış olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada sigarayı farmakolojik tedavi kullanarak bırakan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin sigara bırakma deneyimleri nitel araştırma yöntemi ile incelenmiştir. Katılımcılarla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler sonucunda sigara bırakma sürecinin yalnızca nikotin bağımlılığının fizyolojik yönü ile açıklanamayacak; davranışsal alışkanlıklar, psikolojik süreçler ve sosyal ilişkilerle birlikte şekillenen çok boyutlu bir deneyim olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları sigara kullanımına başlama deneyimi, sigara bırakma kararını etkileyen faktörler, bırakma sürecinde yaşanan güçlükler, sigara isteği ile baş etme stratejileri ve sigara bırakma sonrasında yaşanan değişimler olmak üzere birbiriyle ilişkili temalar etrafında şekillenmiştir.

Araştırma bulguları sigara kullanımına başlama sürecinin çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde gerçekleştiğini ve bu süreçte sosyal çevre, merak ve sosyal uyum ihtiyacının önemli rol oynadığını göstermektedir. Sigara bırakma kararının ise çoğu katılımcı için tek bir nedene bağlı olarak gelişmediği; sağlıkla ilgili kaygılar, aile sorumluluğu, sosyal rahatsızlık ve bireysel farkındalık süreçlerinin birleşmesiyle ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Katılımcı anlatıları sigara bırakma sürecinin yalnızca bir karar anından ibaret olmadığını, alışkanlıkların yeniden düzenlenmesini ve sigara isteği ile baş etmeyi içeren bir uyum sürecini kapsadığını göstermektedir.

Farmakolojik tedavi kullanan bireyler ile non-farmakolojik bırakan bireylerin deneyimleri incelendiğinde her iki grubun da benzer güçlükler yaşadığı, ancak bu süreci farklı destek mekanizmaları ile yönettiği görülmüştür. Farmakolojik tedavi kullanan katılımcılar için ilaç tedavisi ve profesyonel destek bırakma sürecini kolaylaştıran bir yapı oluştururken, farmakolojik destek almayan katılımcılar bırakma sürecini daha çok kişisel kararlılık ve bireysel baş etme stratejileri üzerinden sürdürmüştür. Bununla birlikte sigara bırakma başarısının yalnızca kullanılan yöntemle bağlı olmadığı; bireysel motivasyon, öz-yeterlik algısı ve süreç içerisinde geliştirilen baş etme stratejilerinin de önemli rol oynadığı anlaşılmıştır.

Sigara bırakma sonrasında katılımcıların önemli bir bölümü nefes almanın kolaylaşması, fiziksel dayanıklılığın artması ve tat-koku duyularında belirginleşme gibi olumlu değişimler yaşadıklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı katılımcılar bırakma sonrasında kilo artışı veya sinirlilik gibi geçici bazı olumsuz deneyimler yaşadıklarını da belirtmiştir. Bu bulgular

sigara bırakma sürecinin yalnızca bağımlılığın sonlandırılması değil, bireyin gündelik yaşam pratikleri, alışkanlıkları ve kendilik algısı ile ilişkili bir dönüşüm süreci olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulguları sigara kullanımının çoğu zaman genç yaşlarda başladığını göstermektedir. Bu nedenle sigara kullanımını önlemeye yönelik çalışmaların özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerine odaklanması önem taşımaktadır. Okullarda yürütülen sağlık eğitimlerinin yalnızca sigaranın sağlık üzerindeki zararlarını anlatan bilgilendirme faaliyetleri ile sınırlı kalmaması; akran etkisi, sosyal çevre ve rol model davranışları gibi faktörleri de dikkate alan daha kapsamlı yaklaşımlar içermesi yararlı olabilir. Bu tür önleyici yaklaşımlar sigara kullanımına başlamayı azaltmaya yönelik önemli bir katkı sağlayabilir.

Araştırma bulguları sigara bırakma kararının çoğu zaman bireysel farkındalık ve sosyal destek süreçlerinin birleşmesiyle ortaya çıktığını göstermektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen sigara bırakma danışmanlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Sigara bırakma danışmanlığının yalnızca farmakolojik tedavi önerileri ile sınırlı kalmaması; bireyin sigara kullanımını tetikleyen durumları fark etmesine, günlük alışkanlıklarını yeniden düzenlemesine ve sigara isteği ile baş etme becerilerini geliştirmesine yardımcı olacak davranışsal ve psikososyal destekleri de içermesi bırakma sürecinin sürdürülebilirliği açısından yararlı olabilir.

Araştırma bulguları sigara bırakma sürecinin bireyler tarafından farklı biçimlerde deneyimlenebildiğini göstermektedir. Bu nedenle sigara bırakma müdahalelerinde standart ve tek tip yaklaşımlar yerine bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış hasta merkezli yaklaşımların benimsenmesi önem taşımaktadır. Bireylerin sigara bırakma motivasyonları, sosyal çevreleri, önceki bırakma deneyimleri ve baş etme stratejileri farklılık gösterebildiğinden sigara bırakma desteğinin bu bireysel farklılıkları dikkate alacak biçimde planlanması bırakma başarısını artırabilir.

Sigara bırakma sürecinde sosyal çevrenin rolü de önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Katılımcı anlatıları aile üyeleri ve yakın çevreden alınan desteğin bırakma sürecini kolaylaştırabildiğini göstermektedir. Bu nedenle sigara bırakma danışmanlığı süreçlerinde bireyin sosyal çevresinin ve destek sistemlerinin de değerlendirilmesi yararlı olabilir. Aile üyelerinin ve yakın çevrenin destekleyici tutumlarının güçlendirilmesi sigara bırakma sürecinin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilir.

Sigara bırakma sonrasında ortaya çıkabilecek geçici fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında bireylerin önceden bilgilendirilmesi de önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Katılımcı anlatıları bırakma sonrasında yaşanan bazı değişimlerin bireyler tarafından geçici bir uyum sürecinin parçası olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Bu nedenle bırakma sürecinde bireylere yaşanabilecek olası değişimlerin açıklanması ve bu süreçte destek sağlanması bırakma motivasyonunun korunmasına katkı sağlayabilir.

Gelecekte yapılacak araştırmalarda sigara bırakma deneyiminin farklı sosyodemografik gruplarda nasıl şekillendiğinin incelenmesi sigara bırakma müdahalelerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Özellikle sigara bırakma sürecinde bireylerin geliştirdiği öz-yönetim stratejilerini ve sosyal destek mekanizmalarını daha ayrıntılı biçimde ele alan çalışmalar bu alandaki bilgi birikimini genişletebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. 2021.
2. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC public health*. 2015;15(1):744.
3. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual review of pharmacology and toxicology*. 2009;49(1):57-71.
4. Wills L, Ables JL, Braunscheidel KM, Caligiuri SP, Elayouby KS, Fillinger C, et al. Neurobiological mechanisms of nicotine reward and aversion. *Pharmacological reviews*. 2022;74(1):271-310.
5. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*. 2017;112(3):401-12.
6. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong G. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control*. 2006;15(suppl 3):iii71-iii5.
7. Gallaway MS. Surveillance for cancers associated with tobacco use—United States, 2010–2014. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018;67.
8. Kotlyarov S. The role of smoking in the mechanisms of development of chronic obstructive pulmonary disease and atherosclerosis. *International journal of molecular sciences*. 2023;24(10):8725.
9. Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *British journal of clinical pharmacology*. 2014;77(2):324-36.
10. Shang X, Guo K, E F, Deng X, Wang Y, Wang Z, et al. Pharmacological interventions on smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in pharmacology*. 2022;13:1012433.
11. Onwuzo CN, Olukorode J, Sange W, Orimoloye DA, Udojike C, Omoragbon L, et al. A review of smoking cessation interventions: efficacy, strategies for implementation, and future directions. *Cureus*. 2024;16(1).
12. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2016(3).
13. Gittleman J, Cloutier JG, Park ER, Rasmussen A, Ponzani C, Weinberger AH, et al. A qualitative study of attitudes and perceptions of smoking cessation medication among patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2024;32(12):836.
14. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open*. 2014;4(12):e006414.
15. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*: Sage London; 2019.
16. Poole R, Carver H, Anagnostou D, Edwards A, Moore G, Smith P, et al. Tobacco use, smoking identities and pathways into and out of smoking among young adults: a meta-ethnography. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2022;17(1):24.
17. Dieleman LA, van Peet PG, Vos HM. Gender differences within the barriers to smoking cessation and the preferences for interventions in primary care a qualitative study using focus groups in The Hague, The Netherlands. *BMJ open*. 2021;11(1):e042623.
18. Manolios E, Sibeoni J, Teixeira M, Révah-Levy A, Verneuil L, Jovic L. When primary care providers and smokers meet: a systematic review and metanalysis. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*. 2021;31(1):31.
19. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. *Türk Toraks Derneği Yayını içinde, Tütün ve Tütün Kontrolü*. 2010:3-20.
20. Taşdemir ZA. Tütün ürünleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):27-31.
21. Parlak EŞ, Karalezli A. Tütün Bitkisi ve Ürünleri. *GÖĞÜS HASTALIKLARI*. 2020:21.

22. Gately I. Tobacco: a cultural history of how an exotic plant seduced civilization: Open Road+ Grove/Atlantic; 2018.
23. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek). 2011:21-3.
24. Yılmaz F. Tütünün Macerası II. The Adventure of Tobacco], Tombak. 2000:34.
25. ERGÜN A. Sigara ve sistemik etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 1998;18(3):159-63.
26. Organization WH. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
27. Bakanlığı TS, Müdürlüğü HSG. Küresel gençlik tütün araştırması. Ankara: Artı6medya tanıtım yay. 2017.
28. Öntaş E, Aslan D. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016-HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>. Erişim tarihi. 2019;17:2020.
29. Bakanlığı TS. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(948).
30. Müdürlüğü HSG. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. 2023.
31. East K, McNeill A, Thrasher JF, Hitchman SC. Social norms as a predictor of smoking uptake among youth: a systematic review, meta-analysis and meta-regression of prospective cohort studies. Addiction. 2021;116(11):2953-67.
32. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı (DSM-5), Köroğlu E (Çeviri editör). 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
33. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, de Leon J. Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. BMC public health. 2009;9(1):493.
34. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):78-89.
35. Schnoll RA, Goren A, Annunziata K, Suaya JA. The prevalence, predictors and associated health outcomes of high nicotine dependence using three measures among US smokers. Addiction. 2013;108(11):1989-2000.
36. Megías-Robles A, Perea-Baena JM, Fernández-Berrocal P. The protective role of emotional intelligence in smoking relapse during a 12-month follow-up smoking cessation intervention. PloS one. 2020;15(6):e0234301.
37. Hecht SS, Hatsukami DK. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. Nature Reviews Cancer. 2022;22(3):143-55.
38. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-63.
39. Safiri S, Nejadghaderi SA, Abdollahi M, Carson-Chahhoud K, Kaufman JS, Bragazzi NL, et al. Global, regional, and national burden of cancers attributable to tobacco smoking in 204 countries and territories, 1990–2019. Cancer Medicine. 2022;11(13):2662-78.
40. Xia Y, Xia C, Wu L, Li Z, Li H, Zhang J. Systemic immune inflammation index (SII), system inflammation response index (SIRI) and risk of all-cause mortality and cardiovascular mortality: a 20-year follow-up cohort study of 42,875 US adults. Journal of clinical medicine. 2023;12(3):1128.
41. Jia G, Bai H, Mather B, Hill MA, Jia G, Sowers JR. Diabetic vasculopathy: molecular mechanisms and clinical insights. International journal of molecular sciences. 2024;25(2):804.
42. PAGES A. Tobacco or marijuana use and infertility: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2024;121(4).
43. Ness-Jensen E, Lagergren J. Tobacco smoking, alcohol consumption and gastro-oesophageal reflux disease. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2017;31(5):501-8.
44. Panel DG. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. US Department of Health and Human Services. 2008.
45. Al-Hourani DM, Khasawneh RA, Al-Shatnawi SF, Hammad E, Abu-Saleh SY. Smoking cessation counseling practices in Jordan: Using the trans-theoretical model. Plos one. 2025;20(11):e0336111.

46. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* (Abingdon, England). 2005;100(8):1036-9.
47. Brown A, Woods-Brown C, Hunt K. Identifying potential barriers and enablers to smoking abstinence after leaving a smokefree prison using the capabilities, opportunities, motivations-behaviour (COM-B) model: a qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2025;25(1):2100.
48. Mersha AG, Kennedy M, Eftekhari P, Lee KK, Upton P, Segan C, et al. Using the Behaviour Change Wheel and modified Delphi method to identify behavioural change techniques for improving adherence to smoking cessation medications. *BMC public health*. 2023;23(1):1362.
49. Jooren SJ, Geuke G, Willemsen MC, Jansen MW, Bommelé J. Experiences of policy-advisors in capacity, opportunity and motivation for implementing local tobacco control. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3569.
50. Hartwell G, Egan M, Petticrew M. Understanding decisions to use e-cigarettes or behavioural support to quit tobacco: a qualitative study of current and ex-smokers and stop smoking service staff. *Addiction*. 2020;115(3):518-26.
51. Aytemur ZA. Tütün Kullanım Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi. *GÖĞÜS HASTALIKLARI*. 2015:94.
52. Erdiñç M. Gülmez İ. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. 2013:4-23.
53. Puljević C, Stjepanović D, Meciar I, Kang H, Chan G, Morphett K, et al. Systematic review and meta-analyses of cytosine to support tobacco cessation. *Addiction*. 2024;119(10):1713-25.
54. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of cytosine vs varenicline on smoking cessation: a randomized clinical trial. *Jama*. 2021;326(1):56-64.
55. Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska J, Leischow S, Nides M, Blumenstein B, et al. Cytisinicline for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2023;330(2):152-60.
56. Walker N, Bullen C, Barnes J, McRobbie H, Tutka P, Raw M, et al. Getting cytosine licensed for use world-wide: a call to action. *Addiction*. 2016.
57. Igari M, Alexander JC, Ji Y, Qi X, Papke RL, Bruijnzeel AW. Varenicline and cytosine diminish the dysphoric-like state associated with spontaneous nicotine withdrawal in rats. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(2):445-55.
58. Nian T, Guo K, Liu W, Deng X, Hu X, Xu M, et al. Non-pharmacological interventions for smoking cessation: analysis of systematic reviews and meta-analyses. *BMC medicine*. 2023;21(1):378.
59. Cobos-Campos R, de Lafuente AS, Apiñaniz A, Parraza N, Llanos IP, Orive G. Effectiveness of mobile applications to quit smoking: systematic review and meta-analysis. *Tobacco prevention & cessation*. 2020;6:62.
60. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*. 2014;22(1):1-8.
61. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(10).
62. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(1).
63. Wang J-H, van Haselen R, Wang M, Yang G-L, Zhang Z, Friedrich ME, et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Tobacco induced diseases*. 2019;17:48.
64. Ernst E. Bioresonance, a study of pseudo-scientific language. *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde/Research in Complementary and Classical Natural Medicine*. 2004;11(3):171-3.
65. Marakoğlu K, Yıldırım Dİ, Ünal BÜn. Bioresonance Therapy for Smoking Cessation. *Istanbul Medical Journal*. 2024.
66. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2016(4).
67. Taylor GM, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017(9).

68. Pacek LR, Holloway AD, Cropsey KL, Meade CS, Sweitzer MM, Davis JM, et al. Experiences with smoking cessation attempts and prior use of cessation aids in smokers With HIV: findings from a focus group study conducted in Durham, North Carolina. *AIDS Education and Prevention*. 2021;33(2):158-68.
69. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(6):6591-607.
70. Ebbert J, Jimenez-Ruiz C, Dutro MP, Fisher M, Li J, Hays JT, editors. Frequently reported adverse events with smoking cessation medications: post hoc analysis of a randomized trial. *Mayo Clinic Proceedings*; 2021: Elsevier.
71. Yong H-H, Gravely S, Borland R, Gartner C, Michael Cummings K, East K, et al. Do smokers' perceptions of the harmfulness of nicotine replacement therapy and nicotine vaping products as compared to cigarettes influence their use as an aid for smoking cessation? Findings from the ITC Four Country Smoking and Vaping Surveys. *Nicotine and Tobacco Research*. 2022;24(9):1413-21.
72. Nordin ASA, Yee A, Hairi FM, Kamaludin IS. *Smoking Cessation Strategies*. 2025.
73. Lu C-l, Li J-x, Wang Q-y, Wang R-t, Pan X-r, Chen X-y, et al. Interventions for smoking cessation: An overview of Cochrane reviews. *Tobacco Induced Diseases*. 2024;22:10.18332/tid/195302.
74. Greenhalgh E, Scollo M, Winstanley M. Greenhalgh, EM | Scollo, MM | Winstanley, MH. 2025.
75. Bendotti H, Lawler S, Gartner C, Ireland D, Marshall HM. Smoking cessation counseling in practice: a qualitative analysis of Quitline conversations in Queensland, Australia. *Health Education & Behavior*. 2024;51(1):43-53.
76. Cohen G, Bellanca CM, Bernardini R, Rose JE, Polosa R. Personalized and adaptive interventions for smoking cessation: Emerging trends and determinants of efficacy. *IScience*. 2024;27(11).
77. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychology of addictive behaviors*. 2009;23(1):56.
78. Cupertino A-P, Berg C, Gajewski B, Hui S-kA, Richter K, Catley D, et al. Change in self-efficacy, autonomous and controlled motivation predicting smoking. *Journal of health psychology*. 2012;17(5):640-52.
79. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*. 2011;106(12):2110-21.
80. Wee LH, West R, Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(2):151-6.
81. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Platt S. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smoker. *Journal of Public Health*. 2012;34(3):390-6.
82. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Kim S-Y, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2007;9(Suppl_4):S555-S70.
83. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;19(1):3-13.
84. Kasza KA, O'connor RJ, Cummings KM, Mahoney MC. Cigarette smoking and chronic disease in the United States, 2021–2023. *Preventive Medicine*. 2025:108378.
85. Baurley JW, Edlund CK, Pardamean CI, Conti DV, Krasnow R, Javitz HS, et al. Genome-wide association of the laboratory-based nicotine metabolite ratio in three ancestries. *Nicotine & tobacco research*. 2016;18(9):1837-44.
86. Chenoweth MJ, Sylvestre M-P, Contreras G, Novalen M, O'Loughlin J, Tyndale RF. Variation in CYP2A6 and tobacco dependence throughout adolescence and in young adult smokers. *Drug and alcohol dependence*. 2016;158:139-46.
87. Perski O, Kwasnicka D, Kale D, Schneider V, Szinay D, Ten Hoor G, et al. Within-person associations between psychological and contextual factors and lapse incidence in smokers

attempting to quit: A systematic review and meta-analysis of ecological momentary assessment studies. *Addiction*. 2023;118(7):1216-31.

88. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2009;104(12):2088-99.

89. Patterson JG, Macisco JM, Glasser AM, Wermert A, Nemeth JM. Psychosocial factors influencing smoking relapse among youth experiencing homelessness: A qualitative study. *Plos one*. 2022;17(7):e0270665.

90. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clinical psychology review*. 2006;26(2):196-215.

91. Blok DJ, de Vlas SJ, van Empelen P, van Lenthe FJ. The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: a longitudinal study. *Preventive medicine*. 2017;99:105-10.

92. Schlam TR, Baker TB, Piper ME, Cook JW, Smith SS, Zwaga D, et al. What to do after smoking relapse? A sequential multiple assignment randomized trial of chronic care smoking treatments. *Addiction*. 2024;119(5):898-914.

93. Rahman T, Weatherall A, Kennedy M, Baker AL, Gould GS. My quitting stories: A qualitative study exploring Aboriginal women's experiences of smoking cessation and preventing relapse in the context of pregnancy. *Women and Birth*. 2023;36(2):e237-e45.

94. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*. 2017;32(8):1018-36.

95. Sahebiagh MH, Hosseinzadeh M, Mirghafourvand M, Sarbakhsh P, Nemati H. Challenges of smoking cessation in users of non-invasive stimulation technologies in Iran: a parallel convergent mixed-methods study. *BMJ open*. 2024;14(12):e091253.

96. Salaheddin T, Sharma RH, Fajardo M, Panter C, De Souza L, Matano SK, et al. Utilization and Experiences of Using Quit Now, a Nicotine and Tobacco Smoking Cessation Website: Thematic Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e55592.

97. Ghirrotto L, Paci E, Bricci C, Marini S, Bessi V, Díaz Crescitelli ME, et al. Self-blaming as a barrier to lung cancer screening and smoking cessation programs in Italy. A qualitative study. *Plos one*. 2025;20(3):e0318732.

98. Smith AL, Carter SM, Dunlop SM, Freeman B, Chapman S. The views and experiences of smokers who quit smoking unassisted. A systematic review of the qualitative evidence. *PloS one*. 2015;10(5):e0127144.

99. Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, Freeman B. Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. *BMJ open*. 2015;5(4):e007301.

100. Lee SH, Yi YH, Lee YI, Lee HY, Lim K-M. Factors associated with long-term smoking relapse in those who succeeded in smoking cessation using regional smoking cessation programs. *Medicine*. 2022;101(31):e29595.

101. Marathia E, Saunders B, Duffy S. Understanding unassisted smoking cessation: insights from a cross-sectional survey on motivation and self-regulation. *The Lancet*. 2024;404:S86.

102. Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH, Sheffer CE, McKee SA. Sex/gender differences in smoking cessation: a review. *Preventive medicine*. 2016;92:135-40.

103. Piper ME, Fiore MC, Smith SS, Fraser D, Bolt DM, Collins LM, et al. Identifying effective intervention components for smoking cessation: a factorial screening experiment. *Addiction*. 2016;111(1):129-41.

104. Force UPST, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2021;325(3):265-79.

105. Papadakis S, McDonald P, Mullen K-A, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*. 2010;51(3-4):199-213.

106. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Blanco T, Martin C, Group IS. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106(9):1696-706.

107. Pipe AL, Evans W, Papadakis S. Smoking cessation: health system challenges and opportunities. *Tobacco Control*. 2022;31(2):340-7.
108. Mahalingam V, Santhanakrishnan RK, Malaisamy M, Chelvanayagam K, Mathiyazhagan K, Bhaskar A, et al. Cost-effectiveness analysis for implementation of smoking cessation strategies at primary health care settings in Tamil Nadu. *PLoS One*. 2025;20(1):e0318013.
109. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *International journal of transgender health*. 2023;24(1):1-6.
110. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *Bmj*. 2015;351.
111. Minian N, Corrin T, Lingam M, Deruiter WK, Rodak T, Taylor VH, et al. Identifying contexts and mechanisms in multiple behavior change interventions affecting smoking cessation success: a rapid realist review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):918.
112. Haas SA, Schaefer DR. With a little help from my friends? Asymmetrical social influence on adolescent smoking initiation and cessation. *Journal of health and social behavior*. 2014;55(2):126-43.
113. Tomova L, Andrews JL, Blakemore S-J. The importance of belonging and the avoidance of social risk taking in adolescence. *Developmental Review*. 2021;61:100981.
114. Choi WS, Pierce JP, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Which adolescent experimenters progress to established smoking in the United States. *American journal of preventive medicine*. 1997;13(5):385-91.
115. Wittenberg RE, Wolfman SL, De Biasi M, Dani JA. Nicotinic acetylcholine receptors and nicotine addiction: A brief introduction. *Neuropharmacology*. 2020;177:108256.
116. Littlecott H, Moore G, Evans R, Melendez-Torres G, McCann M, Reed H, et al. Perceptions of friendship, peers and influence on adolescent smoking according to tobacco control context: a systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*. 2023;23(1):424.
117. Martins RS, Junaid MU, Khan MS, Aziz N, Fazal ZZ, Umoodi M, et al. Factors motivating smoking cessation: a cross-sectional study in a lower-middle-income country. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1419.
118. Black N, Johnston M, Michie S, Hartmann-Boyce J, West R, Viechtbauer W, et al. Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: A systematic review and meta-regression. *Addiction*. 2020;115(11):2008-20.
119. Nagawa CS, Wang B, Davis M, Pbert L, Cutrona SL, Lemon SC, et al. Examining pathways between family or peer factors and smoking cessation in a nationally representative US sample of adults with mental health conditions who smoke: a structural equation analysis. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1566.
120. Chan SSC, Cheung YTD, Fong DYT, Emmons K, Leung AYM, Leung DYP, et al. Family-based smoking cessation intervention for smoking fathers and nonsmoking mothers with a child: a randomized controlled trial. *The Journal of pediatrics*. 2017;182:260-6. e4.
121. Hunter RF, de La Haye K, Murray JM, Badham J, Valente TW, Clarke M, et al. Social network interventions for health behaviours and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2019;16(9):e1002890.
122. Heale R, Griffin MT. Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(4):912-8.
123. Clyde M, Pipe A, Reid R, Els C, Tulloch H. A bidirectional path analysis model of smoking cessation self-efficacy and concurrent smoking status: Impact on abstinence outcomes. *Addiction biology*. 2019;24(5):1034-43.
124. Park ER, Gareen IF, Japuntich S, Lennes I, Hyland K, DeMello S, et al. Primary care provider-delivered smoking cessation interventions and smoking cessation among participants in the National Lung Screening Trial. *JAMA internal medicine*. 2015;175(9):1509-16.
125. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2013(5).
126. Jarvis MJ. Why people smoke. *Bmj*. 2004;328(7434):277-9.

127. Cohen C, Perrault G, Griebel G, Soubrié P. Nicotine-associated cues maintain nicotine-seeking behavior in rats several weeks after nicotine withdrawal: reversal by the cannabinoid (CB1) receptor antagonist, rimonabant (SR141716). *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(1):145-55.
128. Shiffman S, Dunbar MS, Li X, Scholl SM, Tindle HA, Anderson SJ, et al. Smoking patterns and stimulus control in intermittent and daily smokers. *PloS one*. 2014;9(3):e89911.
129. McClernon FJ, Conklin CA, Kozink RV, Adcock RA, Sweitzer MM, Addicott MA, et al. Hippocampal and insular response to smoking-related environments: neuroimaging evidence for drug-context effects in nicotine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(3):877-85.
130. McCarthy DE, Minami H, Yeh VM, Bold KW. An experimental investigation of reactivity to ecological momentary assessment frequency among adults trying to quit smoking. *Addiction*. 2015;110(10):1549-60.
131. Li MY, Luk TT, Cheung DYT, Guo ZQ, Siu KK, Guo J, et al. Effectiveness of family-based behavioral intervention for smoking cessation in low-income households: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2025;87.
132. Hartmann-Boyce J, Ordóñez-Mena JM, Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, et al. Behavioural programmes for cigarette smoking cessation: investigating interactions between behavioural, motivational and delivery components in a systematic review and component network meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(8):2145-56.
133. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Arredondo C, Murphy G, Hayward C, et al. Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction*. 2008;103(8):1381-90.
134. Martínez-Vispo C, Rodríguez-Cano R, López-Durán A, Senra C, Fernández del Río E, Becoña E. Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PloS one*. 2019;14(4):e0214252.
135. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England journal of medicine*. 2008;358(21):2249-58.
136. Cibella F, Campagna D, Caponnetto P, Amaradio MD, Caruso M, Russo C, et al. Lung function and respiratory symptoms in a randomized smoking cessation trial of electronic cigarettes. *Clinical science*. 2016;130(21):1929-37.
137. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2014;348.
138. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes. *BMJ: British Medical Journal*. 2012;345:1-21.
139. Mir H, Eisenberg MJ, Benowitz NL, Cowley E, Heshmati J, Jha P, et al. Canadian Cardiovascular Society clinical practice update on contemporary approaches to smoking cessation. *Canadian Journal of Cardiology*. 2025;41(5):797-812.
140. Le TT, Mendez D, Warner KE. The benefits of quitting smoking at different ages. *American Journal of Preventive Medicine*. 2024;67(5):684-8.
141. Priebe CS, Beauchamp M, Wunderlich K, Faulkner G. "I'm a runner not a smoker": Changes in identity as predictors of smoking cessation and physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*. 2020;49:101702.
142. Wierds CM, Beauchamp MR, Priebe CS, Zumbo BD, Rhodes RE, Faulkner G. Predictors of changes in running and smoking identity among individuals in the Run to Quit smoking cessation program. *Psychology of Sport and Exercise*. 2023;67:102431.
143. Mundt MP, McCarthy DE, Baker TB, Zehner ME, Zwaga D, Fiore MC. Cost-effectiveness of a comprehensive primary care smoking treatment program. *American journal of preventive medicine*. 2024;66(3):435-43.
144. Panel G. Treating Tobacco Use and Dependence. 2008 Update. 2000:2008.
145. Hoek J, Edwards R, Waa A. From social accessory to societal disapproval: smoking, social norms and tobacco endgames. *Tobacco Control*. 2022;31(2):358-64.
146. Tombor I, Shahab L, Herbec A, Neale J, Michie S, West R. Smoker identity and its potential role in young adults' smoking behavior: A meta-ethnography. *Health Psychology*. 2015;34(10):992.
147. Vangeli E, West R. Transition towards a 'non-smoker' identity following smoking cessation: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2012;17(1):171-84.

148. Smith AL. Being serious about quitting: a qualitative analysis of Australian ex-smokers' explanations of their quitting success. *International Journal of Drug Policy*. 2020;86:102942.
149. Shiffman S. Commentary on Herd & Borland (2009) and Herd et al.(2009): illuminating the course and dynamics of smoking cessation. *Addiction*. 2009;104(12).
150. Kirchner TR, Shiffman S, Wileyto EP. Relapse dynamics during smoking cessation: recurrent abstinence violation effects and lapse-relapse progression. *Journal of abnormal psychology*. 2012;121(1):187.
151. Saadulloh D, Rohman, Rayasari F, Ganefianty A, Yunitri N, Chou KR. Long-Term Effectiveness of Tobacco Smoking Cessation Interventions in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Nursing Scholarship*. 2025;57(5):728-40.
152. Shaheen K, Oyeboode O, Masud H. Experiences of young smokers in quitting smoking in twin cities of Pakistan: a phenomenological study. *BMC public health*. 2018;18(1):466.
153. Vennemann MM, Hummel T, Berger K. The association between smoking and smell and taste impairment in the general population. *Journal of neurology*. 2008;255(8):1121-6.
154. Ajmani GS, Suh HH, Wroblewski KE, Pinto JM. Smoking and olfactory dysfunction: a systematic literature review and meta-analysis. *The Laryngoscope*. 2017;127(8):1753-61.
155. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *Bmj*. 2012;345.
156. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine & tobacco research*. 2007;9(3):315-27.
157. Benowitz NL. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*. 2010;362(24):2295-303.
158. Yong HH, Borland R, Le Grande M, Hu CCY, Gartner C, Hyland A, et al. Understanding the role of cessation fatigue in smoking relapse: Findings from the International Tobacco Control Four Country Smoking and Vaping Survey. *Addiction*. 2026;121(2):340-8.

8. EKLER

EK-1

Sigarayı Farmakolojik müdahale ve Non-farmakolojik Bırakan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Sigarayı yardım alarak (tıbbi müdahale) mı, kendi çabanız ile mi bıraktınız?
2. Sigaraya ne zaman, nasıl ve hangi sebeplerle başladınız?
3. Ne kadar süre sigara içtiniz ve bu süreçte kullanım alışkanlığınız nasıldı?
4. Sigarayı bırakma kararınızı nasıl verdiniz? Bu kararınızda etkili olan faktörler nelerdi?
5. Bırakma süreciniz nasıl gelişti? Karar aldıktan sonra ilk adımlarınız ne oldu?
6. Bu süreçte sizi en çok zorlayan durumlar neydi ve bu zorluklarla nasıl başa çıktınız?
7. Sigara isteği yaşadığınız anlarda ne yaptınız?
8. Sosyal ve stresli ortamlarda sigara içme isteğiyle nasıl baş ettiniz?
9. Bu süreçte size destek olan kişiler ya da kaynaklar oldu mu? Nasıl etkilediler?
10. Sigarayı bırakmak için özel bir yöntem veya strateji geliştirdiniz mi? Nasıl keşfettiniz?
11. Profesyonel destek almayı düşündünüz mü? Neden tercih etmediniz?
12. Bırakma sürecinde yaşadığınız fiziksel ve psikolojik değişimler nelerdi?
13. Daha önce bırakıp tekrar başladığınız dönemler oldu mu? Olduysa nedenleri neydi?
14. Yeniden bırakma süreciniz ilk deneyiminizden nasıl farklıydı? (varsa)
15. Relaps deneyiminizden ne gibi dersler çıkardınız? (varsa)
16. Kendi kendinize bırakma sürecinizde en çok ne yardımcı oldu?
17. Bırakma sürecinde sizi en çok zorlayan neydi?
18. Sigarasız bir yaşama geçtikten sonra hayatınızda neler değişti?
19. Şu anda sigaraya tekrar başlama isteğiniz oluyor mu? Bu istekle nasıl başa çıkıyorsunuz?
20. Sigarayı bırakmak isteyen birine ne önerirsiniz?
21. Sizce sigarayı bırakmanın en kritik başarı faktörleri nelerdir?

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI		Sigarayı Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemlerle Bırakan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Toplantı No:22 Karar No: 2025-22/04	Tarih: 11/12/2025
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerin oy birliğiyle karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

EBYU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN	Kulak Burun Boğaz	EBYU Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Sonay AYDIN	Radyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Ayhan KARS	Kulak Burun Boğaz	EBYU Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Ferdane DANIŞMAN KALINDEMİRTAŞ	Fizyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇELİK AYDIN	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Bülent DABANLIOĞLU	Tıbbi Mikrobiyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Betül KALKAN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	EBYU Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY	Aile Hekimliği	EBYU Tıp Fakültesi	☒	☐	☒	☐	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seval BULUT	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ERKMEN DOĞRU	Tıbbi Biyokimya	EBYU Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.