



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İSTANBUL'DA SİGARA BAĞIMLILIĞININ BAĞLANMA VE
PSİKOLOJİK BELİRTİLERLE OLAN İLİŞKİSİ**

Taner GÜLER

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul, 2019

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İSTANBUL'DA SİGARA BAĞIMLILIĞININ BAĞLANMA VE
PSİKOLOJİK BELİRTİLERLE OLAN İLİŞKİSİ**

Taner GÜLER

174102168

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul, 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174102168
Öğrenci Adı Soyadı	: Taner Güler
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL
Tezin Başlığı	: İstanbul'da Sigara Bağımlılığı Bulunan Bireylerin Bağlanma ve Psikolojik Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 12.03.2019	Saati	: 12:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “İstanbul’da Sigara Bağımlılığının Bağlanma ve Psikolojik Belirtilerle olan ilişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Taner Güler

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresinde ve bu tezin hazırlanmasında desteğini esirgemeyen, her türlü tecrübelerini, bilgilerini ve deyimlerini benimle paylaşan, soru ve problemlerime samimi, içten ve itina ile cevap veren, güler yüzlü ve samimiyetini esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üy. Hüseyin ÜNÜBOL' a ve Doç. Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR'a saygılarımı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen, bana inanmaktan vazgeçmeyen ve her koşulda yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

(GÜLER, Taner, Yüksek Lisans, İstanbul,2019)

İSTANBUL'DA SİGARA BAĞIMLILIĞININ BAĞLANMA VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERLE OLAN İLİŞKİSİ

Bu araştırma Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında İstanbul ilinde taranacak olan bireylerde sigara bağımlılığı olan kişilerin bağımlılık özellikleriyle bağlanma ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma kapsamında cinsiyet, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı, yaş ve medeni durumun sigara bağımlılığı ile bağlanma ve psikolojik semptomları arasındaki ilişkisinin saptanması hedeflenmiştir. Araştırmaya 1000'i erkek 995'i kadın toplam 1995 kişi katılmıştır. Kişilere Sosyodemografik bilgi formu, Bağlanma ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm kişiler bilgilendirilip, onayları alınmıştır

Çalışmamızın bulgularına bakıldığında; Erkekler kadınlara oranla daha fazla sigara tüketmektedirler. Katılımcıların medeni durum değişkenine bakıldığında bekar kişiler çok daha fazla sigara içmektedirler. Katılımcıların yaş, eğitim durumu ve çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında ise sigara kullanım sayıları ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan bireylerin psikolojik semptomları incelendiğinde ise hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunken anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon alt ölçeklerinden alınan toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların bağlanma boyutları incelendiğinde ise kaçınan bağlanma düzeyleri ile sigara kullanım sayılarına baktığımızda istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunamazken; bağlanma kaygı düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları literatürdeki bazı araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmış önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sigara bağımlılığı, Kısa semptom envanteri, Bağlanma ölçeği

ABSTRACT

(GÜLER, Taner, Master's Degree, İstanbul,2019)

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ADDICTION AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF NICOTINE ADDICTED INDIVIDUALS IN İSTANBUL

The objective of this study is to research Addiction and Mental Health Status in Turkey, by focusing particularly on the relationship between individuals' addiction, its characteristics and psychological symptoms. The sample group of the study comprises nicotine addicts in Istanbul Province. The relationship between nicotine addiction, including its symptoms, and variables like subjects' gender, educational level, number of children, age and marital status is also examined in this study. A total of 1995 participants consist of 1000 male and 995 female subjects. All participants have been asked to fill out Socio-demographic Background Questionnaire, Addiction Screening Questionnaire, Brief Symptom Inventory Test. Informed consent of study participants has been obtained. As a result of this research, it is seen that men consume more cigarettes than women. When the marital status variable is added, it is observed that single individuals compared with those who are married, consume more cigarettes. And there could not be found any significant correlation between the nicotine addiction and variables like gender, age and number of children. Evaluation of psychological symptoms of research participants shows that there is a positive correlation between the hostility subscale scores of the subjects and the number of cigarettes they smoked per day while there is not any statistically relevant correlation between the somatization subscale scores and variables like anxiety, depression, negative self-concept that the subjects experience. Evaluation of the severity of nicotine addiction of the research participants shows that there is not any significant correlation between insecure avoidant attachment level of subjects and the number of cigarettes they smoked per day while there could be found statistically relevant correlation between the attachment anxiety level of the subjects and the number of cigarettes they smoked per day. The findings of our study are similar to some studies in the literature. The findings of our study were discussed in the light of the literature.

Keywords: Nicotine Addiction, Addiction Screening Questionnaire, Brief Symptom Inventory Test

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM- KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	
1.1.Tütün, Sigara ve Tarihçeleri.....	2
1.2.Sigara Epidemiyolojisi.....	3
1.3.Sigaranın Bileşenleri.....	4
1.4.Sigara Kullanımı Yaygınlığı.....	5
1.4.1.Cinsiyete Göre Sigara kullanım yaygınlığı	5
1.4.2.Sosyoekonomik Düzeye Göre Sigara kullanım yaygınlığı.....	5
1.5.Sigara Bağımlılığı.....	6
1.5.1.Sigara Bağımlılığında Tanı kriterleri.....	8
1.6.Sigara Bağımlılığı Etiyolojisi.....	9
1.6.1.Psikodinamik Nedenler.....	9
1.6.2.Bilişsel Davranışçı Kuramsal Nedenler.....	9
1.6.2.1.Klasik Koşullanma.....	9
1.6.2.2.Edimsel Koşullanma.....	10
1.6.3.Biyolojik Nedenler.....	10
1.6.4.Sosyal Öğrenme kuramı.....	10
1.7.Sigara Bağımlılığında Psikolojik ve Fiziksel Bağımlılık.....	11
1.7.1.Fiziksel Bağımlılık.....	11
1.7.2.Psikolojik Bağımlılık.....	11
1.7.3.Tolerans Geliştirme.....	11
1.7.4.Yoksunluk.....	11
1.7.5.Relaps.....	11
1.8.Sigara Bağımlılığın Sonuçları.....	12
1.8.1.Fiziksel Sonuçları.....	12
1.8.2.Psikolojik Sonuçları.....	12

1.9.Sigara Bağımlılığı ile ilişkili özellikler	12
1.9.1.Cinsiyet.....	12
1.9.2.Yaş.....	12
1.9.3.Kişilik Yapısı.....	13
1.9.4.Risk Alma Davranışı.....	13
1.9.5.Dürtüsellik.....	13
1.9.6.Dışa Dönüklük.....	13
1.9.7.Benlik Saygısı.....	13
1.9.8.Duygudurum.....	14
1.9.9.Kişilerarası ilişkiler.....	14
1.9.10.Ebeveyn İlişkileri.....	14
1.9.11.Akran İlişkileri.....	14
1.9.12.Yerine Koyma.....	14
1.9.13.Entoksitasyon.....	14
1.9.14.Tetikleyiciler.....	14
1.10.Bağlanma.....	15
1.10.1.Bağlanma Türleri	15
1.10.1.1.Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli (DBM).....	15
1.10.1.2.Güvenli Bağlanma Stili.....	15
1.10.1.3.Saplantılı Bağlanma Stili.....	16
1.10.1.4.Korkulu Bağlanma Stili.....	16
1.10.1.5.Kayıtsız Bağlanma Stili.....	16
1.11.Bağlanmanın Bağımlılık ile İlişkisi.....	16
1.12.Bağlanmanın Sigara Bağımlılığı ile olan İlişkisi.....	17
1.13.Kısa Semptom Envanteri.....	17
1.13.1.Anksiyete.....	17
1.13.2.Depresyon.....	18
1.13.3.Olumsuz Benlik.....	19
1.13.4.Somatizasyon.....	19
1.13.5.Hostilite (Düşmanlık):	20
1.14.Psikolojik Semptomlar ve Sigara Bağımlılığı ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	20
1.15.İstanbul'un Özellikler.....	22
1.16.Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri.....	22

İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM	23
2.1.Evren ve Örneklem.....	23
2.1.1.Evren.....	23
2.1.2.Örneklem.....	23
2.1.3.Prosedür.....	24
2.2.Verİ Toplama Araçları.....	24
2.2.1.Davranış Etkileme Yüğü Formu:	26
2.2.2.Kısa Semptom Envanteri:	26
2.2.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (Yiye II).....	27
2.3.Analiz.....	27
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	28
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA	42
BEŞİNCİ BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	45
KAYNAKÇA	46
EKLER	56
Ek.1:Sosyodemografik Veri Formu.....	56
Ek.2:Kısa Semptom Envanteri Ölçeğı.....	59
Ek.3: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Ölçeğı.....	63
ÖZGEÇMİŞ	69

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TURBAHAR: Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Haritası

KSE: Kısa Semptom Envanteri

YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: DSM-IV sigara bağımlılığı tanı kriterleri.....	8
Tablo 2: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	28
Tablo 3: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	30
Tablo 4: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Kişi Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	30
Tablo 5: Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu, Sigara Kullanım Sayısı ve Sigara Kullanım Sürelerine Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	32
Tablo 6: Sigara kullanım Sayısı ile Bazı Demografik Özellikler ve Psikolojik Semptomlar Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	34
Tablo 7: Sigara kullanım Sayısı ile Bazı Demografik Özellikler ve Bireylerin Aleksitimi Düzeyleri Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	36
Tablo 8: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite ve Bağlanma Boyutları ile Sigara Kullanım Sayıları Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	37

GİRİŞ

Sigara veya tütün kullanımı ülkemizde ve tüm dünya da büyük bir problem olmaya devam etmektedir (Karakulah ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önlenebilir ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Lopez ve ark., 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara kullanımı dünyada çok süratli biçimde yayılan ve uzun süre devam eden bir salgın olarak açıklamaktadır. Dünya üzerinde 1 milyarı aşan kişi tarafından kullanıldığı yapılan araştırmalar neticesinde saptanmıştır.

Ülkemiz sigara kullanımında dünya sıralamasında 7. Avrupa sıralamasında ise 3.sıradadır (Önsüz, 2009). Sigaranın ulaşımının kolay olması satışının yasal olarak gerçekleşmesi, şehirleşme, olgunluk ve sosyalleşme gibi ölçütler nedeniyle kullanım oranı gittikçe artmaktadır. Özellikle genç nüfusu etkisi altına almaktadır. Bireyler psikolojik ve sosyal çevrenin etkisi ile tütün kullanmaya başlamakta ve sürdürmekte ve günlük bir ihtiyaç olarak görmektedir. Günümüzde sigara toplumlar tarafından haz verici bir madde olarak kullanılmaktadır. Tütün sigara haricinde çok farklı şekillerde kullanılmaktadır. Örneğin; Nargile, puro, pipo, tütün çiğneme, enfiye tütünün diğer kullanım şekillerindedir. Günümüzde en çok tercih edilen tütün kullanım şekli sigaradır. Ülkemizde tütünün, diğer kullanım şekilleri düşük seviyede olmasından dolayı tütün kullanımı denilince akla ilk olarak sigara gelmektedir. Ancak son yıllarda nargile kullanımı da yaygınlaşmaya başlamasına rağmen sigaraya oranla kullanım düzeyi çok daha düşüktür. Dünyada tütün kullanımı sağlık açısından çok büyük bir probleme neden olmasına rağmen ekonomik olarak önemli bir endüstri kolu haline gelmiş ve yüklü miktarlarda kazançlar elde edilmiştir. Ancak tütün kullanımının insanların sağlığına vermiş olduğu zararlar oldukça fazladır.

2.KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Tütün, Sigara ve Tarihçeleri

Sigara, halk içerisinde adına tütün denilen nicotiana tabacum bitkisinden çeşitli endüstriyel yollar kullanılarak elde edilebilmektedir (Ana Britannica, 1999).Tütün bitkisinin yetiştirilmesi ilk kez milattan önce (M.Ö) Amerika kıtasında 6000 'li yıllarda başladığı tahmin edilmektedir. Amerika'nın Yukatan adasında yaşamını sürdürmüş olan Mayalara ait olan tarihi taş ve kazılara bakıldığında üzerlerindeki resimlerden tütün kullanıldığı anlaşılmıştır. Bir diğer bölge olan kuzey Ohio'daki höyüklere bakıldığında pipo resimleri ile birlikte tütün kullanım şekillerine rastlanılmaktadır.1. yüzyılda Amerikan yerli halkı tütün yapraklarını çiğneyerek, burunlarından çekerek , yaralarına sürerek , tütünü yakıp dumanını solumak şeklinde çok çeşitli kullanımlar o dönemde görülmüştür.

Avrupalıların tütün bitkisiyle tanışması 1492 yılında Christopher Columbus Küba'ya ayak basması sayesinde olmuştur. Evrensel olarak tütün kullanımının ilk adımları 1530 yılında Santa Domingo da Avrupalı denizcilerin tütün bitkisini yetiştirmeleri ile atılmıştır. Tütünün gerçek anlamda Avrupa kıtasına geçişi 1566 - 1569 yılları içerisinde Amerikan kolonileri ile Portekiz, İspanya ve Fransa tütün yapraklarının taşınması sırasında gerçekleşmiştir.1566 yılında Fransız Kral 2. Henry 'in karısının baş ağrılarını geçirebilmek için Fransa'nın Portekiz elçisi olan Jacques Nicot kraliçeye tütün yollamış ve kraliçenin bu tütün sayesinde baş ağrıları azalmış böylece halk arasında kullanımı yaygın hale gelmiştir. 19. yüzyıldaki bilim adamları tarafından bitkinin içerisinde bulunan ve kimyasal içeriği tanımlanan ve bağımlılığa neden olan bu maddeye Fransız elçinin ismine itafen (Jacques Nicot) " nikotin " adı verilmiştir(Uzunca, 2002). 1612 yılında Kuzey Amerika da ticari amaçlı tütün üretimine başlanmıştır. Daha sonra yılında Kuzey Amerika'nın Virginia bölgesi ile İngiltere arasında gerçekleşen tütün ticareti ile birlikte İngiltere de 7000 tütün dükkanı açılmıştır. 1854 yılında Londra da sigara üretimi Philip Morris tarafından gerçekleştirilmiş olup bu alanda şirketleşme 1901 yılında Imperial Tobacco ve British American Tobacco kurulmasıyla başlamıştır. 1913 yılında ilk kez R.J. Reynolds tarafından modern sigara olarak tanımlanan camel ismi ile bir marka üretilmiştir (Wikimedia Commons, 2011). Sigara Avrupa kıtasından sonra Asya, Avustralya Afrika kıtalarında da kullanılıp üretilmiştir.1500-1600 yılları arasında Çin ve

Hindistan'ın Japonya ve Filipinlilerle yapmış oldukları ticaret le birlikte sigara kullanımı ve satışı başlamıştır. 1650 yılından itibaren de Portekiz ve İspanyol denizcilerin Afrika'ya seyahat etmeleri ile birlikte Afrika'da da ekim ve üretim başlamıştır . Avustralya kıtasının 1769 yılında keşfi ile birlikte 1788 yılında buraya ilk sigara sevki başlamıştır.

Tütün kullanımı Osmanlı devletine ticaret yolu ile ulaşmış daha sonra gittikçe yayılmaya başlanmıştır. Osmanlı askerleri kırım savaşı sırasında Fransız ve İngiliz askerlerinin tütünü kağıda sararak içtiğini görmüşlerdir. I. Ahmet döneminde yaygınlaşan tütün kullanımı IV. Murat zamanın da yangınlara neden olduğu öne sürülerek yasaklanmıştır. Osmanlı Devletinin çöküş döneminden sonra hızlıca yayılmış ve anadolu'ya ulaşmıştır (Barış, 2009).

19.yüzyılda ülkemizde sigara üretimi için ilk olarak Cibali Sigara Fabrikası kurulmuştur. Sonraki yıllarda ise çeşitli illerde sigara fabrikaları kurulmuştur. Daha sonra 1925 yılında sigara üretimi devlet tekeline geçmiştir. Sigaranın üretimi ve pazarlanması 1986 yılından itibaren serbest bırakılmıştır. Sigara üretiminin bir bölümü TEKEL aracılığıyla ithal edilirken bir bölümü ise İzmir Adana, Tokat, Bitlis illerinde kurulan fabrikalarda üretilmiştir (Ana Britannica, 1990). 2008 yılında TEKEL'in özelleşmesi ile birlikte sigara kullanımında artma meydana gelmiş bunun sonucunda tütün kontrol programlarına ağırlık verilmesine neden olmuştur (Yeşilay, 2014).

1.2. Sigara Epidemiyolojisi

Sigara bağımlılığı kullanımının yasal olması ve kolay temin edilebilmesinden dolayı en sık görülen madde bağımlılığı çeşitidir. Sigara içiciliği ister aktif olsun ister pasif olsun hastalık, ölüm, psikolojik ve maddi anlamda çok ciddi kayıplara neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada 1.3 milyar insan kullanmaktadır (WHO, 2008). Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) açıkladığı verilere göre her yıl pasif içiciler dahil olmak üzere yaklaşık 6 milyon kişi sigaranın sebep olduğu hastalıklar neticesinde hayatını kaybetmektedir (WHO, 2013).Dünyada her 10 saniyede bir insan sigara ve tütün ürünlerinin kullanımına bağlı olarak yaşamını yitirmektedir. 2030 yılında bu rakamın 10 milyon kişiye ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında sigaranın neden olduğu ölümlerin %70'inin 2020'li yıllara gelindiğinde gelişmekte olan ülkelerde olabileceği öngörülmektedir (WHO, 1998).Dünya Sağlık Örgütünün tahmin ettiği verilere göre dünyada 15 yaş ve üstü kişilerin 1/3 sigara kullanmaktadır. Sigara

kullanımı gelişmiş ülkelerde git gide azalırken gelişmekte olan ülkelere baktığımız da hızlıca artmaya devam ettiğini görülmektedir (Kutlu, 2005).

Türkiye sigara üretimi ve tüketiminde önemli ülkeler arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 verilerine göre ülkemiz dünyada sigara tüketiminin %2 sini Avrupa da ise %14 oluşturmaktadır (Akan ve ark., 2010). Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 yılında yapmış olduğu bir araştırmada Türkiye'de yaşayan 15 yaş ve üzeri bireylerde sigara kullanma yaygınlığının oranı %27 olarak belirtilmiştir. Cinsiyete göre sigara içme yaygınlığının oranı erkeklerde %41.5, kadınlarda ise % 13.1 olarak bildirilmiştir (Bilir, 2012). Sigara kullananların %23.8'i her gün sigara içmektedir. DSÖ 2015 verilerine göre Türkiye'de yetişkin bireyler grubunda sigara kullanım oranı %22 olduğu bildirilmiştir (WHO, 2015). Sigara içme sıklığı erkeklerde ve gelişmiş olan ülkelere gittikçe azalma gösterirken, kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelere artış göstermektedir (WHO, 2008).

1.3. Sigaranın Bileşenleri

Sigaranın özgün maddesi adına nikotin denilen koyu renkli bir sıvıdır. Tadı acı bu sıvı madde bir zehirdir ve sentetik olarak da üretilmektedir. Bu sentetik madde tarımda ilaç olarak da kullanılmaktadır (Ögel, 2018). Sigara dumanının içerisinde nitrozaminler, hidrojenyanid amonyak, karbonmonoksit, aromatik hidrokarbonlar ve nikotin gibi 4000'den fazla madde bulunmaktadır (Demir, 2008). Sigara dumanı oksidatif stresin başlamasına sebep olan yada gelişmesine katkı sağlayan birçok oksidan ve serbest radikalleri de içerisinde barındırmaktadır (Yılmaz ve ark., 2008).

Sigaradan salınan duman gaz fazının içerisinde yada partikül fazının içerisinde bulunur. Nikotin kimyasal maddesi partikül fazının içerisinde bulunan maddelerdendir. Tütün içerisinde doğal olarak bulunur ve bağımlılığa yol açar. Sigaranın içerisinde bulunan tütünde %0,5-8 oranında nikotin bulunmaktadır. Bir psikomotor stimulan olan nikotin beyinde epinefrin, norepinefrin ve serotonin salınımını da artırır. Kanserin oluşmasında en etken madde katrandır. Sigara içerisinde bulunan ve kansere neden olan diğer maddeler benzen, formaldehit, kadmiyum, arsenik, kadmiyum, krom, polonyum-210, nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, akrolein, nikel, asetaldehit, hidrazin, kurşun, kobalt ve berilyumdan oluşmaktadır. Sigara bunlarla beraber içerisinde kurşun-210 ve polonyum-210 gibi alfa yayınlayıcısı radyoaktif ürünleri de bulundurmaktadır. Bu izotoplar dumanla beraber akciğerde toplanarak oradan kan ve diğer organlara gitmektedir (Demir ve Okutan, 2014).

1.4. Sigara Kullanımı Yaygınlığı

1.4.1. Cinsiyete Göre Sigara kullanım yaygınlığı

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı verilere göre bütün dünyada 1 milyar erkeğin ve bununla birlikte 250 milyon kadının tütün kullandığı belirtilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre bakıldığında ise gelişmiş olan ülkelerde erkeklerin %35'i sigara kullanırken kadınların %9'u sigara kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında ise erkeklerin %50'si kadınların %22'si sigara tüketmektedir. Tüm dünyaya bakıldığında ise erkeklerde sigara kullanım sıklığı kadınlara göre daha fazladır. Türkiye'de sigara içme yaygınlığını araştırması Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 PİAR'a yaptırılmış araştırma 2048 kişi ile yapılmış 15 yaş ve üzerinde bulunan erkeklerin %62.8'inin kadınların ise %24.3'ünün tütün tükettiği tespit edilmiş olup, toplamda 2048 kişinin %43.6'sının sigara kullandığı net olarak saptanmıştır. Diğer bir kapsamlı araştırma ise 1993 yılında BİGTAŞ tarafından yapılmıştır. 26.546 kişi ile görüşme sağlanmış olup, 20 yaş ve üzerindeki erkek katılımcıların %57.8'inin, kadın katılımcıların ise %13.5'inin tüm katılanların %33.6'sının sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara kullanımına medeni durum açısından baktığımızda yalnız bireylerin yada bekar boşanmış bireylerin daha çok sigara kullandığı yalnızlıklarını sigara ile gidermeye çalıştığı araştırmalarda belirtilmiştir (Mayda ve ark.,2007).

1.4.2. Sosyoekonomik Düzeye Göre Sigara kullanımı yaygınlığı

Ülkemizde 1997 yapılmış olan bir çalışmada kişilerin gelir düzeyi yükseldikçe sigara tüketiminin arttığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksek olan meslek gruplarına bakıldığında örneğin, doktor, gazeteci öğretmen gibi meslekler ile diğer meslekler karşılaştırıldığında eğitim seviyesi yüksek olan meslek gruplarında sigara içiciliğinin daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Bilir, ve ark., 1997). Amerika'da bu konu ile alakalı yapılan araştırmada ise tam tersi bir durum olduğu görülmektedir. Kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe sigara içme oranının da azalma görülmüştür (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda Eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranının azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Aydın, 2012).

1.5. Sigara Bağımlılığı

Bağımlılık mahkum olmak demektir. Herhangi bir maddeye bağımlı olan kişi istem dışı olarak o maddenin taleplerini yerine getirmek zorundadır(Ceyhun vd., 2001). Sigara kullanımı hem beyne hem de davranışlara etki eden bir hastalıktır. Sigara bağımlılığı; nörobiyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik gibi faktörlerin oluşturduğu karmaşık davranışsal bir yansımadır (Yakır vd., 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), günde en az bir defa sigara içen kişilerin düzenli içici olduğunu belirtmiştir. Günaşırı sigara içmeyen kişiler düzensiz içici olarak adlandırılmaktadır (Bilgel, 2002).Nikotin sigara da bağımlılığa neden olan ana bileşendir (Stolerman, 1995).Nikotin bağımlılığa neden olan diğer bazı maddeler gibi beyinde bulunan haz ve ödül merkezine etki ederek kişide bağımlılığın gelişmesine sebebiyet verir. Bağımlılığa sebep olan maddenin, yarı ömrü ne kadar kısa olursa kişide bağımlılık da o denli hızlı bir gelişim gösterir. Bu yüzden maddeyi bırakmak o kadar zordur. Bundan dolayı sigara bağımlılığı çok çabuk gelişme gösterir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Sigara, ince havalandırma delikleri bulunan bir kağıdın içerisine tütün bitkisinin konulup sarılması ile meydana gelmektedir. Sigara içerisinde 4000 farklı kimyasal maddeyi barındırmaktadır. Bu kimyasallardan çoğunluğu yandığından dolayı tepkimeye girmektedir. Benzen, etilbenzen, siyanid, tolüen gibi sigaranın içerisinde bulunan kimyasal maddeler tütünün kalitesini arttırmak için tütünün içine eklenmektedir (Çetin, 2011).

Sigaradan ilk nefesin alınması ile birlikte nikotin çok kısa bir zamanda beyinde bazı merkezlere uyarı göndererek etkisini gösterir. Bağımlı olmayan kişiler ise ilk nefesin aldıklarında zihinlerinin daha hızlı çalıştığını endişe ve kaygılarının ortadan kalktığını söylemişlerdir. Burada sigara ve nikotin kişide meydana gelen yoksunluğu gidermiştir. Kişi aramış olduğu maddeye ulaştığı tam bir iyilik haline ulaşmıştır. Sigara kullanımının kesilmesinden 24 saat sonra kişide sinirlilik hali, dikkati toplama da güçlük, kalp atım hızında azalma, iştahında artma gibi belirtiler meydana gelmektedir.

Sigara kullanan kişiler 4 tip içici olarak kategorilendirilmiştir (Sigara Alarmı, 1992; Akt:Çiftçi, 1997).

1. Gününaşırı içenler: Günde en az 1 adet içenler
2. Ağır içiciler: Günde 20 adet veya daha fazla tüketenler
3. Arasına içenler: Günde 1 adet sigaradan daha az tüketenler
4. İçmeyenler:
 - a) sigarayı bırakmış olanlar
 - b)Hiç içmeyenler

Kişi de sigara tüketmediği zaman yoksunluk belirtisi meydana gelmesinden dolayı Dünya Sağlık Örgütü sigara bağımlılığını ilaç ve madde bağımlılığına benzer bir bağımlılık türü olduğunu dile getirmiştir. Sigara tüketiminin ve bağımlılığının, depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, şizofreni, ve şizotipal kişilik özellikleri gibi bazı psikiyatrik hastalıklarlada ilişki içerisindedir . Sigara tüketimi dışadönüklük, dürtüsellik, risk alma davranışı , tekdüzelikten kaçma davranışı ve yenilikler arama gibi bir çok kişilik yapısıyla ilişki içerisindedir (Mitchell, 1999; O'Doherty ve Ark., 2001; Zincir ve Ark., 2012).

Bağımlılık bir hastalık türüdür. Birden farklı madde ile aynı anda devam edebilir. Bağımlılık tedavi edilebilir bir hastalıktır ancak maddenin tekrar kullanılması ile birlikte süreç aynen devam eder. Birey bağımlılık konusunda tedavi olmuş olsa bile kullandığı maddeye ilişkin hassaslığı hayatı boyunca sürer (Enişte, 2004).

1.5.1.Sigara Bağımlılığında Tanı kriterleri

Tablo 1. DSM-IV sigara bağımlılığı tanı kriterleri

<p>Madde kullanımını bir ruhsal bozukluk değildir fakat madde bağımlılığı ruhsal bir hastalıktır. Kişiyeye bağımlı tanısı konulabilmesi için son 12 ay içinde aşağıdaki kriterlerden en az 2 tanesinin bulunması gerekir</p>
<p>1. Tolerans Geliştirme: Kullanılan madde kişide eskiden ettiği kadar etki etmediği ve keyif vermediği için kullanılan maddenin dozu arttırılır. Örneğin kişi günde 4 adet sigara kullanıyorsa buna tolerans gösterebilir ve aynı hazzı ve etkiyi alabilmek için kullanılan sigara miktarı arttırır</p>
<p>2. Yoksunluk Belirtileri (Withdrawal): Kişi kullandığı maddeyi azalttığı veya kesmesine rağmen maddenin vücuttan çekilmesiyle bazı olumsuz fizyolojik ve psikolojik belirtiler ortaya çıkar. Kişi, bu belirtilerden uzaklaşmak için kullandığı maddeye devam eder. Örneğin kişi maddeyi bıraktığında mide bulantıları, kusma, baş dönmesi, halsizlik, sinir, gibi belirtiler ortaya çıkabilir.</p>
<p>3. Tütün kullanımı amaçladığından daha yüksek miktarlara çıkmış ya da daha uzun bir süre tüketiliyor ise</p>
<p>4. Sürekli kullanım arzusu veya tütün kullanımı kontrol etmek, bırakmak için çabaların başarısız olması</p>
<p>5. Tütün temini ve kullanımını için oldukça zaman harcanması</p>
<p>6. Madde kullanım yüzünden sosyal, kültürel ve kişisel etkinliklerin dış dünya ile bağlantının azalması ya da tamamen terk etmek.</p>
<p>7. Madde kullanımını fiziksel, psikolojik ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen kullanmayı sürdürmek</p>
<p>8.Tütün kullanımı için özlem, ya da güçlü bir tütün kullanımı isteği ya da dürtüsü</p>

9.İş, okul veya evde başlıca yükümlülüklerini yerine getirmekte yetersizlikle sonuçlanan tekrarlayan tütün kullanımı
10.Fiziksel olarak riskli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı (yatakta sigara içme gibi)
11.Muhtemelen tütünün neden olduğu veya kötüleştirdiği kalıcı veya tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik sorunu olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımına devam edilmesi

1.6.Sigara Bağımlılığı Etiyolojisi

1.6.1.Psikodinamik Nedenler

Psikodinamik açıdan bağımlılığa bakıldığında bağımlı bireylerin psikoseksüel gelişimin pregenital, oral ya da arkaik dönemlerine gerilediği ve egonun işlevlerinde bozulmalar meydana geldiği bildirilmiştir (Ögel, 2017). Egonun güçsüz olması bağımlılık davranışını önemli ölçüde etkiler. Kişi çevresindeki insanlar ve nesnelere sürekli ilişki kuramaz. Gerçeği anlamak, tanımak ve yaşamaktan kaçınma davranışı ile sınırlıdır. Psikoseksüel gelişim dönemlerinden oral dönemde meydana gelen sorunlar sebebiyle bağımlılık gelişir. Oral kişilik yapısının özelliklerinden de anneye aşırı bağlılık, açgözlülük, karamsarlık vardır. Kişi geliştikçe çocukluk döneminde doyum sağlayan nesnelere ileriki yaşlarda sigara, alkol ve madde kullanımına dönüşür. Hazza ulaşmak bu maddeler sayesinde sağlanır (Ögel, 2017).

1.6.2.Bilişsel Davranışçı Kuramsal Nedenler

1.6.2.1.Klasik Koşullanma

Sigara tüketen bir kişi sigarayı bıraktıktan sonra ve çekilme belirtileri ortadan kalktıktan sonra bile kişinin sigaraya başlama arzusu uzun dönem devam etmektedir. Düzenli bir şekilde sigara tüketme süresince bazı duygular durumlar ve çevresel faktörler sigara kullanma ile ilişkili hale gelmektedir. Bu süreçler ile alakalı düşüncelerimiz duygularımızı, duygularımız da davranışlarımızı etkiler. Örneğin kişi yemek sonrası çay içilir ve otomatik düşünce olarak da kişinin aklına hemen çayla birlikte sigara içilir der

ve bunun sonucu olarak sigara alır, sigara kullanma ve içilen yerlere gitme davranışlarında bulunur (Özdel, 2015).

1.6.2.2.Edimsel Koşullanma

Sigaranın içerisindeki nikotin kimyasal maddesi içildikten 5-10 saniye sonra hızla beyne ulaşır ve burada beyni uyarır . Ödül ve haz merkezine etki eder. Burada öğrenilen uyarıcı etki belli bir süre sonra geçince kişi yaşadığı sıkıntıdan kurtulmak için sigarayı tekrar içer ve tekrar ödülünü kazanır (Tarhan ve Nurmedov, 2018).

1.6.3.Biyolojik Nedenler

Sigara içerisinde bulunan nikotin maddesi beynin içerisindeki ve diğer organlardaki nikotin kolinerjik reseptörler aracılığıyla etki etmektedir. Presinaptik alanın da asetilkolin, norepinefrin, dopamin, serotonin gibi nörotransmitter maddelerin salınımını artırır (Pomerleau, 1992). Bu nörotransmitter maddeler kişide zevk almayı iştahı azaltıp hafızayı güçlendirir ve kişide sigara içme isteğini arttırır. Pozitif pekiştireçli bu etki, kişide bağımlılığın oluşması ve devam ettirilmesi ile suçlanmaktadır. Negatif pekiştireçler de bu süreçte önemli etkindir.

1.6.4.Sosyal Öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre sigara bağımlılığı klasik ve operant öğrenme prensipleriyle edinilmiş ve öğrenilmiş alışkanlıklardır. Sigara içme davranışı doğrudan doğruya deneyimlenerek ya da kişinin kendi gözlemlemesi ile öğrenilmektedir. Özellikle genç bireyler sigara içme davranışını büyüdükleri kültürlerden, ailelerinden, medyadan ve yetişkinlerden görerek öğrenmektedir. İlk sigara içme deneyimi sosyalleşmenin ilk adımı olarak adlandırılmaktadır. Sigaranın kullanıldığı sosyal çevre çok önemlidir. Sigara yalnızken değil kalabalık ortamlarda daha çok kullanılmaktadır. Kişi sigara içenleri görerek kendine modelleme yapar ve keyif almasa dahi sigara içmek beni çekici yapar düşüncesi ile içmeye devam eder.

1.7.Sigara Bağımlılığında Psikolojik ve Fiziksel Bağımlılık

1.7.1.Fiziksel Bağımlılık

Sigaranın içerisinde bulunan nikotin maddesi sinir sistemi üzerinde küçük dozajlarda uyarıcı büyük dozajlarda bastırıcı etkisi olan kişide bağımlılık yapan ve bağımlılığın ortadan kaldırılmasında çok zorlanılan bir maddedir (Budak , 2000). Nikotin kimyasal maddesi içildikten 5-10 saniye sonra beyne gider ve burada beynin haz merkezinde bulunan nikotin reseptörleri nikotin tarafından uyarılarak bağımlılığa neden olur (Davison ve Neale, 2004).Nikotin maddesi beyne ulaştığında öğrenme, dikkat, hafıza, iştah, nabız, solunum sayısı gibi bir çok fonksiyonda değişikliğe neden olur (Tarhan ve Nurmedov, 2018).

1.7.2.Psikolojik Bağımlılık

Sigara içerisinde bulunan bağımlılık yapan nikotin maddesinin fiziksel etkileri ile beraber ruhsal etkileri de oluşmaktadır. Sigara bağımlılığında kişiler sigarayı bir rahatlama aracı olarak kullanmakta, stresle baş etme yöntemi olarak görmekte öfkesini kontrol etmek için kullanmaktadır.

1.7.3.Tolerans Geliştirme: Kişinin kullandığı madde önceden yaptığı etkiyi artık gerçekleştirememektedir. Kişi maddeden keyif de almadığından kullandığı maddenin dozunu artırmaktadır. Böylece kendince tolerans geliştirmiştir.

1.7.4.Yoksunluk: Kişi kullandığı maddeyi azaltmasına yada kesmesine rağmen maddenin vücuttan çıkınca bedende birtakım negatif fizyolojik ve psikolojik sorunlar günyüzüne çıkar. Kişi ortaya çıkan negatif belirtilerden uzaklaşmak maksadıyla maddeyi kullanmayı sürdürür.

1.7.5.Relaps: Bağımlılığın bütün belirtilerinin yeniden ortaya çıkması ve kullanılan maddenin tekrar çok yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanmasıdır (Ögel, 2005). Relapsın oluşumunda madde kullanımına bağlı olarak uyarınların da rolü vardır. Bu uyarınlar bağımlı kişiyi motive eder ve heyecan verir. Kişi bu uyarınları gördüğünde yada düşündüğünde kişiye madde kullanım dürtüsünü aşırme davranışı yaratmaktadır (Carlson, 1999).

1.8.Sigara Bağımlılığın Sonuçları

1.8.1Fiziksel Sonuçları

Sigara kullanımı kişinin iştahını azaltır. Kan basıncında yükselme meydana gelir. Damar tıkanması meydana gelir. Kroner kalp rahatsızlığı, akciğer hastalığı, beyin damar hastalıkları ve periferik damar hastalıklarının tümü sigara içme ile ilişkili olduğu yüksek oranda saptanmıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2018).Nikotin yoksunluğunda ise sinirlilik, öfke, uykusuzluk, titreme, baş dönmesi, gerginlik, kas kasılmaları ve tansiyonda düşme meydana gelir.

1.8.2.Psikolojik Sonuçları

Sigara ve psikoloji arasında güçlü bir bağlantı vardır. Sigara bağımlılığının fizyolojik sonuçları olduğu gibi psikolojik açıdan da sonuçları vardır. Sigara bağımlılığı olan kişilerde stresle baş etmede yetersizlik stres artması ,çeşitli kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete , şizofreni gibi çeşitli ruhsal sonuçları meydana gelmektedir. Örneğin; sigara bağımlılığı depresyon için önemli bir risk faktörüdür. Sigara tüketimi ile depresyon arasındaki ilişkinin bu iki hastalığa karşı bireyin genetik bir yatkınlığı olduğu öne sürülmüştür (Karakulah, 2013).

1.9.Sigara Bağımlılığı ile ilişkili özellikler

1.9.1.Cinsiyet: 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan çalışmada tüm dünyada 1 milyar erkeğin ve 250 milyon kadının sigara kullandığı belirtilmiştir (WHO, 2002). Sigara içme oranına cinsiyet açısından bakıldığında erkekler kadınlardan 3 kat daha fazla sigara tüketilmektedir.

1.9.2.Yaş: Sigara kullanım yaşına bakıldığında içme yaşı gittikçe düşmektedir. Özellikle 15 yaş ve üzeri kişilerde sigara içme oranı artmaktadır. Kişilerin ergenlik dönemindeki birey evde anne, baba okulda öğretmen model olan kişileri örnek almaktadırlar. Sigara içme davranışı ergenlerde büyümenin sembolü olarak da nitelendirilmektedir. Sigara içme itiyatı daha çok çocukluk ve gençlik dönemlerinde edinilen bir davranış biçimidir.

1.9.3.Kişilik Yapısı

Kişilik faktörleri de sigara kullanımında önemli etkindir. Sigara içen gençlerin kişilik yapılarında duygusal olarak bir dengesizlik, kısa yoldan haz elde etme, gerçeklerden kaçma, yarışmacılık, aşırı tutku, otoriteye karşı çıkmak, tehlike arama, başkalarına benzeme gibi karmaşık özelliklere sahip olduğu görülmüştür. 13-19 yaş grubundaki gençlerin sıkça ruhsal ve toplumsal nedenlerden dolayı sigaraya başladığı görülmüştür.

1.9.4.Risk Alma Davranışı: Risk alma davranışı, kişinin yaşamını devam ettirebilmesi ve geliştirebilmesi için gerekli bir davranıştır. Yüksek riskli davranışlar olumsuz sonuçların meydana gelmesine sebep olur. Risk alma davranışının değerlendirilmesi kendini- öz bildirim, ve öz denetim ölçekleri ile gerçekleştirilir (Özver, 2010).

1.9.5.Dürtüsellik: Dürtü kelime olarak bedensel ve ruhsal dengenin değiştirilmesi ile meydana gelen kişiyi bazı tepkilere getiren, kişinin içinden gelen gerilim olarak adlandırılmaktadır. Kişinin içerisinden gelen gerilimi kontrol edememesi dürtüsellik olarak tanımlanmaktadır (Açar, 2016). Dürtüsellik seviyeleri yüksek olan kişilerin bağımlılığa yatkın oldukları ,kişilerin küçük yaşlarından itibaren alkol sigara ve esrar kullanmaya başladıklarını madde kullanım oranlarının da gittikçe arttığı yapılan araştırmada da belirtilmiştir (Kollins, 2002).

1.9.6.Dışa Dönüklük: Dışa dönük kişiler tam anlamı ile sosyal kişilerdir. İnsanlarla beraber olmaktan oldukça hoşlanırlar. Bu kişiler isteklidirler ve eyleme yönelik bireylerdirler. Dışa dönük kişilerin duyguları olumlu ve daha çok etkileşime sahip bireylerdirler. Genel olarak iyimser bir yapıya sahip ve oluşan problemleri olumlu taraftan tekrar ele almayı seçerler.(McCrae ve John, 1992).

1.9.7.Benlik Saygısı: Benlik, kişinin kendisini algılayabilme ve kavrayabilme şeklidir. (Balcı Polat, 2003). Benliğin insanın hayatında önemli bir rolü vardır. Kişi hayatında yapmış olduğu seçimlerde, kendisinin nasıl görülüp değerlendirildiği benlik kavramı sayesinde kontrol eder (Karaaslan, 1993). Litaratüre bakıldığında benlik ve benlik kavramlarının benzer anlamlar taşıdıkları çalışmalarda birbirlerinin yerine de kullanıldığı görülmüştür (Taştekin, 2016). Benlik bireyin kendisini tanımlamakta, benlik saygısı ise kişinin kendisi ile alakalı olumlu ve olumsuz tanımları içerir (Cobb, 2007).Benlik saygısı, insanın kendisine güvenen ve kendisine saygı duyan kendisini olumlu olarak

değerlendiren , kendisinin benlik kavramını onaylayan olarak tanımlanmıştır. (Bilgin,1996).

1.9.8.Duygudurum: Kişinin belli bir süre duygulanım içerisinde olmasıdır. Kişinin iç duygusal durumu ile alakalıdır. Başka kişiler tarafından gözlemlenebilir veya kişi tarafından anlatılır ve kişide kalıcıdır.

1.9.9.Kişilerarası ilişkiler

1.9.10.Ebeveyn İlişkileri: Aile kişinin yaşamında ve gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ebeveynlerin sigara kullanması bireyde bir rol model oluşturmaktadır. Anne ve babanın sigara içmesi çocuklarında sigara içmesine neden olmaktadır. . Ebeveynlerinde yada kardeşlerinde sigara bağımlılığı olan bireylerde ergenlik döneminde sigaraya başlama riski 2-4 kez daha yüksek olacağı belirtilmiştir (Hughes, 1986).Yapılan bir diğer çalışmada ise Ebeveynleri sigara içen bireylerin sigara bağımlılığı riski iki kat daha fazla olarak bulunmuştur (Ögel, 2017).

1.9.11.Akran İlişkileri: Ergenlik döneminde akran ilişkileri sosyelleşmenin en önemli öğelerindedir. Akran etkisi gençleri sigara içme hususunda ya doğrudan yada dolaylı yollarla etkilemektedir. Doğrudan etki sigara kullanımına teşvik veya teklif etmek, dolaylı etki ise model alma ve sigara kullanımına karşı genel tavrın algılanmasıdır. Çocukluktan itibaren ergenlik döneminin bir bölümünde ebeveyn etkisi etkili iken zamanla ergenliğin sonlarına doğru akran etkisi daha çok etkilidir.

1.9.12.Yerine Koyma: Sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Sigarayı bırakmanın ardından çıkacak olan çabuk sinirlenme, şiddetli nikotin alma arzusu gibi sigara yoksunluğunun belirtilerini önlemek ve şiddetini azaltmak amacıyla kullanılmaktadır.

1.9.13.Entoksitasyon: Geçmişte madde kullanımına bağlı olarak maddenin merkezi sinir sistemine direk etki etmesiyle meydana çıkan belirgin olarak ortaya konan uygunsuz davranışlar, psikolojik değişikliklerdir.

1.9.14.Tetikleyiciler: Kişi sigarayı bıraktıktan ya da azaltmaya başladıktan sonra eskisinden daha çok sigara içmek isteyecektir. Sigara görmek kokusunu almak sigara ile ilgili acı veya haz veren bir anı, kişide sigara ile ilgili güçlü duygular uyandıran kişiler ve mekanlar, kişinin depresif veya kaygılılık hali, huzursuzluk sigara içmeyi tetikleyebilir.

1.10.Bağlanma

Bağlanma, kişinin doğduğu andan itibaren başlayan, duygusal yönden etkili olan çocuk ve onun bakımını sağlayan kişi arasında gelişen ilişki ve devamlılığı olan bağlıdır (Keskin ve ark., 2009).Bu ilişki süreci anne ve çocuk arasında doğumdan itibaren başlar ve gelişir. Oluşan bu süreç bireyin gelişimini diğer kişilerle kurmuş olduğu ilişkilere ve uyuma etki ederek yaşam boyu devam eder (Bowlby, 1988).Bağlanma davranışı çocuğun bir kişi ile yakınlık kurması için oluşturduğu bağlıdır (Bowlby, 1969).Bağlanma erken dönemde bakım veren kişilerle kurulmuş olan ilişkilerin kalitesini bireyin duygu düzenleme becerilerini, kurulan yakın ilişkilerdeki beklentilerini ve davranışlarını etkiler. Erken dönemlerde yaşanmış yaşamakta olan her türlü deneyimler travmalar ayrılıklar ile yıllarda yaşanan kaygı, öfke, depresyon ile yakından alakalıdır.

1.10.1.Bağlanma Türleri

1.10.1.1.Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli (DBM)

İçsel çalışan modellerden ve erken dönem bağlanma kuramından faydalanılarak kendilik ve öteki modellerinin birleşiminden yetişkin bağlanma modeli adı altında yeni bir bağlanma modeli ortaya çıkmıştır (Bartholomew ve ark.,1991).Temelde bu model kişinin kendisini ve diğerlerinin olumlu yada olumsuz olarak algılanması yer almaktadır (Çalışır, 2009).

Olumlu benlik modeline bakıldığında içsel olarak kendini sevme ve saygı duyma olarak tanımlanırken, Olumsuz modelinde ise kişinin öz saygısı düşüktür ve onaylanma ihtiyacı hisseder. Olumlu başkalarını modelinde diğerleri ulaşılabilir ve güvenilirdir. Olumsuz modelde ise tam tersi güvenilmezdir (Bartholomew and Horowitz 1991; akt. Sümer, 2006).

Güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma stilleri modeli mevcuttur.

1.10.1.2.Güvenli Bağlanma Stili: Her iki benlik ve başkaları modellerinin olumlu olduğu kişilerde güvenli bağlanma meydana gelir. Değerlilik duygusu güvenli bağlanmada gelişmiştir. Kişi başka bireyler tarafından kabul göreceğine inanır ve diğer kişileri duyarlı olarak tanımlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.10.1.3.Saplantılı Bağlanma Stili: Bu kişilerde benlik modeli olumsuz, başkaları modeli olumludur. Kendilerine karşı değersizlik hissi ve başka kişiler

hakkında olumlu düşünceler yoğunluktadır. Bu durumun bir sonucu olarak, kişi değerli olduğunu düşündüğü diğer bireylerin onayını alma ihtiyacını hisseder ve kendini bu bireylere kabul ettirmeyi ister (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.10.1.4.Korkulu Bağlanma Stili: Kişi de hem benlik hem de başkaları modeli olumsuz olarak meydana gelir. Korkulu bağlanma stili değersizlik duygusu ile diğer kişilerin güvensiz ve reddedici olacağına dair inancın birleşmesinden oluşur. Korkulu ve kaçınmacı bağlanan kişiler yakın ilişkiler kurmaktan kaçarak olası bir reddedilme davranışına karşı kendilerini korumaya almaya çalışırlar. (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.10.1.5.Kayıtsız Bağlanma Stili: Kişide benlik modeli olumlu, başkaları modeli yine olumsuzdur. Kişiler kendilerini sevmeye değer görseler bile diğer bireylere karşı olumsuz bir düşünceye sahiptirler. Kişi diğer bireylerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçarak yaşayabilecekleri hayal kırıklarına karşı kendilerini korumaya çalışırlar. Bağımsız olduklarında hiçbir şekilde zarar görmeyecekleri inancına sahip olurlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.11.Bağlanmanın Bağımlılık ile İlişkisi

Bağımlılık, duygu- düzenleme eksikliği alakalı bir bağlanma bozukluğudur (Flores, 2004). Bağımlılık ve bağlanma kavramlarına birbirinden ayrı bakmak gerekir (Bowlby, 1973). Bağımlılık bir bireyin fiziksel ihtiyaçları için başka bir bireye güvenmesidir. Yaşamının ilk haftalarında bebekler annelerine bağımlıdır, Ancak bebek annesine daha bağlanamamıştır. Birey kendisini ve duygularını kontrol etmesi bağımlılığa direnebilmesi için erken dönemde güvenli bağlanmayla kuvvetlendirilmiş duygu ve düzenlemesi olması gerekmektedir. Kişiler madde kullanarak yakınlık kurmayı yada herhangi bir şekilde reddedilmeyi engellemekten kaçarken maddeyi güvenli yol olarak tercih etmektedir.

1.12.Bağlanmanın Sigara Bağımlılığı ile olan İlişkisi

Çocukluk dönemin aile kurulan bağlanma biçiminin sonraki yıllarda sigara kullanımı için belirleyici olabileceği bildirilmiştir (Görgün, 2009).Ailesine kendisini daha yakın hisseden ergenlerde kendine güven, bağımsızlık,

psikolojik durumlar diğer ergen bireylere göre daha fazla gelişmiş olduğunu ve bu ergen bireylerde sigara kullanımının daha az görüldüğü belirtilmiştir (Kılıç, 2007). Ebeveynleri ile güvenli bağlanma oluşturamayan gençlerde sigara bağımlılığı eğilimi daha çok görülmektedir (Morsünbül, 2009).Kaçıngan bağlanma stiline sahip ergenlerde sigara kullanımı ve diğer madde kullanımları ile birlikte antisosyal kişilik bozukluğu da görülmektedir (Balcı Polat, 2011). Aile ilişkilerinin sigara içme davranışı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir.

1.13. Kısa Semptom Envanteri

Kısa semptom envanteri(KSE) psikopatolojilerin değerlendirilmesi maksadı ile kullanılan bir ölçek türüdür. Normal örneklerde kullanıldığı gibi bazı psikiyatrik ve genel tıbbi hastalarda da meydana gelebilecek bazı psikolojik belirtileri bulabilmek amacıyla Derogatis tarafından geliştirilmiş bir çok boyutu olan belirti tarama ölçeğidir (Derogatis, 1992). Kısa semptom envanteri SCL-90 adı verilen 90 maddelik semptom belirtilme listesinin kısaltılması ile birlikte 53 maddeden oluşmuş likert tipi kişinin kendini değerlendirme ölçeğidir. KSE Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostelite(düşmanlık) gibi 5 alt ölçekten oluşmuştur.

1.13.1.Anksiyete: Kişinin göğsünde sıkışma, kalbinde çarpıntı, vücudunda terleme, baş ağrısı, midede bulantı hissi gibi fiziksel durumların ortaya çıktığı korku ve endişe duygusudur (Türkçapar, 2004). Anksiyete kişilerin yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları çeşitli çevresel ve duygusal olaylara karşı hissettikleri duygu durumudur. Günümüzde görülen anksiyete bozuklukları türleri panik atak, agorafobi, agorafobi meydana gelmeden oluşan panik bozukluğu, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu, panik bozukluğu oluşmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluklarını kapsar (Türkçapar, 2004). Anksiyetenin oluşumuna dair bazı kuramcılar çeşitli açıklamalar yapmışlardır. Freud'a göre sahip olunan ego sürekli bir şekilde üç farklı tehdit altındadır. Bunlar; dışarıdan gelebilecek saldırılar ve engellemeler, idin iç güdusel ve

gerçek olmayan istekleri ve süper egonun cezalandırma isteği. Ego bu tehlikeli durumlardan kaçabilmek için üç farklı anksiyete geliştirir.

Gerçeklik Anksiyetesi: Dış dünyada tehlikeli olayların varlığının algılanabilmesi oluşur.

Vicdani Anksiyete: Süper egonun vicdan diye adlandırılan bölümünün tehlike algıladığı durumlarda ortaya çıkar. Egoda suçluluk hissi ya da utanç duygusu hissi yaratır.

Nevrotik Anksiyete: İçgüdülerden gelen tehlike sinyalinin algılanması ile beraber oluşur (Geçtan, 1996).

Adler göre kişilerin içerisinde barındırdıkları aşağılık kompleksi ile beraber kendilerine olan güvensizlikleri sonucu anksiyete oluşur der (Pirinççi, 2009).

Varoluşçu kurama göre anksiyete, kişinin aslında bir hiç olduğunu keşfetmesi ile başlar. Oluşan bu durum bireyler de ölümün kesinliğinden daha fazla rahatsızlık duygusu verir (Koroğlu, 2004).

Toplumda Anksiyete bozukluklarının görülme oranı %17 civarındadır. Kadınlarda erkeklerden daha çok anksiyete te bozukluğu görülür. Anksiyete ve depresyonun beraber görülme sıklığı da oldukça yüksektir (Özen ve Temizsu, 2010).

1.13.2.Depresyon: Kişide meydana gelen üzüntülü bunaltılı bir duygu durumla beraber düşüncede, konuşmada , hareketlerde meydana gelen yavaşlamalar ile birlikte tam anlamı ile ruhsal çökkünlük halidir (Yörükoğlu, 2004).Bu durumlar ile birlikte bireyde değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, pişmanlık duyguları oluşur (Öztürk, 2004). Uyku düzeninde iştahta, cinsel istekte bozulmalarda gözlemlenmektedir (Küey, 1998).

Psikanalitik kurama göre, kişiler kendilerinde oluşan öfke ve düşmanca hisleri bastırırlar. Bu bastırma sonucunda öfke kendilerine geri döner bunun sonucunda da depresyon meydana gelir (Cengil, 2003).

Biyolojik kurama göre kişilik bozukluklarında norepinefrin ve serotonin adında iki farklı nörotransmitter rol oynamaktadır. Bu nörotransmitterler beynin duygusal davranışlarını düzenlerler. Biyolojik kuram, depresyonu nörotransmitterlerden birinin ya da her ikisinin eksik olmasına bağlar (Atkinson, 1989, akt., Cengil, 2003).

Bilişsel kurama göre depresyon bir duygulanım değil bilişsel bir bozukluktur. İnsanların zihnine yaşamın ilk yıllarından başlayarak, kendine, başka kişilere, dış dünyaya ve geleceğe yönelik bazı inanışlar, düşünceler gelişir. Depresyona yatkın kişilerde bu kavramlar çoğu zaman olumsuz olarak yerleşmiştir. Kişiler yaşadıkları olayların daha çok olumsuz yönlerini algılamaya başlar ve olumsuz yönde düşünür ve böylece depresyon su yüzüne çıkar (Öztürk, 2004). Davranışçı kuram, pekiştirme eksikliğinin depresyona sebebiyet verebileceğine deyinmiştir. Kişinin, olumlu duyguları tam olarak pekiştiremediğini yada bu oranın düşük olduğunu veya yaşadığı olumsuz deneyimlerinin fazla olmasının depresyonu tetiklediğini belirtmiştir (Cengil, 2003).

1.13.3.Olumsuz Benlik: Benlik, insanın kendi kişiliğine, kendi özelliklerine, kendi yeteneklerine ve kendince değer yargılarına, beklentilerine ve ideallerine yönelik fikir ve algılarının tamamıdır (Hamachek, 1988). Olumsuz benlik ise kişinin kendisini başka insanlarla kıyaslayıp, kendisini değersiz olarak nitelendirip aşağılaması, kendi özünü reddetmesi, rahat ve doğal olarak davranamaması, çok fazla özfarkındalığının olması buna ek olarak olumsuz beklentilerinin olmasıdır (Acar, 2009).

1.13.4.Somatizasyon: Somatizasyon, kavramı fiziksel bulgularla açıklanamayan bedensel belirtiler ve şikayetlerin tümüdür (Gökalp, 2010). Fiziksel bir bozukluktan yada bir ilacın yaptığı etkiden bağımsız bir biçimde ortaya çıkar. Kişi ortaya çıkan bu belirtileri kullanarak başka insanlarla iletişim kurmaya ve onlardan yardım almaya çalışır (Güleç, 2006)

Psikanalitik kuramda somatizasyon, kişinin bastırılmış duygu ve isteklerinin, bilince çıkmasını önlemeye yarayan bir savunma aracıdır (Kellner, 1990). Bireyin başka kişilere yönelik öfkesini bastırması sonucunda gittikçe kişi öfkesini kendine döndürmesi bu belirtilerin nedeni olabilir (Saygılı, 2001).

Somatizasyona yatkın olan kişilerin bilindik özellikleri duygusal uyaranlarla karşı karşıya kaldıklarında tepkilerini duygusal yada bilişsel olarak değil bedensel olarak verirler (Kesebir, 2004).

Somatizasyon bozukluklarının belirtileri genelde 25 yaşından önce başlar. Tanı konulması için gereken yaş 30 yaşından önce olmalıdır. İlerleyen dönemlerde yaş ile beraber fiziksel belirtilerin dışlanması zor olmaktadır (Sevinçok, 1999). Somatizasyona depresyon yada ansiyete gibi bir psikiyatrik rahatsızlıkta eşlik edebilmektedir.

1.13.5.Hostilite (Düşmanlık): Hostilite, öfke ve saldırganlık birbirine benzer kavramlar olarak karşımıza çıkar. Öfke gerçek bir engelleme haksızlığa uğrama, tehdit, küçümsenme sonucunda ortaya çıkan, bu algıları meydana getiren uyaranları yok etmeye yönelik bir duygu olarak karşımıza çıkar (Çitemel, 2010).

Saldırganlık ise öfke duygusunun ortaya çıkmasından sonra bu duyguyu yaratana karşı ortaya çıkan davranış biçimidir.

Hostilite, düşman olma, iftira, kötülük içeren ve öfke duygusu ile beraber ortaya çıkan etkileri ile birlikte meydana gelen olumsuz bir davranıştır. Başka kişilere zarar verme, o kişilerden intikam alma, onlara acı çektirme arzularını içerir. (Satılmış, 2012).

1.14.Psikolojik Semptomlar ve Sigara Bağımlılığı ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişilerde sigara bağımlılığı genel nüfusa oranla çok daha fazladır. Örneğin; herhangi bir nedenden dolayı anksiyete yaşayan bireylerde anksiyete miktarını azaltmak için sigara kullanımına yönelmektedirler. Sigara içme miktarı arttıkça, nikotinin etkisi de artmakta böylece yaşanan rahatsız edici durumlarda nikotin devreye girerek yaşanan anksiyete azalmaktadır (Kassel and Unrod, 2000). Anksiyete bozukluğu, şizofreni, depresyon, madde kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk gibi tanıları olan kişilerde sigara içme sıklığı genel popülasyona göre daha yüksektir. Sigarayı bırakmayı çalışan bağımlı bireylerde yapılan bir araştırmada anksiyete bozukluğu olan ve sigara kullanan kişilerde yüksek düzeyde sigara bağımlılıklarının olduğunu ve bırakma öncesinde nikotin yoksunluk bulgularının olduğunu, Anksiyete tanısı almış kişilerde sigara içme davranışının motivasyonunun artması, yüksek düzeyde yoksunluk ve farmakoterapiye azalmış yanıt verdiği bildirilmiştir (Piper ve ark., 2011). Anksiyete duyarlılığı nikotin bağımlılığı için güçlü prediktör olan bir psikolojik nedendir (Reiss ve ark.,1986).Çok daha yüksek anksiyete duyarlılığı seviyelerinde; daha yüksek sigara bağımlılığı, sigarayı bırakma ile ilgili kişide olumsuz beklentiler, daha şiddetli bir şekilde yoksunluk ile ilgili sorunlar ve bırakma evresinde daha fazla yoksunluk ile ilişkili olarak bulunmuştur (Farris ve ark., 2015).

Depresyona baktığımızda ise hayatının herhangi bir döneminde depresyon tanısı almış kişilerin %60'ında halen yada geçmişte sigara kullanma öyküsü vardır (Lasser, 2000).Sigara bağımlılığı tanısı olan sigara içen kişilerin sigara içmeyen kişilere göre depresyon geçirme riski 2 kat daha fazladır (Breslau, 2000). Yine yapılan bir çalışmada

distimi ile ağır sigara içiciliği arasında ailesel bir yatkınlık gözlenmiştir (Dierker, 2002). Depresyon öyküsü olan ergenlere baktığımızda günlük sigara tüketme alışkanlığı herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan yaşlılarına göre 3 kat daha fazladır (Breslau, 1998). Depresyonu olan kişilerde nikotin bağımlılığı oranı artarken, halihazırda nikotin bağımlısı olan kişilerin depresyonun da olması bu kişilerin daha fazla sigara tüketerek bağımlılık durumlarının daha da artmasına neden olmaktadır. Bu sebeple depresyonu olan kişilerin sigarayı bırakma konusunda çok daha başarısız olduğu bildirilmektedir. (Şahin, 2004).

Türkiye’de 2000 yılında 304 psikiyatrik hasta ile yapılan sigara bağımlılığı çalışmasında sigara kullanım oranı tüm hastalarda %29,3, bipolar bozuklukta %70,6, psikotik bozukluklarda %44,1, anksiyete bozukluklarında %25,8, depresif bozukluklarda %25,3, cinsel işlev bozukluklarında %30, uyum bozukluklarında %25 ve somatoform bozukluklarda %21,2 olarak ortaya çıkmıştır (Yıldız ve ark., 2000).

Benlik saygısı ve nikotin bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada kızlarda benlik saygısının azalması sonucunda kızlarda sigara içiciliğinin arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı gibi davranışların düşük benlik saygısının bir göstergesi olduğu da ortaya konmuştur (Zengin ve Altay, 2014)

Hostil kişiler herhangi bir öfke veya sinirlilik halinde sigara ile bağ kurarlar nikotinin bir anlık rahatlatıcı etkisine bağlı olarak öfke sinirlilik halinde rahatlamak için oldukça fazla sigara kullanırlar. Sigara tam tersi etkiye de sahiptir. Çok fazla sigara tüketen içiciler sigara tüketmedikleri zaman nikotin arayışına girerler ve bunun etkisi ile kaygı, öfke ve sinirlilik içerisinde olurlar. (Kasatura,1998).

1.15.İstanbul’un Özellikleri

İstanbul ilk zamanlarından bu yana günümüze kadar bir çok medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Gelen tüm medeniyetler İstanbul’u kendi bilişsel, görüşsel, duyuşsal algılarına doğru düzenleme yoluna gitmiştir. İstanbul’da yaşam tarihsel verilere göre 300 bin yıla kadar uzanır. İstanbul’un jeopolitik konumuna baktığımızda Çatalca ve Kocaeli yarım adalarından meydana gelir. Kuzeyinde Karadeniz Bölgesi, güneyinde Marmara Denizi ve ortasında İstanbul Boğazı'ndan güney batıda Marmara ereğlisinden oluşur. İstanbul'u Avrupa, Asya anakaralarından oluşur. İstanbul Boğazı ise bu iki ayrı kıtayı birbirine ekler. Boğazda bulunan Fatih Sultan Mehmet ve Boğaziçi Köprüleri şehrin iki yakasını

birbirine bağlama vazifesi görür. Türkiye'nin en gelişmiş en fazla nüfusuna sahip şehri İstanbul'dur. Diğer bölgelerden çok fazla göç alır. Sanayi sektörünün 3/1'i ithalatın üçte biri, ihracatın beşte biri İstanbul'dan yapılmaktadır. İstanbul ülkemizin en büyük ulaşım sanayi ve ticaret şehridir. Bir çok tarihi geçmişi içerisinde barındırır.

İstanbul'un nüfusunun kalabalık olması bağımlılık oranı ile doğru orantılıdır. Ülkemizde sigara içme yaygınlığını araştıran çalışmalar belli bir bölge yada şehirle sınırlı kalmaktadır. İstanbul da yapılan bir çalışmada burada yaşamını sürdüren 707 yetişkin bireyle yaptıkları çalışmada , katılımcıların %77'sinin sigarayı yaşamları boyunca en az bir kez içtiğini ve %60'ının da düzenli olarak tütün tükettiğini belirtmiştir (Ögel, 2001).

1.16.Çalışmanın Amacı ve Hipotezler

1.16.1.Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında İstanbul ilinde taranacak olan bireylerde Sosyodemografik formlarında Sigara Bağımlılığı olan kişilerin bağımlılık özellikleriyle Bağlanma ve psikolojik semptomları arasındaki ilişkisinin incelenmesidir. Bu amaçla literatür taraması ve anket uygulaması yöntemlerinden faydalanılarak ilerleme kaydedilmiştir. Böylece çalışmada; sigara bağımlılığı, bağlanma ve psikolojik semptomlar ile ilgili literatürde yer alan bilgilerin verilmesinin yanı sıra ölçeklerden elde edilen verilerle bu değişkenlerin arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır.

1.16.2.Çalışmanın Hipotezleri

Çalışmada geçerliliği sınanan hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

H 1. Sigara bağımlılığı ile bağlanma arasında bir ilişki vardır.

H 2. Sigara bağımlılığı ile psikolojik semptomlar arasında bir ilişki vardır.

H 3. İstanbul ilinde sigara bağımlılığı özellikleri, sosyodemografik özelliklerle farklılık göstermektedir.

2.YÖNTEM

2.1.Evren ve Örneklem

2.1.1.Evren

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası(TURBAHAR) örneklem tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye Geneli, ve 9 Demografik Bölge (Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul) için analiz yapmaya imkan vermektedir. TBRSH'nın örneklem seçiminde ağırlıklı olarak tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Örneklem 26 NUTS3 bölgesinde ikamet eden kişilerin katılımı üzerinden planlanmıştır. Her bölgeden en az 200 en çok 2000 kişi dahil edilmiştir. Dahil edilen kriterler, 18 yaşının üstünde olma, Gönüllü olma, anketlerin doldurulmasına engel herhangi bir probleminin olmamasıdır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerden daha fazla örneklem seçilmiştir. Çalışma için 24990 kişiyle görüşülmüştür. Bu kişilerden 24456 kişinin verileri kriterleri karşıladığı, ölçekleri tam olarak doldurduğu için analizleri yapılması uygun görülmüştür.

2.1.2.Örneklem

TURBAHAR Çalışmasına dahil olan katılımcılardan 9 bölge arasında olan İstanbul ili içerisinde yaşamını sürdüren 1995 Kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Toplam katılımcıların % 49.8 'si kadın (n=995), %50.2 erkektir (n=1000) Kadınların yaş ortalaması 39.6 , erkeklerin yaş ortalaması ise 30.8 'dir. Eğitim seviyesi bakımından örneklemin % 9.8'i yüksek lisans, % 58.7'si üniversite, %20.9 'ü lise, %6.0 ortaokul, %3.6 ilkokul, % 0.9 okur yazar, %0.1 okur yazar değil

2.1.3.Prosedür

TURBAHAR alan çalışmasında 125 Tez öğrencisi görev almıştır. Her öğrenci bulunduğu veya ulaşabileceği bölgelerde yaşayan kişilere ulaşmıştır. Öğrenciler 9 alt bölge temsilcisiyle koordineli olarak görev almış. 9 alt bölge temsilcisi de 4 büyük bölge temsilcisiyle koordinasyon kurmuştur..

Araştırmadaki katılımcılar okullar, belediye binaları, özel şirketler gibi çeşitli çalışma alanları ve muhtarlık, ortak kamu alanları, kurslar, yardım dernekleri gibi kamu alanlarında ki bireylerden seçilmiştir. Potansiyel katılımcılara araştırmanın tanıtılmasının akabinde araştırma amacının açıklanması ile katılımında bulunmak isteyip istemedikleri

sorulmuştur. 18 yaş ve üzerinde olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü formunun imzalanmasının ardından katılımcılara içerisinde veri toplama araçlarının bulunduğu kitapçık haline getirilmiş anketler teslim edilmiştir. Gönüllüler anketleri bireysel olarak doldurup araştırmacıya geri teslim etmişlerdir. Ölçeklerle ilgili yönergeler hem sözel olarak hem de yazılı olarak verilmiştir. Uygulama esnasında yardım isteyen gönüllülerin soruları yanıtlanmıştır. Anketlerin doldurulması ortalama 45 dakika almıştır. Uygulamanın uzun sürmesi ve katılımcıların yoğun çalışma ortamlarında cevaplandırmaya zaman ayırmalarından yola çıkarak katılımcılara ölçeklerin doldurulması için herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemiştir. Katılımcılar uygulamanın ardından bilgilendirilmişlerdir ve ileride araştırmaya dair akıllarında oluşabilecek sorular için ulaşabilmeleri amacıyla araştırmacının ad soyad, e- mail adresi gibi bilgileri paylaşılmıştır. Çalışmanın Etik Kurulu Onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruldan alınmıştır.

Ekipler Eylül 2018 tarihinde saha görevlerine başlamıştır. Verilerin toplanması ve veri girişleri Ekim 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Tüm verilerin girişleri daha önceden hazırlanmış ve dağıtılmış Excell şablonlarına yapılmıştır. Bütün verilerden tek bir veri havuzu oluşturulmuş ve SPSS 21 Programına yüklenmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, istenilen verilerin toplanmasında demografik bilgilere ilişkin soruların olduğu araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyo Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık yükü formu, Bağlanma ölçeği, Kısa semptom envanteri ölçekleri kullanılmıştır. Bütün katılımcılar, kendilerine verilen kitapçığın ilk sayfasında yer alan, gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldıklarını beyan ettikleri bir onam formu imzalamışlardır. Katılımcıların imzaladıkları onam formunda çalışmanın kısaca açıklanmış amacına yer verilmiş, ve katılımcıların ölçek ve anketleri cevaplamaları istenmiştir.

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, hanelerindeki kişi sayısı ve çalışan sayısı gibi demografik bilgilerinin alınmasının yanısıra psikiyatri tedavisi başvuru öyküleri, silah bulundurma, sigara ve alkol kullanma durumu, kullanım sıklığı ve süresinin de sorulduğu genel sosyodemografik formdur. Çalışmaya katılanların sigara bağımlısı olma durumu, bu anketteki sigara kullanımı ile ilgili soruların cevaplarına göre belirlenmektedir.

Bu sosyodemografik formda medeni durum evli, bekâr ve ayrılmış; eğitim seviyesi ise okuryazar olmama, okuryazar olma, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans seçenekleri ile sorgulanmıştır. Hanede yaşayan kişi sayısı, hanede çalışan kişi sayısı, sahip olunan çocuk sayısı gibi sayısal değerli veriler 0–8 aralığındaki sayılar ile 8 ve üstü olarak sunulan 10 seçenekten birinin işaretlenmesi istenilerek toplanmıştır.

Katılımcıların psikiyatri tedavi öyküsü halen tedavi görüyorum, daha önce gitmişim, hiç gitmedim şeklinde bir ayırımla sorgulanmıştır. Katılımcıların ruhsatlı silaha sahip olup olmadıkları sorulmuş olup bunun yanında günlük yaşamda kendilerini güvende hissetmek için yanlarında alet taşıyıp taşımadıkları, taşıyorlarsa ateşli silah, çakı/bıçak, biber gazı, elektrikli/pilli bir cihaz, kesici/delici başka bir alet seçeneklerinden birini; taşıyorlarsa hiçbiri seçeneğini işaretlemeleri istenerek sorgulanmıştır.

Bu sosyodemografik formda sigara ve alkol kullanma durumları ayrı ayrı sorulmuş, cevap olarak evet, hayır, bıraktım seçenekleri sunulmuştur. Alkol kullanım sıklığı, ayda 1–2 defa, haftada 1–2 defa, hemen hemen hergün seçenekleri ile; sigara tüketim miktarı ise günde 0–10, 11–20, 21–40, 41’den fazla adet seçenekleri ile sorgulanmıştır. Ek olarak sigara kullanıcılarından sigara kullanım süreleri için 0–5, 6–10, 11–15, 16–20, 21’den fazla yıl seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Son olarak, katılımcıların esrar, bali, tiner, morfin, kokain, meta-amfetamin, bonzai, eroin, ekstazi maddelerinden herhangi birini deneme veya kullanma durumları da bu form aracılığıyla sorulmuştur.

2.2.1.Davranış Etkileme Yüğü Formu:

Bu form, davranışsal bağımlılıkta görülen ortak belirtilerden yararlanılarak oluşturulmuştur. Birçok çalışmada, bir davranışsal bağımlılığın, kişinin yaşamının merkezinde olduğu, duygusal değişimlerde tetiklendiği, yapılan davranışın giderek artan derecede yaşamının içerisinde olduğu, yapamadığında duygusal bir gerginliğe neden olduğu, kendisine sosyal ve iş hayatında negatif olarak etki ettiği, bu davranışı azalttığında tekrar geri dönebildiği gösterilmiştir. Bu özellikler baz alınarak, Kumar, Alışveriş, Sosyal Medya, Yeme, Oyun ve Cinsel yönelimli olan davranışların etki gücünü 11 likert’li (0-10) bir değerlendirmeye tabii tutularak ölçülebilmesine imkan tanıyacak bir anket hazırlanmıştır. Bu anket, bu davranışların kişinin hayatına bağımlılık ölçütleri kapsamında ne kadar etki ettiğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir soru, doğrudan

davranışın olumsuz bağımlılık ölçütlerini sormakta, bu ölçütlerden herhangi bir puan alan kişide, kişiye ekstra bir yük getirdiği şeklinde değerlendirilmektedir.

2.2.2.Kısa Semptom Envanteri:

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ruhsal belirtileri tarayan, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve kızgınlık olmak üzere beş alt boyuttan ve 53 maddeden oluşan, Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Puan ranjı 0-212 arasındadır. Ölçek, ergen ve yetişkin bireylere ve gruplara uygulanabilir. Ölçeğin cevaplanması için zaman sınırlaması yoktur. KSE, bireylerin kendilerinin tanımladığı, çeşitli psikolojik belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 53 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan birey her soru için (0) “Hiç Yok” ; (1) “Çok Az”; (2) “Orta derecede”; (3) “(3) “Oldukça Fazla”; (4) “İleri Derecede” şeklindeki şıklardan birini işaretlemektedir. Öğrencilere, psikolojik belirtilerin kendilerinde olup olmadığı, varsa ne derecede bulunduğunu işaretlemelerine göre her maddeye 0-4 arasında bir puan verilmektedir. Kısa Semptom Envanterinin Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Kızgınlık alt ölçeklerine ilişkin madde numaraları esas alınarak her bir alt ölçek için bir puanlama anahtarı yapılmıştır. Puanlama anahtarı ile öğrencinin her bir soruyu işaretlemesine göre 0-4 arasında puan verilerek bu alt ölçeğe ait puanları bulunmuştur.

Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir. Geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve meslektaşları (2002) tarafından yapılmış, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının 70 (somatizasyon) ile .88 (depresyon) arasında, envanterin iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak bulunmuştur.

2.2.3.Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri -II

Bu çalışmada, yetişkinlerin bağlanma stillerini belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılan ve yüksek güvenilirliğe sahip Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II) kullanılmıştır. 2000 yılında Fraley ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan YİYE-II 7’li Likert tipi olarak hazırlanmıştır. YİYE-II 36 maddeden oluşmakta, bağlanmaya ilişkin kaygı (18 madde) ve bağlanmaya ilişkin kaçınma (18 madde) olmak üzere iki alt boyutu ölçmektedir (27). Tek sayılı maddeler kaygı boyutunu, çift sayılı maddeler kaçınma boyutunu ölçmektedir. Ölçekten iki farklı toplam puan elde edilmekte ve her bir alt boyuttan alınan puanlar 18 ile 126 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların artması bağlanma kaygısının veya kaçınmasının arttığını göstermektedir. (Selçuk ve ark., 2005).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları tarafından

yapılmıştır. Ölçeğin kaçınma boyutu için Cronbach alpha katsayısı .90, kaygı boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur. Ayrıca YİYE II'nin test-tekrar test güvenilirliğinin de yüksek olduğu belirtilmiştir. Kaçınma boyutu için test tekrar test güvenilirliği 0.81, kaygı için 0.82'dir (Selçuk ve ark., 2005). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alpha katsayısının kaygılı bağlanma için 0.88 kaçınmacı bağlanma için .88 olduğu tespit edilmiştir.

2.3.Analiz

Çalışmanın verileri SPSS - 21 kullanılarak analize tabii tutulmuştur. Sigara bağımlılığı Davranış Etkileme Yüğü Formundan alınan verilere göre değerlendirilmiştir. Öncelikle Davranış Etkileme Yüğü Formundan hiç puan almayan katılımcılar ve herhangi bir puan alanlar olarak ikiye ayrılmıştır. Herhangi bir puan alanların puanlarının median değerleri hesaplandıktan sonra düşük ve yüksek olarak ikiye ayrılmıştır. **Sigara** kullanımında “Hiç kullanmayan”, “0-10”, “11-20”, “21-40”, “41 +” olarak 5 gruba ayrılmıştır. 3 veya daha fazla grubun arasında ki farkın analizi için Tukey Tek Yönlü A Sigara bağımlılığı özelliğine etki edebileceği düşünülen eğitim, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve yaş değişkenleri ve Çalışmada kullanılan YİYE 2 ve KSE ölçeklerinin ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için Lineer Regresyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ve ölçeklerden alınan toplam ve alt ölçek puanları modele dahil edilmiştir. P değeri 0,05 'in altında olan değerler, bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir ANOVA Analizi kullanılmıştır

3.BULGULAR

İstanbul'da Sigara Bağımlılığı Bulunan Bireylerin Bağlanma ve Psikolojik Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Sonuçlar sosyodemografik bilgilere dair tanımlayıcı verilerle başlamakta ve sigara bağımlılığında, bireylerin psikolojik semptomları ile bağlanma boyutları arasındaki ilişkinin regresyon analizi verileri ile devam etmektedir. Son olarak ise sigara bağımlılığında bireylerin psikolojik semptomları ile bağlanma boyutları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 2: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	995	49.8
Erkek	1000	50.2
Toplam	1995	100
Medeni Durum		
Evli	648	32.5
Bekâr	1273	63.8
Diğer	74	3.7
Toplam	1995	100

Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	1	0.1
Okur Yazar	18	0.9
İlkokul	72	3.6
Ortaokul	120	6.0
Lise	417	20.9
Üniversite	1172	58.7
Yüksek Lisans	195	9.8
Toplam	1995	100

Tablo 2’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. 1995 katılımcının %49,8’sinin (n=995) kadınlardan ve %50,2’sinin (n=1000) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların %32,5’inin (n=648) evli olduğu, %63,8’inin (n=1273) bekâr olduğu ve %3,7’sinin (n=74) ise eşinden ayrılmış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %0,1’inin (n=1) okuryazar olmadığı, %0,9’unun (n=18) sadece okuryazar olduğu, %3,6’sının (n=72) İlkokul mezunu, %6,0’inin (n=120) ortaokul mezunu, %20,9’unun (n=417) Lise mezunu, %58,7’sinin (n=1172) Üniversite mezunu ve %9,8’sinin (n=195) ise Yüksek Lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Yaş		
18-23	494	24.8
24-29	706	35.5
30-38	451	22.8
39>	337	16.9
Toplam	1988	100

Tablo 3’de katılımcıların yaş verilerine ait tanımlayıcı bulgularının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların yaş grupları verilerine göre %24.8’inin (n=494) 18-23 yaş arası olduğu, %35.5’inin (n=706) 24-29 yaş arası olduğu, %22.8’inin (n=451) 30-38 yaş arası olduğu ve %16.9’unun (n=337) ise 39 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 39.6 (SS=9.3), erkeklerin yaş ortalaması ise 30.8 (SS=9.8) olarak saptanmıştır.

Tablo 4: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Kişi Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Çocuk Sayısı		
0	1439	72.1
1	220	11.1
2 ve 3	317	15.9
4>	19	0.9
Toplam	1995	100
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		
0	19	0.9
1	108	5.4
2	375	18.8
3	544	27.3
4	578	28.9
5>	371	18.7
Toplam	1995	100

Hanede Çalışan Kişi Sayısı

Tablo 4’te katılımcılara ait demografik bilgilerin çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve hanede çalışan kişi sayısı değişkenlerine göre dağılımı görülmektedir.

Katılımcıların çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında, %72.1’inin (n=1439) çocuk sahibi olmadığı, %11.1’inin (n=220) tek çocuk sahibi olduğu, %15.9’unun (n=317) iki ve

0	103	5.2
1	629	31.5
2	887	44.5
3	290	14.5
4	71	3.5
5>	15	0.8
Toplam	1995	100

üç çocuklu olduğu ve %0.9'unun (n=19) ise dörtten fazla çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların buldukları bölgede hanede yaşayan kişi sayılarına ait veriler incelendiğinde, %0.9'unun (n=19) bulunduğu hanede kendisinden başka yaşayanın olmadığı, %5.4'ünün (n=108) hanesinde kendisiyle birlikte bir kişinin daha yaşadığı, %18.8'inin (n=375) hanesinde kendisiyle birlikte iki kişinin yaşadığı, %27.3'ünün (n=544) hanesinde kendisiyle birlikte üç kişinin yaşadığı, %29.9'unun (n=578) hanesinde kendisiyle birlikte dört kişinin yaşadığı ve %18.7'sinin (n=371) hanesinde ise kendisiyle birlikte beşten fazla kişinin yaşadığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların hanelerindeki çalışan kişi sayıları incelendiğinde, %5.2'sinin (n=103) hanesinde çalışan kişi sayısının bulunmadığı, %31.5'inin (n=629) hanesinde çalışan kişi sayısının bir olduğu, %44.5'inin (n=887) hanesinde iki çalışanın bulunduğu, %14.5'inin (n=290) hanesinde çalışan kişi sayısının üç olduğu, %3.5'inin (n=71) hanesinde çalışan sayısının dört olduğu ve %0.8'inin (n=15) ise hanesinde beşten fazla çalışan kişi sayısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu, Sigara Kullanım Sayısı ve Sigara Kullanım Sürelerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	951	47.6
Hayır	921	46.2
Bırakmış	123	6.2
Toplam	1995	100

Sigara Kullanım Sayısı (Adet/Gün)		
0	1013	50.7
0-10	396	19.8
11-20	429	21.5
21-40	119	6.0
41>	38	2.0
Toplam	1995	100
Sigara Kullanım Süresi (Yıl)		

Tablo 5’de katılımcıların sigara kullanım durumu, bir günde içilen ortalama sigara sayısı ve sigara kullanım sürelerine dair tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Katılımcıların sigara kullanım durumlarına ait veriler incelendiğinde, %47.6’sı (n=951) sigara içtiğini,

0-5	369	18.5
6-10	306	15.3
11-25	139	6.9
16-20	74	3.7
21>	65	3.3
Diğer	1042	52.3
Toplam	1995	100

%46.2'si (n=921) sigara içmediğini ve %6.2'si (n=123) ise sigarayı bıraktığını bildirmiştir.

Katılımcılardan sigara kullananların sigara kullanım sayıları incelendiğinde, %19.8'inin (n=396) günde 0-10 adet arası sigara kullandığı, 21.5'inin (n=429) günde 11-20 adet arası sigara kullandığı ve %6.0'mın (n=119) günde 21-40 adet arası sigara kullandığı ve %2.0'mın (n=38) ise 41 adetten fazla sigara kullandığı görülmüştür.

Katılımcılardan sigara kullananların sigara kullanım süresi verileri incelendiğinde, %18.5'inin (n=369) 0 ile 5 yıl arası sigara kullandığı, %15.3'ünün (n=306) 6 ile 10 yıl arası sigara kullandığı, %6.9'unun (n=139) 11 ile 25 yıl arası sigara kullandığı, %3.7'sinin (n=74) 16 ile 20 yıl arası sigara kullandığı ve %3.3'ünün (n=65) ise 21 yıldan fazla sigara kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %52.3'ünün (n=1042) sigara kullanım süresini belirtmediği görülmüştür.

Tablo 6: Sigara kullanım Sayısı ile Bazı Demografik Özellikler ve Psikolojik Semptomlar Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Sigara Kullanım Sayısı (Adet/Gün)
Cinsiyet	t	-10.935
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	-0.505
	p	0.614

Medeni Durum	t	3.278
	p	0.001
Çocuk Sayısı	t	0.456
	p	0.648
Yaş	t	1.038
	p	0.299

Psikolojik Semptomlar (Adet/Gün)	Sigara Kullanım Sayısı	
Anksiyete	t	-0.815
	p	0.415
Depresyon	t	0.425
	p	0.671
Olumsuz Benlik	t	1.125
	p	0.261
Somatizasyon	t	0.574
	p	0.566
Hostilite	t	4.839
	p	<0.001

Tablo 6’te katılımcıların günde kullanılan sigara sayısının bazı demografik özellikler ve psikolojik semptomlar ile ilişkisi regresyon analizi sonuçları ile gösterilmiştir.

Bu analize göre erkek cinsiyetten olmak sigara kullanım sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir ($t=-10.935$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.505$, $p=0.614$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile sigara kullanım sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ($t=3.278$, $p=0.001$).

Katılımcıların sahip olduğu ocuk sayısı ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır($t=0.456$, $p=0.648$).

Katılımcıların yaşları ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.815$, $p=0.415$).

Katılımcıların anksiyete alt leğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.595$, $p=0.552$).

Aynı Şekilde katılımcıların depresyon alt leğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.425$, $p=0.671$).

Olumsuz benlik alt leğinden alınan toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.125$, $p=0.261$).

Aynı Şekilde katılımcıların Somatizasyon alt leğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.574$, $p=0.566$).

Katılımcıların hostilite alt leğinden aldıkları toplam puan ile sigar kullanım sayısı arasında arasın da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=4.839$, $p<0.001$).

Tablo 7: Sigara kullanım Sayısı ile Bazı Demografik Özellikler ve Bireylerin Aleksitimi Düzeyleri Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Sigara Kullanım Sayısı (Adet/Gün)
Cinsiyet	t	-11.485
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	-1.628
	p	0.104
Medeni Durum	t	3.772
	p	<0.001
Çocuk Sayısı	t	0.526
	p	0.599
Yaş	t	0.175
	p	0.861
Bağlanma		Sigara Kullanım Sayısı (Adet/Gün)
Kaçınma	t	-1.013
	p	0.311
Kaygı	t	2.512
	p	0.012

Tablo 7’de katılımcıların bağlanma boyutları ile bazı demografik özelliklerin sigara kullanım sayısı üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Bu analize göre erkek cinsiyetten olmak sigara kullanım sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir ($t=-11.485$, $p<0.001$). Eğitim düzeyi ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-1.628$, $p=0.104$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile sigara kullanım sayısındaki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=3.772$, $p<0.001$).

Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır($t=0.526$, $p=0.599$).

Katılımcıların yaşları ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.175$, $p=0.861$).

Çalışmaya katılan bireylerin kaçınan bağlanma düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-1.013$, $p=0.311$)

Çalışmaya katılan bireylerin bağlanma kaygı düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=2.512$, $p=0.012$).

Tablo 8: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite ve Bağlanma Boyutları ile Sigara Kullanım Sayıları Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi

Anksiyete Alt Ölçeği						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	22,28	7,12	9.918	<0.001	1-3
0-10**	396	22,71	7,54			1-4
11-20***	429	24,16	7,80			2-3
21-40****	119	25,75	8,56			2-4
41>	14	26,85	13,27			

Depresyon Alt Ölçeği						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	23,42	7,56	8.500	<0.001	1-3
0-10**	396	23,92	8,38			
11-20***	429	25,26	8,80			
21-40****	119	27,31	9,85			
41>	14	24,85	11,42			

Tablo 8: Psikolojik Semptomlar ve Bağlanma Boyutları ile Sigara Kullanım Sayıları Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi (Devamı)

Olumsuz Benlik Alt Ölçeği						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	20,71	6,56	13.388	<0.001	1-3
0-10**	396	21,66	7,13			
11-20***	429	23,10	7,69			
21-40****	119	24,26	9,11			
41>	14	24,92	12,97			

Somatizasyon Alt Ölçeği						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	14,71	4,50	6.301	<0.001	1-4

0-10**	396	15,08	4,87			2-4
11-20***	429	15,46	5,11			
21-40****	119	16,78	6,43			
41>	14	17,07	7,93			

Hostilite Alt Ölçeği						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	13,67	4,12	21.793	<0.001	1-3
0-10**	396	14,13	4,51			1-4
11-20***	429	15,50	4,55			2-3
21-40****	119	16,60	5,46			2-4
41>	14	15,78	5,82			

Bağlanma Boyuları						
Bağlanma Kaçınan						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark

0*	1013	3,22	1,07	0.888	0.470	
0-10**	396	3,20	1,08			
11-20***	429	3,20	1,03			
21-40****	119	3,33	0,91			
41>	14	3,61	1,30			
Bağlanma Kaygı						
Sigara Kullanım Sayısı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
0*	1013	3,31	1,01	2.520	0.039	1-4
0-10**	396	3,33	1,02			
11-20***	429	3,42	1,00			
21-40****	119	3,59	1,02			
41>	14	3,29	0,80			

(*1,**2,***3,****4)

Katılımcıların Anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=9.918$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$), 0-10 adet sigara kullananlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p=0.045$; $p=0.001$) istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların Depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=8.500$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p=0.001$; $p<0.001$), 0-10 adet sigara kullananlar ile 21-40 adet kullananlar arasında ($p=0.001$) istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=13.338$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$), 0-10 adet sigara kullananlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p=0.033$; $p=0.005$) istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=6.301$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 21-40 adet kullananlar arasında ($p=0.001$), 0-10 adet sigara kullananlar ile 21-40 adet kullananlar arasında ($p=0.008$) istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların Hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=21.793$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$), 0-10 adet sigara kullananlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$) istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların kaçınan bağlanma düzeyleri ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F_{(4,196)}=0.888$ $p=0.470$) (Tablo 8).

Katılımcıların bağlanma kaygı düzeyleri ile sigara kullanım sayıları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(4,196)}=2.520$ $p=0.039$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre hiç sigara kullanmayanlar ile 21-40 adet sigara kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.040$) (Tablo 8).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın, sigara bağımlılığı bulunan bireylerin bağlanma ve psikolojik semptomları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlar. Bu amaca uygun bir biçimde sigaraya bağımlı bireylerin bazı sosyodemografik bilgilerine bağlanma ve kısa semptom tarama ölçeklerine verdikleri yanıtlar üzerine sigaranın bağlanma ve psikolojik belirtileri ve etki düzeyleri incelenmiştir.

Literatür incelendiğinde Türkiye’de sigara bağımlılığı ile alakalı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar daha çok yerel bazda yapılmış olup geniş çaplı bir araştırma pek rastlanamamıştır. Ülkemizde çoğunlukla madde kullanımı ile alakalı araştırmalar gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın genelinde katılımcılar cinsiyet değişkenine göre 995 kişisi kadın (%49.8), 1000 kişisi erkek (%50.2) erkek olarak dağılım göstermektedir. (Tablo 1). BİGTAŞ tarafından (1993) yapılan çalışmada sigara bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğunu ve erkeklerin sigara puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan çıkan bulgularına göre de cinsiyet ile sigara bağımlılığı arasında pozitif yönlü ilişki görülmüş ve erkeklerin sigara bağımlılıklarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Sigara bağımlılığı ve cinsiyet ilişkisine dair çalışmamızdan çıkan bu veriler BİGTAŞ tarafından yapılan çalışma ile örtüşmektedir.

Araştırmanın genelinde katılımcılar yaş değişkenine göre erkeklerin yaş ortalaması 30.8 kadınların yaş ortalaması 39.6 olarak dağılım göstermektedir. (Tablo 2). Çalışmamıza

bakıldığında katılımcıların yaşları ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Litaratüre baktığımız da sigara kullanımı ile yaş arasında yapılmış anlamlı bir ilişki bulunmuş çalışmalara rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızdaki yaş değişkeni alakalı bulgular litaratür ile örtüşmektedir.

Araştırma genelinde katılımcılar medeni durum değişkenine göre %32,5'inin evli olduğu, %63,8'inin bekâr olduğu ve %3,7'sinin ise eşinden ayrılmış kişiler olarak dağılmaktadır (Tablo 5).Çalışmamızdaki katılımcıların medeni durumuna bakıldığında bekâr bireylerin sayısının artması ile sigara kullanım sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızın verilerine bakıldığında medeni durumu bekâr olan kişiler daha fazla sigara kullanmaktadır (Tablo 5). Bu durumu destekler nitelikte Mayda ve arkadaşlarının (2007) de yapmış olduğu çalışmada yalnız olan kişilerin sigara bağımlılığına eğilimlerinin daha fazla olduğu bilgisine yer vermiştir. Mayda'nın (2007) 'deki araştırmasında elde ettiği verilerin bizim çalışmamızın verileriyle örtüştüğü görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi ile sigara kullanımları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise eğitim düzeyi ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 5). Litaratüre baktığımızda ise 1999 yılında Amerika'da yapılmış bir çalışmada bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe sigara içme oranının da düşüş görülmüştür. Ülkemizde ise Aydın'ın 2012 yılında yapmış olduğu bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranının azaldığını yapmış olduğu çalışmada gözlemlenmiştir. Çalışmamızdaki bu verilerin literatür çalışmaları örtüşmemesinin nedeni çalışmamızın tek bir ili kapsamından dolayı anlamlı bir ilişki bulunmamış olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerin sahip olduğu çocuk sayısı ile sigara kullanım sayıları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Litaratürü incelediğimizde ise çocuk sayısı ile sigara kullanımı arasında herhangi çalışmaya rastlanmamıştır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 5). Kassel ve arkadaşları 2000 yılında yapmış oldukları bir çalışmada bireylerin anksiyete değişkeni ile sigara kullanım düzeyi arasında bir ilişkiye rastlamışlardır. Sigara içme miktarı arttıkça nikotinin etkisi ile bireyin yaşadığı anksiyetede düşüş meydana geldiği gözlemlenmiştir. Anksiyete ile sigara bağımlılığı ilişkisine dair çalışmamızdan çıkan bu

veriler Kassel ve arkadaşlarının (2000) çalışmasından çıkan verilerle örtüşmemektedir. Literatür ile çalışmamızdaki verilerimizin örtüşmemesinin nedeni katılımcıların tek bir şehirden olmasından kaynaklı olabilir.

Şahin, (2004) yılında yapmış olduğu çalışmada depresyon ile sigara bağımlılığı arasında pozitif yönlü bir anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu çalışma ile kişinin depresyonda olmasının sigara bağımlılığını yordadığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.(Tablo 5). Literatür ile bizim çalışmamızın örtüşmemesinin sebebi farklı bölgelerden de katılımcı olmamasına bağlanabilir.

Zengin ve Altay (2014) yılında yaptığı bir çalışmada kişinin benlik saygısının azalma meydana gelmesi ile birlikte sigara bağımlılığının arttığını ve sigara kullanımının düşük benlik saygısının bir göstergesi olduğunu yaptığı bu çalışma ile ortaya koymuştur. Çalışmamızda ise katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.(Tablo 6)

Çalışmamızda katılımcıların somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.(Tablo 6) Literatüre baktığımızda ise somatizasyon değişkeni ile sigara bağımlılığı hakkında yapılmış olan çalışmalara rastlanmamıştır.

Kasatura (1998) yaptığı çalışma da Hosteliti ile sigara bağımlılığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuştur. Sigara hostelite davranışını tetiklemektedir. Bizim bu çalışmamızda da katılımcıların hostelite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile sigara bağımlılığı arasında da pozitif yönlü olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.(Tablo 6) Hiç sigara kullanmayanlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında 0-10 adet sigara kullananlar ile 11-20 adet ve 21-40 adet kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 8).

Balcı ve Polat (2011) de yapmış olduğu çalışmada kaçınan bağlanma düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bizim çalışmamıza baktığımızda ise çalışmaya katılan bireylerin kaçınan bağlanma düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışmamızın literatür ile örtüşmemesinin nedeni çalışmamızın bölgesel olmasından kaynaklı olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış olabilir.

Morsünbül, (2009) yaptığı çalışmada kaygı düzeyleri ile sigara bağımlılığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bizim çalışmamız baktığımızda çalışmaya katılan bireylerin bağlanma kaygı düzeyleri ile sigara kullanım sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmaktadır(Tablo 7).Ayrıca hiç sigara kullanmayanlar ile 21-40 adet sigara kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur.(Tablo 8).

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırma şehir merkezlerinde sürdürülmüştür. Bu sebeple genel toplum ortalamasından çok daha yüksek düzeyde bir eğitim seviyesine sahip örneklerle ile çalışılmıştır. Araştırmanın yaş ortalamasına bakıldığında genç bir nüfusu temsil edildiği görülmektedir. Kırsal kesime de ulaşılması, durumunda daha dengeli yaş dağılımı sağlayan örneklem ile çalışılması çıkan sonuçlarda farklılık yaratabilir. Çalışmaya bakıldığında özbildirime dayalı ölçekler ile değerlendirmeler yapılmıştır. Klinik gözlemler ve görüşmeler ile yapılacak değerlendirmeler daha sağlıklı sonuçlar elde etmede yardımcı olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız İstanbul ilinde sigara bağımlılığı ile yapılmış olan en geniş önemli çalışmalardandır.18-65 yaş arası eğitimsiz- yüksek eğitilmiş,çocuksuz-10 çocuklu, işsiz, öğrenci, ev hanımı, emekli, esnaf, memur, sanatçı gibi geniş bir kitlenin verilerini yansıtmaktadır. Çalışmamızda sigara içme oranının erkeklerde kadınlardan fazla olduğu, sigara içenlerin hostilite ve kaygı puanlarının içmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız sigara bağımlılığı ile yapılacak diğer çalışmalara da katkı sağlayacaktır. Çalışmamızdaki sınırlılıklara baktığımızda ise;

- Şehir merkezlerinde çalışıldı,kırsal kesim verisi yok.
- Eğitim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerinde.
- Bazı yaş grupları sınırlı temsil edildi, genç nüfus ağırlıkta.
- Mülteciler dahil edilmedi.
- Yüz yüze görüşme yapılmış olsa da özbildirim ölçekleri kullanıldı.

Bu sınırlılıklar düzeltilerek yeni çalışmalar yapılması önerilir.

İstanbul'da taranan 18 yaş üstü örneklemin yarıya yakını aktif olarak sigara kullanmaktadırlar. Sigara bağımlılığı halen tüm dünyada önlenebilir ölümcül hastalıkların en yaygın nedenidir. Farkındalık yaratma ile ilgili çalışmalar artırılmalıdır. Ülkemizde sigara ile ilgili uygulanan politikalar değişikliğe gidilmeli ve kullanımı engelleyecek daha caydırıcı önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- AKAN H., HAYRAN O., ÖZCAN M., ACAR U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı (Kesitsel Bir Çalışma). *Türk Aile Hekim Dergisi* 2010;14 (2):71-76.
- American Psychiatric Association. Tobacco related disorders. In:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.Ed.DSM-5. American Psychiatric publishing Washington, DC, London, England (2014):571-577
- ACAR T. (2009). Dokuzuncu Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ve Psikolojik Belirtiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- ANA BRİTANNİCA. 206. fasikül. İstanbul: Ana Yayıncılık; 1990. Tütün; s. 338
- AÇAR M. (2016), “Alkol ve Kannabis Bağımlıları ile Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması” Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- AYDIN B. (2012) Alkol ve sigara tüketiminde sosyodemografik değişkenlerin etkisi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi.
- BİLİR N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012
- BARIŞ Y.İ “Tütün Kullanımının Tarihiçesi”http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcE SiI_Baris.pdf , Erişim Tarihi: 13.12.2016
- BİLGE N. (2002) Türkiye’de Sigara İçme Yaygınlığı. Sigara ve Sağlık, Bursa s:59-73.

- BALCI POLAT G. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde çocukluk çağı travmalarının bağlanma ile ilişkisi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi; 2011
- BİGTAŞ (1993). Health Services Utilization Survey in Turkey, Ministry of Health
- BİLİR N., GÜÇİZ D., YILDIZ A. (1997). Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.
- BUDAK S, Psikoloji sözlüğü, Bilim ve Sanat yayınları, 2000, s:776
- BİLGİN H. 1996, “Baş ve Boyun Kanseri Nedeni ile Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Beden İmajı, Benlik saygısı, Depresyon Durumları İle Bakımda Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlüklerin Araştırılması” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- BARTHOLOMEW K., HOROWITZ L.M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*
- BOWLBY J. (1973). *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger*. New York, Basic Books, pp:256-260.
- BRESLAU N. (1998) ‘Major depression and stages of smoking: A longitudinal investigation’, *Archives of general psychiatry*. American Medical Association, 55(2), pp. 161–166.
- BOWLBY J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988;145:1-10.

- BRESLAU N., NOVAK S. P., KESSLER R. C. (2004) 'Psychiatric disorders and stages of smoking', *Biological psychiatry*. Elsevier, 55(1), pp. 69–76.
- CEYHUN B., OĞUZTÜRK Ö., CEYHUN AG. Madde kullanma eğilimi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4: 87- 93.
- CARLSON N. R. (1999). *Foundations of Physiological Psychology* (4th Edition.). United States of America:Allynand Bacon.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999). *Cigarette Smoking Among*
- COBB N.J. (2007) *Adolescence:Continuity, Change and Diversity*, McGraw-Hill, Newyork
- CENGİL M. (2003). Depresyonu Önlemede Dini ,İnancın Koruyucu Rolü. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 3.2, 129-152.
- ÇETİN A. 2011, "Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofreni Hastalarının Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi" Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
- ÇALIŞIR M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1: 240-255
- GEÇTAN E. (1996), *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- ÇİTİMEL N. (2010). Lisansüstü Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri ile Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Demir B, Okutan M. Radyoaktif sigara: Tütün ve polonyum-210 + kurşun-210. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2014; 29(1): 27-31

- DEROGATIS LR. (1992) The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.
- DIERKER LC., AVENEVOLİ S., STOLAR M., MERİNKANSAS KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. Am J Psychiatry. 2002 Jun;159(6):94753
- DAVİSON G., NEALE J. Anormal Psikoloji, Çeviri editörü: İhsan Dağ, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004, s.310.
- ENCYCLOPEDIA BEİTANNİCA, 1999. Nicotiana Tobacum title
- ENİŞTE K. 2004, “Alkol ve Madde Bağımlılığı” *Bursa Sağlık Müdürlüğü (BSM) Dergisi*, (2):47-48
- FRALEY R. C., WALLER N. G., BRENNAN K. A. (2000). An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365
- FARRİS S.G., LEVENTHAL A.M., SCHMİDT N.B., ZVOLENSKY M.J., 2015. Anxiety sensitivity and pre-cessation smoking processes: Testing the independent and combined mediating effects of negative affect–reduction expectancies and motives. *Journal of studies on alcohol and drugs*
- FLORES PJ. Addiction As An Attachment Disorder. New York: Jason Aronson, 2004
- GÖKALP M. (2010). Bakıma Muhtaç Çocukların Ailelerinin Karşılaştıkları Sosyal Psikolojik Sorunlar ve Psikolojik Belirtiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÜLEÇ C. (1993). Psikiyatrinin A-B-C’si, Ruhsal Bozukluklar, Tanısı ve Tedavisi. Ankara: Say Yayınları

- GÖRGÜN S. K.T.Ü. öğrencilerinde madde kullanımı ve anne babaya bağlanma biçimleri ile ilişkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
- Health udo, Services H. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2004;62.
- <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50>, (Erişim Tarihi: 2.10.2016).
- HUGHES JR., PICKENDS RW., GUST SW., HATSUKAMI DK., SVIKIS DS. (1986). Smoking behavior of type A and type B smokers. *Addict Behav.*;11(2):115-8
- HAMACHEK D. E. (1988). Evaluating self-concept and ego development within Erikson's psychological framework: a formulation. *Journal of Counseling and Development*. pp:66
- KARAKÜLAH K., ŞENGÜL C., BALCI ŞENGÜL C. Genetics of smoking addiction. *Curr Approach Psychiatry*. 2014; 6(3):284-293
- KESKİN G., ÇAM O. Ergenlik ve bağlanma süreci: Ruh sağlığı açısından literatürün gözden geçirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2009; s:47:52-9
- KILIÇ HG. Bazı demografik değişkenler ve anne baba tutumlarına göre madde bağımlısı bireylerin anne baba bağlılıkları ilişkisinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2007.
- KARAKÜLAH K. Serotonin transporter gen polimorfizlerinin sigara bağımlılığı ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkisi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013

- KOLLING S.H., 2002, “Delay Discounting is Associated with Substance use in College Students” *Addict Behav*, 28:1167-1173
- KESEBİR Ş. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*. 1,14–19.
- KÖROĞLU E. (2007). DSM-IV-TR Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- KUTLU R. (2005). “Selçuk üniversitesi tıp fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* c:27, sy:1, Ss.29-34,
- KÜEY, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1, s: 5–12.
- KELLNER R. (1990). Somatisation: Theories and Research. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 178, 150- 160
- KASSEL J. D., UNROD, M. (2000) ‘Smoking, anxiety, and attention: support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety.’, *Journal of abnormal psychology*. American Psychological Association
- KASATURA İ. *Gençlik ve Bağımlılık*, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1998.
- LOPEZ AD., MATHERS CD., EZZATI M., JAMISON DT., MURRAY CJ. (2006) Global and regional burden of disease and riskfactors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 367(9524):1747-57.
- LASSER K. (2000) ‘Smoking and mental illness: a population-based prevalence study’, *Jama*. American Medical Association, 284(20), pp. 2606–2610
- MITHELL S.H. 1999, “Measures of Impulsivity in Cigarette Smokers and Nonsmokers” *Psychopharmacol*, 146:455-64.

- MORSUNBÜL Ü. (2009) Attachment and risk taking: are they interrelated?
International Scholarly and Scientific Research & Innovation pp:1366-70.
- MCCREA R.R., JOHN, O.P. (1992). “An Introduction to Five Factor Model and Its Applications”. Journal of Personality
- MAYDA AS., TUFAN N, BAŞTAŞ S. Attitudes towards smoking and frequency of smoking among students of Düzce Medical School. TAF Prev Med Bull 2007;6(5):364-70.
- O'DOHERTY J., KRİNGELBACH M.L., ROLLS E.T., HORNAK J., ANDREWSC. 2001, “Abstract Reward and Punishment Representations in the Human Orbitofrontal Cortex” Nat Neurosci, 4: pp:95-102.
- ÖGEL, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47), s:61-4.
- ÖGEL K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.
- ÖGEL K. (2018) Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. İstanbul IQ Kültür Sanat Yayıncılık
- ÖZDEL K. Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Specia
- ÖNSÜZ F. M. (2009). “ Sigara İçen Hastaların Sigara Paketlerinin Üzerindeki Uyarı Yazıları Hakkındaki Görüşlerinin ve Nikotin Bağımlılık Derecelerinin Değerlendirilmesi” Marmara Medical Journal 22(2) ss.111-122

- ÖZVER İ. 2010, “Genç Erişkinlerde İntihar Davranışı ile Problem Çözme, Dürtüsellik ve Atılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- ÖZEN D., TEMİZSU E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 2.1, ss: 1-14
- ÖZTÜRK M. O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Pegem A Yayıncılık
- PIAR (1988). Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu, İstanbul.
- PIRİNÇÇİ L.N. (2009). Lise Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeyleri ile Kaygı Arasındaki İlişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- PIPER M. E. ve ark. (2011) ‘Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: Relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment’, *Addiction*
- REİSS S.(1986) ‘Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness’, *Behaviour research and therapy*. Elsevier
- SELÇUK E., GÜNAYDIN G., SÜMER N. (2005) Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II’nin Türk örnekleminde psikometrik değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8:1-11
- STOLERMAN IP, JARVİS MJ. The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*. 1995; 117:2–10.

- SÜMER N. (2006). Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21 (57): 1-22.
- SATILMIŞ H. B. (2012). Dokuzuncu Sınıf Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Psikolojik Belirtileri ve Empatik Eğilim Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- SAYGILI S. (2001). Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları. İstanbul: Türdav A.ğ
- SEVİNÇOK L. (1999). Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*. 1, ss:5–10
- ŞAHİN A.R. (2004). Ruh Sağlığı ve Sigara (Ed. A. Tür) Sigaranın Bilimsel Yüzü, Logos Yayınları, İstanbul ss:251-271
- TAŞTEKİN E., 2016, “Ergenlerin Arkadaşlık İlişkileri ve Benlik Saygısı ile Siber Zorbalık ve Siber Mağduriyet Arasındaki İlişkiler” Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- TARHAN N., NURMEDOV S. (2018) Bağımlılık İstanbul Timaş Yayıncılık
- TÜRKÇAPAR H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 4, s:12-16
- UZUNCA G., ÖZYARDIMCI N. Tütünün Tarihi. Sağlık ve Sigara, Bursa. 2002:22-9.
- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on to Organization WHO bacco2015.,
- WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. 2008
- Wikimedia Commons, 2011. Available at http://en.wikipedia.org/wiki/RJ_Reynolds

- YILMAZ S., BENZER F., OZAN S., GURGOZE SY. Oxidative damage and arginase activity in tissues of rats exposed to cigarette smoke. *Revue De Médecine Vétérinaire*. 2008 ;159(2): 79-86.
- YAKIR A., RİGBİ A., KANYAS K., POLLAK Y., KAHANA G, KARNİ O, et al. Why do young women smoke III. Attention and impulsivity as neurocognitive predisposing factors. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007; 17(5):339-351.
- Tütün ürünleri tüketimi ve yasalar hakkında neler biliyoruz? *Yeşilay*. 2014;964: 32-35
- YÖRÜKOĞLU, A. (2004). Çocuk Ruh Sağlığı: Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım Ltd.
- YILDIZ M, ÖZCAN ME. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1 (2): 86-88
- ZENGİN S., ALTAY B.(2014). “Sınıf Öğretmenliği Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Madde Kullanım Durumlarına Göre Benlik Saygısının İncelenmesi” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*
- ZİNCİR S., ZİNCİR N., SÜNBÜL, E., KAYMAK, E., (2012). “Sigara Bağımlılığında Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Bağımlılık Düzeyleri ile İlişkisi” *Journal of Mood Disorders*, 2(4):160-6

EKLER

Ek.1 :Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Soru Formu

Tarih:

Görüşmeye başladığımız saati Aşağıya Lütfen Yazınız.Teşekkürler

Görüşmeye Başlanan Saat: -----:-----

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()
2. Doğum yılınız:
3. Kaç kilosunuz?
4. Boy uzunluğunuz nedir?
5. Eğitim durumunuz nedir?
Okur Yazar () Okur Yazar değil () Lise Mezunu ()
İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu () Üniversite ()
Yüksek Lisans ()
5. Medeni Durumunuz Nedir?
Evli () Bekar () Ayrılmış (Boşanma yada Vefat ile) ()
6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()
8 ve daha fazla ()
7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()
8 ve daha fazla ()
8. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi ücretli bir işte çalışıyor?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()
8 ve daha fazla ()

9. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır() Bıraktım ()

10. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0-10 Tek () 11-20 Tek () 21-40 Tek () 41'dan Fazla()

11. Kaç Yıldır Sigara Kullanıyorsunuz? (Yıl) Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.)

0-5Yıl () 6-10 () 11-15 () 16-20 ()
21 yıldan fazla ()

12. Alkol Kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır() Bıraktım ()

13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

Ayda 1-2 defa () Haftada 1-2 defa () Hemen hemen Hergü()

14. Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında düzenli olarak aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz.

1. Esrar () 4. Morfin () 7. Bozai ()

2. Bali () 5. Kokain () 8. Eroin ()

3. Tiner () 6. Meta-amfetamin () 9. Ekstazi ()

15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

Daha önce gitmiştim () Halen Tedavi Görüyorum ()

Hayır gitmedim ()

16. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ()
Silahım yok () Ruhsatlı Silahım Var ()
Ruhsatsız Silahım Var ()
17. Günlük Yaşamda Kendinizi Güvende Hissetmek için
Çantanızda/ Cebinizde/ Aracınızda bulundurduğunuz Aletler varsa
işaretleyiniz. Birden Fazla Seçim Yapabilirsiniz. Eğer taşıyorsanız.
Hiçbirini işaretleyiniz.
Ateşli Silah () Çakı/Bıçak () Birber Gazı ()
Elektirikli/Pilli bir cihaz () Kesici/Delici Başka bir alet ()
Hiçbiri ()
18. Vücudunuzda Herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda
işaretleyiniz.
Görme Engelli ()
İşitme Engelli ()
Zihinsel Engelli ()
Ortopedi Engelli ()
Kronik Hastalık ()
Herhangi bir Engelim Yok ()

Ek.2 : Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların duygularını kontrolmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz.

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğu zaman	Neredeyse her zaman
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu					

9. Yaşamınıza son verme düşüncesi.					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar.					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.					
16. Yalnızlık hissetme.					
17. Hüzünlü, kederli hissetme.					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.					
19. Kendini ağlamaklı hissetme.					
20. Kolayca incinebilme , kırılma.					
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma					
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.					
23. Mide bozukluğu, bulantı.					

24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük.					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.					
27. Karar vermede güçlükler.					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.					
29. Nefes darlığı , nefessiz kalma.					
30. Sıcak, soğuk basmaları.					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.					
32. Kafanızın bomboş kalması.					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.					
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.					

36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.					
37. Bedenin bazı bölgelerinde , zayıflık, güçsüzlük hissi.					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler. 40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.					
41. Bir şeyleri kırma ,dökme isteği.					
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.					
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.					
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					

46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme.					
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.					
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.					
50. Kendini değersiz görme duygusu					
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları.					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.					

Ek.3: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

(YIYE-II)

Önemli Not: Ölçek maddelerinin bazılarında ‘yakın olmak’ veya ‘yakınlaşmak’ ifadeleri geçmektedir. Bu ifadelerle kastedilen partnerinizle duygusal yakınlık kurmak, düşüncelerinizi veya başınızdaki geçimleri partnerinize açmak, partnerinize sarılmak ve benzeri davranışlardır. İlgili maddeler but anıma göre cevaplandırılır.

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkide hissettiğiniz duygular ile ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkilerinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğu ile yada neler yaşadığınız ile ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen ‘birlikte olduğum kişi’ ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilir. Hale hazırda bir romantik ilişkide değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplayınız. Her bir maddenin ilişkinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine (X) yaparak gösteriniz

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak							

istemeyeceği korkusuna kapılıyım.								
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.								
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılıyım.								
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.								
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemseyemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.								
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.								
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana								

duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar gcl olmasını isterim.							
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere aılma konusunda kendimi rahat hissetmem							
11. İlişkilerimi kafama ok takarım.							
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım							
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle ok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gsterdiğimde, onların benim iin aynı şeyleri							

hissetmeyeceğinden korkarım.							
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.							
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.							
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.							
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.							
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.							
21. Terk edilmekten pek korkmam.							
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir							
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim							

istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.							
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.							
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler							
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.							
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.							
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.							
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere							

güvenip inanma konusunda rahatımdır.							
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.							
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.							
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

Özgeçmiş

Psikolog Taner Güler

taneriko8700@gmail.com

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi 02.03.1987

Eğitim Bilgiler

2017 -2019 Üsküdar Üniversitesi,

İstanbul Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

2012-2017 Okan Üniversitesi, İstanbul

Lisans, Psikoloji Bölümü

Staj Deneyimlerim

Klinik Staj, NP Hastanesi

Lisans Staj, Moodist Psikiyatri & Nöroloji Hastanesi