



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERİN BAŞA ÇIKMA VE
PSİKOLOJİK YARDIM ALMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Özlem BEKTAŞOĞLU

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ**

İSTANBUL- 2018

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERİN BAŞA ÇIKMA VE
PSİKOLOJİK YARDIM ALMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**Özlem BEKTAŞOĞLU
164102183**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ**

İSTANBUL- 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102183
Öğrenci Adı Soyadı	: Özlem Bektaşoğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç
Tezin Başlığı	: Sigara İçen ve İçmeyen Bireylerin Başa Çıkma ve Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 20.07.2018	Saati	: 13:30
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 ÇOKLUGU			
<input 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 REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
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 REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mine Elagöz Yüksel	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu Özal İlideniz	

Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘‘ **Sigara İçen ve İçmeyen Bireylerin Bařa ıkma ve Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının İncelenmesi**’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gűsterilenlerden olduğunu, bunların atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2018

Özlem BEKTAŞOĞLU

ÖNSÖZ

Öncelikle eğitim hayatım boyunca, bu sürece kadar gelmeme yardımcı olan aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim. Desteğini ve sevgisini hiç eksik etmeyen anneme, enerjileriyle beni yükselten kardeşim ve ablama, özellikle bugünlere kadar emek harcıyıp, benden umudunu hiç kesmeyen babamadır en büyük teşekkürüm.

Uygulama sürecindeki yardımlarından ve değerli katkılarından dolayı tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem Taşdemir Erinç'e teşekkür ve sonsuz saygılarımı sunarım.

Üniversite hayatım boyunca aynı süreçlerden geçtiğim, her zorlukta yanımda olan ve her konuda beni güçlendiren meslektaşlarım Tuğçe ÖZTÜRK ve Gülay AYGEN'e çok teşekkür ederim.

Son olarak sabır ve desteklerinden dolayı tüm sevdiklerime teşekkür ederim.

Özlem BEKTAŞOĞLU

(BEKTAŞOĞLU, zlem, Yüksek Lisans, İstanbul,2018)

Sigara İçen ve İçmeyen Bireylerde Başa ıkma ve Psikolojik Yardım Alma
Tutumlarının İncelenmesi

ÖZET

Günümüzde yaygın bir halk sağlığı sorunu haline gelen sigarayı kullanan kişi sayısı gün geçtikçe artmaktadır ve sigaraya başlama yaşı düşmektedir. Sigara bağımlılığı ilk denemeden sonra zamanla çok hızlı geliŐmektedir ve bunun sonucunda sigara artık insanların günlük ihtiyaı haline gelmektedir.

Sigara içen ve içmeyen bireylerin başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan araŐtırmamızın hipotezi; sigara içen bireylerin psikolojik yardım alma ve başa çıkma tutumları içmeyen bireylere göre farklıdır.

AraŐtırmamızın rneklemini İstanbul İl’inde ikamet eden ve rastlantısal olarak seçilen 160 kişi oluŐtırmaktadır. Araştırma gönüllük esasına dayalı olarak yapılmış ve Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmıŐtır.

Literatür erevesinde, Türkiye’de sigara içen ve içmeyen bireylerde başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesini ele alan araŐtırmaların kısıtlı olması göz önünde bulundurulduğunda; araŐtırmamız, Türkiye’de sigara (nikotin) bağımlılığı gelişimi ve gerekli önlemlerin alınması açısından sigara içen ve içmeyen bireylerde başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesini önemli buluyoruz.

AraŐtırmamıza gönüllü olarak katılan bireyler ile gruplar halinde görüŐülerek araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi(FNBT), Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum leği- Kısa Form(PYT), Başa ıkma Tutumları leği(COPE) uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programıyla incelenmiŐtir.

Elde edilen veriler sonucunda sigara içenlerin içmeyenlere göre psikolojik yardım almaya daha olumlu baktığı bilgisine ulaşıldı. Araştırmadan çıkan bir başka sonuç ise; psikolojik yardım alma tutumunun cinsiyete göre farklılık göstermesidir. Elde edilen bu bulgular literatür bağlamında tartışılmış ve gelecekte yapılacak olan çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Nikotin Bağımlılığı, Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Yardım Alma Tutumu, Sigara İçen ve İçmeyen Bireyler



(BEKTAŞOĞLU, Özlem, Master Thesis, İstanbul,2018)

An Analysis on Attitude Towards Seeking Professional Psychological Help in Smoker and Non- Smoker Individuals

ABSTRACT

The number of smoker individuals, deemed nowadays as a prevalent public health issue, is increasing day by day and the age the individuals start smoking decreases. The habit of smoking develops fairly fast after the first trial and at the end, smoking becomes a daily need.

The hypothesis of our research held to analyse the attitude towards seeking professional psychological help in smoker and non-smoker individuals is that the attitude towards seeking professional help in non-smoker individuals differ from those who do.

The randomly selected 160 individuals residing in the city of Istanbul makes the study cohort. The research is based on the consent and approved by the ethical committee of Uskudar University.

Considering the limited research on attitude towards seeking professional help in smoker and non-smoker individuals within the field, we find our research significant for the issue of development of nicotine addiction in Turkey and taking necessary precautions.

We applied socio- demographic Information Form, Fagerström Nicotine Addiction Test (FNBT), Attitude Towards Seeking Professional Psychological Help Measurement- Short Form, COPE. After we informed the voluntary individuals the topic of research by interviewing them in groups about the topic of research. The data obtained were analysed by using statistical program SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences.)

The data showed that cigarette smokers were more likely to get psychological help compared to non smokers. Besides the research concluded that the attitude towards getting psychological help varies also with gender. The results of the study were discussed under current literature and suggestion were made effort for the future work.

Key Words: Cigarette, nicotine independence, Coping Attitudes, Psychological help seeking attitudes, Smokers and non smokers

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ	I
ÖNSÖZ	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR	IX
EKLER	IX
TABLolar LİSTESİ	X

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	4
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	5

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR	6
2.1. Dünyada ve Türkiye'de Sigara Tüketimi ve Tarihçesi.....	6
2.2. Nikotin Bağımlılığı ve Nedenleri.....	7
2.2.1. Nikotin Bağımlılığı.....	7
2.2.2. Nikotin Yoksunluğu.....	10
2.2.3. Sigara İçmeye Başlama Nedenleri.....	11
2.2.4. Sigara Kullanma Davranışını Sürdürme Nedenleri.....	12
2.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri.....	15
2.3.1. Genel Sağlık Etkileri.....	15
2.3.2. Sigaranın Sistemler Üzerindeki Etkileri.....	16

2.3.3. Sigara ve Pasif İçicilik.....	17
2.4. Psikolojik Danışma ve Psikolojik Yardım Alma.....	18
2.4.1. Psikolojik Danışma/ Psikoterapi Nedir?.....	18
2.4.1.1. Psikolojik Danışmanın Özellikleri.....	19
2.4.1.2. Psikolojik Danışma Süreci.....	19
2.4.2. Psikolojik Yardım Almanın Yararları.....	21
2.4.3. Psikolojik Yardım Alma Tutumu ve Tutumu Etkileyen Faktörler.....	22
2.5. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI.....	22
2.5.1. Başa Çıkma Teknikleri.....	23
2.5.1.1. Sorun Çözmeye Yönelik Olan Başa Çıkma Tutumları.....	23
2.5.1.2. Emosyon Odaklı Başa Çıkma Tutumları.....	24
2.5.1.3. İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları.....	24
2.6. STRES KAVRAMI VE TANIMI.....	25
2.6.1. Stresin Belirtileri.....	27
2.6.2. Stresin Kaynakları.....	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	30
3.1. ÖRNEKLEM.....	30
3.2. SÜREÇ.....	31
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	32
3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu(SDVF).....	32
3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	32
3.3.3.Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	33
3.3.4.Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu.....	33
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	34

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	35
---------------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	57
---------------	----

ALTINCI BÖLÜM

6.1. SONUÇ	61
6.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKÇA	63
EKLER.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	75



KISALTMALAR

- COPE: Başa ıkma Tutumları Değerlendirme leği
FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
PYT: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum leği- Kısa Form
WHO: World Health Organization
DSÖ: Dünya Sağlık rgt
SPSS: Stasticial for Social Sciences

EKLER

- Ek. 1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)
Ek. 2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi(FNBT)
Ek. 3. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum leği- Kısa Form(PYT)
Ek. 4. Başa ıkma Tutumları Değerlendirme leği(COPE)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. <i>Sosyodemografik Özellikler</i>	35
Tablo 2. <i>Uygulanan Tüm Ölçek ve Testlerden Alınan Toplam Puanlara İlişkin Özet</i>	38
Tablo 3. <i>Nikotin Bağımlılık Testi Puanları ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanlarının Korelasyonu</i>	39
Tablo 4. <i>Nikotin Bağımlılığı, Psikolojik Yardım Alma ve Başa Çıkma Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı</i>	40
Tablo 5. <i>Nikotin Bağımlılığı, Psikolojik Yardım Alma ve Başa Çıkma Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı</i>	42
Tablo 6. <i>Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sosyoekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı</i>	43
Tablo 7. <i>Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanı İle Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Korelasyonu</i>	44
Tablo 8. <i>Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı</i>	46
Tablo 9. <i>Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin "Madde Kullanımı" Alt boyutu Puanının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı</i>	47
Tablo 10. <i>Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu Puanının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı</i>	48
Tablo 11. <i>Başa Çıkma Ölçeği Puanlarının Nikotin Bağımlılığı Kategorilerine Göre Dağılımı</i>	49
Tablo 12. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Çok Düşük Düzeyde- Düşük Düzeyde)</i>	51
Tablo 13. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Çok Düşük Düzeyde- Orta Düzeyde)</i>	51

Tablo 14. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Çok Düşük Düzeyde- Yüksek Düzeyde)</i>	52
Tablo 15. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Çok Düşük Düzeyde- Ağır Düzeyde)</i>	52
Tablo 16. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Düşük Düzeyde- Orta Düzeyde)</i>	53
Tablo 17. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Düşük Düzeyde- Yüksek Düzeyde)</i>	53
Tablo 18. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Düşük Düzeyde- Ağır Düzeyde)</i>	54
Tablo 19. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Orta Düzeyde- Yüksek Düzeyde)</i>	54
Tablo 20. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Orta Düzeyde- Ağır Düzeyde)</i>	55
Tablo 21. <i>Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı (Yüksek Düzeyde- Ağır Düzeyde)</i>	55
Tablo 22. <i>Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı</i>	56

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Özlem BEKTAŞOĞLU
Anabilim Dalı : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Temmuz,2018

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Sigara, tütün bitkisinin işlenmesiyle ve ince havalandırma delikleri olan bir kâğıda sarılmasıyla elde edilir. Sigarada 4000 farklı kimyasal madde bulunmaktadır. Bu kimyasal maddelerin birçoğu yanma sonucu tepkimeye girmektedir. Sigara içerisindeki benzen, etilbenzen, siyanid, toluen gibi kimyasal maddeler tütünün kalitesini artırarak tadını değiştirmek için tütüne ilave edilmektedir (Çetin, 2011).

Tütün tüketimi Amerika kıtasında yaşayan yerliler tarafından 8000 yıl önce “Nikotinia Tabacum” adında bir bitkinin yaprakları kurutulmuş keşfedilmiştir. Amerika yerlileri tütünü keşfettiklerinde, ilk olarak tıbbi bir bitki olarak kullanmışlardır. Tütün, soğuk algınlığı ve duyu organları rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmasının yanı sıra, uykusuzluğu ve halsizliği ortadan kaldırmak için de kullanılmıştır. (Koob ve Le Moal, 2005; Maisto ve ark. 2004).

Amerika yerlileri tütünü bu dönemlerde törenlerde de kullanmışlardır. Yerli filmlerde görülen ve dostluğun simgesi olan “barış çubuğu” buna örnektir. (Brust, 2004)

Amerika'nın keşfedilmesi ile birlikte tütün tüketimi Avrupa'ya yayıldı. Daha sonra Orta Doğu Ülkelerine ve Hindistan, Çin gibi Uzak Doğu ülkelerine de hızla yayıldı. Tütün, ilk keşfedildiği zamanlarda farklı biçimlerde tüketiliyordu fakat en yaygın tüketme biçimi; pipo kullanılarak yakılan tütünün dumanının solunup akciğerlere çekilmesi şeklindeydi. (Brust, 2004; Maisto ve ark. 2004; Parrot ve ark. 2004).

Günümüzde kullanılan haliyle sigaranın keşfi ise; 1854 yılında Fransız bir askerin İstanbul manzarasına karşı tütürdüğü piposunda kalan tütünü nasıl tüketeceğini düşünürken, tütünü kâğıda sarma fikri ile gerçekleştiği aktarılmaktadır (Koob ve Le Moal, 2005).

Yüzyıllardır insanlar tarafından tercih edilen sigara bugün hala çok tüketilen ve popülerliğini kaybetmeyen maddelerdendir.

Sigara yalnızca kullanan insanların değil, sigara içilen ortamlarda bulunan insanların sağlığı açısından da tehdit oluşturmaktadır. Bir başka tehdit ise sigaraya başlama yaşının giderek düşüyor olması ve sigaranın gençler arasında hızla yaygınlaşmasıdır (Vatan, Ocakoğlu ve İrgil, 2009).

Gençler başlarda merak, arkadaş ortamı gibi nedenlerle ilk deneyimlerini yaşamalarına rağmen zamanla tüketilen adedin artması sonucunda sigara (nikotin) bağımlısı haline gelmektedir. Sigara kullanımının ölümcül sonuçlarının bilinmesine rağmen kullanılmaya devam ediliyor olması da araştırmacıları sigara kullanımını etkileyen sebepleri araştırmaya yöneltmiştir.

Nikotin bağımlılığı, kişinin tütün kullanımı sonucunda ciddi düzeyde sıkıntılar yaşamasına rağmen tütün kullanımı ile beraber kişide görülen fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtileri içerisinde barındıran psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanabilir (Çev. Köroğlu, 1994).

Sigara (nikotin) bağımlılığı, sigaranın ulaşılabilirliğinin kolay olması, kullanılması durumunda yasal bir suç işgal etmemesi ve başka zararlı maddelere geçişte bir basamak olarak görülmesi nedeniyle en yaygın görülen bağımlılık tipidir (Demirhan, 1999).

Sigaraya başlamanın ve kullanmaya devam etmenin birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin en başında merak gelmektedir.

Günümüzde çoğu insan zaman zaman yaşamına ilişkin çeşitli problemlerle karşılaşabilmektedir ve stresli yaşam olayları ile başa çıkma bireysel farklılıklar gösterir. Stresle başetmede profesyonel yardımcı alma konusunda bazı insanlar psikolojik yardım almaktan kaçınmakta ve farklı yollara başvurabilmektedirler. Araştırmada insanların başa çıkma tutumlarına bakarak bu tutumların, sigara kullanmaya devam etmelerine olan etkisini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Psikolojik yardım alma; bireyin yaşadığı çatışmayı ya da stres verici durumu kendi çabalarıyla çözemediğinde bu sorunların üstesinden gelebilmek için aldığı profesyonel yardım olarak tanımlanabilir. Bu yardım alma tutumlarını etkileyen olumlu veya olumsuz birçok etken vardır. Bireylerin kişilik özellikleri yardım alma tutumlarında önemli rol oynayabilir. Bunun yanı sıra bireylerin kültürel değerlerinin de psikolojik yardım alma tutumlarında önemli etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bireyler stresle baş etmede zihinsel düzeyde başarısız olurlarsa stresin etkisi korku, depresyon ve endişe gibi ruhsal sorunlara neden olabilir. Depresyon ve stres yaratan olaylar arasında hem karşılıklı hem de döngüsel bir ilişki vardır. Kişiye stres veren olaylar depresyon belirtilerini arttırabilmektedir (Dereli ve Okur, 2008). Bu nedenle bireylerin kendi çabalarıyla çözüme ulaşamadıkları problemler karşısında psikolojik yardım almaları önem taşımaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; 18-65 yaş aralığındaki sigara içen ve içmeyen bireylerin başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Günümüzde sigara kullanımı hem sağlık hem de ekonomi açısından büyük problem haline gelmiştir. Ülkemizde 18 yaşını doldurmamış bireylere sigara satışı yasağı, 7.10.2006 tarihinde 26312 sayılı resmî gazetede yayınlanan kapalı alanlarda sigara içme yasağı ve buna yönelik para cezası yaptırımını uygulanmasına rağmen sigara kullanımı giderek artmakta ve bunun yanı sıra sigaraya başlama yaşı giderek düşmektedir. Sigara dumanına maruz kalanların yani pasif içicilerin de en az içenler kadar etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle sigara kullanımı sadece kullanan kişileri değil tüm toplumu etkileyen bir problemdir.

Türkiye’de nikotin bağımlılığı ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalar olduğu görülmektedir. Bu araştırmada ise sigara içen ve içmeyen bireylerde başa çıkma tutumları arasındaki farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra sigara içen ve içmeyen bireylerde psikolojik yardım alma tutumları arasındaki ilişki de incelenecektir.

Bu araştırma ile başa çıkma tutumlarının sigara içme ile ilişkisi incelenip, sigara içen ve içmeyen bireylerde bu tutumun farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Sigara kullanma alışkanlığı dünyada ve ülkemizde halk sağlığını tehdit eden önemli sorunlar arasındadır.

Bireyin sağlığını, sosyal yaşamını, bütçesini olumsuz etkileyen sigara kullanımını azaltmak için sigara paketlerine uyarıcı yazılar yazılmakta, yardım merkezleri oluşturulmakta, kapalı ve birçok açık mekânda sigara yasağı uygulaması yapılarak önlemler alınmaya çalışılmaktadır.

Gren, Horn ve Ikard'ın (1969) araştırmalarında, sigara kullanan bireylerin %80'inin sigara içmeyi "keyif verici" ve "rahatlatıcı" şeklindeki olumlu cümlelere katılarak tanımladıkları ortaya çıkmıştır. Sigara içen bireylerin birçoğu sigara içme nedenlerinden biri olarak duygu kontrolünü göstermekte ve sigaranın rahatlatıcı etkisi olduğunu ifade etmektedirler. Sigara kullanan bireylerden alınan bu cevaplar ile sigaranın duygu kontrolüne yardım eden bir işlevi olabileceği ortaya çıkmaktadır. Sigara bağımlılığı ve stres arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan bu çalışmalara katkı sağlamak amacıyla sigara bağımlılığı ile başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek için bu araştırma yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Nikotin Bağımlılık Testi puanları ile başa çıkma tutumları toplam puanı arasında ilişki var mıdır?
2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanlar katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermekte midir?

3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanlar katılımcıların eğitim düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?
4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?
5. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanlar ile psikolojik yardım alma tutumları arasında ilişki var mıdır?
6. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanlar sigara içme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
7. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin "Madde Kullanımı" Alt Boyutundan aldıkları toplam puanı sigara içme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?"
8. Katılımcıların Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puan sigara içme ya da içmeme değişkenine göre farklılaşmakta mıdır?
9. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın nikotin bağımlılık kategorilerine göre farklılık göstermekte midir?
10. Psikolojik Yardım almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puanın nikotin bağımlılık kategorilerine göre farklılık göstermekte midir?

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, belirlenen örneklemin temsil ettiği evren ile sınırlıdır.
2. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, "Sosyodemografik Veri Formu", "Psikolojik Yardım Almaya ilişkin Tutum Ölçeği Kısa-Form", "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi", ve "Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği"nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Araştırma, amaç ve alt sorularda belirtilen sorular ile sınırlıdır.
4. Sonuçların katılımcıların kişisel ifadelerine dayalı olması yapılan araştırma için bir sınırlılıktır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Tüketimi ve Tarihçesi

Tütünün Osmanlı’da kullanımı 17.yy’da Genovalı ve Venedikli denizciler tarafından İstanbul’a getirilmesiyle başlamıştır. Tütünün İstanbul’a getirilmesinden sonra Osmanlı devleti tütün üretimine ilk olarak Trakya’ da bulunan Yenice, İskeçe ve Kavala kentlerinde başlamıştır. Tütünün Osmanlı’ya gelmesiyle beraber yangın olaylarında artışlar olmuştur. IV. Murat döneminde bu yangınlar nedeniyle ağır yasaklamalar getirilmiştir fakat devlet büyüklerinin bile tütün alışkanlığı olduğu için bu yasaklamalar tütün kullanımını önlemede etkili olmamıştır (Yücel, 2007).

Tütün üretimine başladıktan sonra Osmanlı Devleti 1884 yılında sigara fabrikası kurmuştur. İlk kurulan sigara fabrikası İstanbul Cibali ’dedir. Bunun ardından Adana ve Samsun gibi illerde de sigara fabrikası kurulmuştur (Özkul ve Sarı, 2008).

Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra 26.02.1923 tarih ve 558 sayılı kanun maddesi ile tütünün satın alınması, işletilmesi, sigara imal edilip satılması ve tütün maddesi ile alakalı diğer tüm işlemlerin hükümetçe yürütülmesi kararı verilmiştir (Uzunca, 2002).

1986 yılından sonra ise sigara üretimi konusunda devlet tekeli kaldırmıştır ve üretimler için özel firmalara da izin vermiştir (Özkul ve Sarı, 2008).

Tütün tarımı ilk olarak İspanya’da başlamıştır. Daha sonra tütünün kadın hastalıkları, göğüs hastalıkları, baş ağrıları gibi bazı hastalıkları tedavi ettiği düşüncesinin ortaya çıkmasıyla Portekiz, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde de tütün tarımı yapılmaya başlanmıştır (Tülücü, 2011).

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TUSAD) tütün çalışma grubu başkanı Prof. Dr. Nazmi Bilir (2018) Türkiye’de 120 bin kişinin sigaraya bağlı hayatını kaybettiğini belirtmiştir.

Dünyada sigara kullanımı hızla yaygınlaşmıştır ve her yıl sigaraya bağlı sağlık sorunları nedeniyle milyonlarca kişi ölmektedir. Sigara kullananların çoğu ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Sigara kullanımı erkeklerde daha yaygındır. Gelişmiş ülkelerde sigara kullanan kişi sayısında zaman içerisinde azalma görülürken,

gelişmekte olan ülkelerde artış görülmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerin zamanla sigara kullanımının yarattığı problemlerle karşı karşıya kalacağını göstermektedir (Çan, 2002).

DSÖ verilerine göre; dünyada 1,2 milyardan fazla insan sigara içmektedir Dünya genelinde nüfusun %43'ü sigara kullanmaktadır. (WHO, 2017)

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmalar doğrultusunda nüfusunun %30'u ile Şili, %27'si ile Macaristan, %26'sı ile Estonya ve Çin listenin başını oluştururken Türkiye ise %23,8 sigara kullanım oranıyla dünyada 11. sırada yer almaktadır. Bu verilere göre Türkiye' de erkeklerin %37,3'ü ve kadınların %10,7'sinin sigara kullandığı saptanmıştır (WHO, 2015).

TÜİK'in 2016 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusun yüzde 26,5'i her gün tütün ürünü kullanmaktadır. Bu oranın 2014'te 27,3 olduğu 2010'da ise 25,4 olduğu görülmektedir. Türkiye' de tütün kullanımı oldukça yaygındır ve bu durum büyük bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde nikotin bağımlılığına sahip olan kişilerin büyük bir kısmı ilk sigara deneyimlerini 20 yaşının altında yaşamaktadır. Yapılan araştırmalardan yola çıkarak Türkiye' de sigara içenlerin sayısı giderek artmakta ve yaş ortalaması ise giderek düşmektedir (Özcebe, 2008).

Bu doğrultuda sigara kullanımına karşı alınan önlemlerin genç yaş grubunu hedeflemesi doğru olacaktır.

2.2 Nikotin Bağımlılığı ve Nedenleri

2.2.1. Nikotin Bağımlılığı

Kişinin madde kullanımı üzerindeki iradesini kontrol edememesi bağımlılık olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını 'kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı' olarak tanımlar. Zamanla madde kullanımı kişinin kendisine ve çevresine zarar verici davranış sergilemesine neden olur. Sigara kullanmak veya sigara dumanına maruz kalmak bireylerde fiziksel ve psikik bağımlılık oluşmasına neden olur. Sigarada bağımlılık yapan madde nikotindir. Nikotin bağımlılığı, eroin, kokain ve alkol bağımlılığı ile benzer özelliklere sahiptir. Sigaranın

diğer bağımlılıklara göre kişide daha fazla alışkanlık yaptığı ve kişiye daha az zevk verdiği bilinmektedir (Özyurt, 2006).

Vücudumuz farklı duygu durumlarında (sevinç, üzüntü, heyecan vb.) duyguları kontrol etmek amacıyla biyolojik bir tepkime içerisine girer ve bunun sonucunda “endorfin” denilen madde salgılanır. Endorfin salgılanması sadece ihtiyaç duyulan zamanlarda ve vücudun ihtiyacını karşılayacak düzeyde gerçekleşir. Fakat kişinin sigara kullanımına başlaması sonucunda bu maddenin salgılanımı kişinin sigara tüketimine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yani vücudumuz duygularını kontrol etmek istediğinde salgılanması gereken endorfin maddesini sağlamak için bir dış faktöre yani nikotin tüketimine ihtiyaç duyar hale gelmektedir (Ergeneilek, 2005).

Kişinin sigaradan çektiği ilk nefes ile nikotin beyne yalnızca birkaç saniye içinde ulaşır ve beyindeki bazı merkezleri uyarır. Çekilen bu ilk nefesten sonra kişide rahatlama, sıkıntıların ve endişelerin azalması, zihnin eskisinden daha aktif çalışması gibi etkilerin olduğu gözlemlenir. Ancak bu durum ilk kullanım için iyi bir hale geçiş gibi belirtiler hissettiriyor olsa da aslında bu belirtiler rahatlama değildir. Bu durum genellikle kişinin yoksunluğunu hissettiği maddeyi elde etmesi sonucunda duymuş olduğu iyilik halidir. Vücuda alınan nikotinin kesilmesinden sonra geçen ilk 24 saatlik süre içerisinde kişide yoksunluk hissettiğini gösteren belirtiler ortaya çıkmaktadır. Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse nikotine bağımlılığı olan kişilerde nikotinin kesilmesi sonucunda yoksunluk olarak adlandırılan somut belirtiler gözlemlenmektedir (Özyurt, 2006).

Psikiyatrik bozuklukların tanı sınıflamasında nikotin bağımlılığının ölçütleri belirlenmiştir (Çev. Köroğlu, 2014). DSM-V Tanı Kriterlerinde Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklardan bahsedilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği tanı sınıflandırması olan DSM-V’e göre tütün kullanım bozukluğu tanı ölçütleri aşağıda verilmektedir: On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha fazla ölçüde ya da daha uzun zamanlı olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanımını bırakmak ya da tüketimini kontrol etmek için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Tütüne ulaşmak, tütün kullanmak ya da tütünün yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için aşırı istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı (örn. İşini engelleme).
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımına devam etme (örn. Tütün kullanımıyla ilgili olarak başkalarıyla tartışmalara girme).
7. Tütün kullanımından dolayı önemli birtakım toplumsal ve işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tekrarlayıcı bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (örn. Yatakta sigara içme).
9. Büyük olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.
 - b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlaması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu.
 - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alınır.

2.2.2. Nikotin Yoksunluğu

DSÖ'ye göre davranışsal ve mental bir hastalık olarak kabul görülen nikotin bağımlılığı, kişinin tütün kullanımını bırakması ile ortaya çıkan şiddetli sigara kullanma arzusu ve yoksunluk sendromlarının yaşanması durumudur (Ergeneilek, 2005).

En az birkaç hafta boyunca her gün sigara kullanan kişide nikotin alımı durdurulduktan sonra aşağıda belirtilen maddelerden en az dördünün ortaya çıkması nikotin yoksunluğu olarak tanımlanmaktadır (Ergeneilek, 2005).

- 1) Şiddetli sigara kullanma isteği
- 2) Çabuk sinirlenme durumu ve huzursuzluk
- 3) Sıkıntılı ruh hali (anksiyete)
- 4) Dikkati bir konuda toplamaya çalışırken yaşanan zorluk, konsantrasyon güçlüğü
- 5) Yerinde duramama (restlessness)
- 6) İştahın artması durumu ve bu durumun sonucunda kilo alma
- 7) Kalp atış hızında yavaşlama
- 8) Uyku problemleri (uykuya dalmada güçlük, uykunun bölünmesi vb.)
- 9) EEG'de yavaşlama

Nikotinin psikostimülan bir madde olduğu bilinmektedir. Sigara içen bireylerde rahatlatıcı etkiler ve yaşanan gerginlik düzeyinde azalma görülebilirken buna ek olarak hafif öfori, uyanıklık hali, konsantrasyonda artış da görülebilmektedir. Sigara kullanımının yarattığı pozitif belirtilerin (performansta ve duygu durumunda artış) nikotinin intrensek bir artırıcı etkisine mi yoksa yoksunluk semptomlarının ortadan kalkmasına mı bağlı olduğu net olarak bilinmemektedir. Sigara kullanımının kesilmesi sonucunda ortaya çıkan yoksunluk semptomları; konsantrasyonda güçlük, şiddetli nikotin kullanma isteği içinde olma, depresyon, endişe, disfori, iştah artışı, uykusuzluk, engellenmişlik hissi, öfke hali ve kalp atım hızında azalmadır. Bu semptomlar kişi sigarayı bıraktıktan sonra 48 saat içinde en üst seviyeye ulaşır ama daha sonra şiddeti zamanla azalır. Bazı semptomlar ise aylar ya da yıllar boyu devam edebilmektedir. Kişinin sigarayı bıraktıktan aylar sonra bile hala yoğun sigara içme arzusu, iştah artışı ve yaşanan konsantrasyon bozukluğu durumlarında devamlılık yaşadığına dair araştırmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte nikotine bağlı ortaya çıkan semptomlar içinde yer aldığı

düşünülen bazı semptomlar semptom değil doğrudan nikotinin etkileridir. Örneğin, nikotinin enerji seviyesini artırma etkisi olduğu için kullanımı bırakıldıktan sonra kilo denetimi zorlaşmaktadır. Bu durum dikkat ve konsantrasyon için de söylenebilir. Bunun sebebi ise nikotin kullanımının dikkat ve konsantrasyon düzeyini etkilemesidir (Ergeneilek, 2005).

2.2.3. Sigara İçmeye Başlama Nedenleri

Sigara içmeye başlama nedenleri arasında ailenin sigara kullanımının büyük ölçüde etkisinin olduğu bilinmektedir. Çocuklarda merak içgüdüğü oldukça fazladır ve küçük yaştan itibaren anne babasını sigara içerken gören çocuğun bu davranışı normalleştirilmesi olasıdır. Sigaraya başlamanın birçok nedeni vardır fakat en önemli nedenleri arasında çocuğun akranlarının sigara kullanıyor olması gelmektedir. Çocuğun akranlarının sigara kullanıyor olmasının özendirici etkisi olabileceğinden arkadaş ortamı oldukça önem taşımaktadır. Çocuğun sigara içen arkadaşlarına özenerek ya da onlar tarafından dışlanmamak için içtiği birkaç adet sigara daha sonra artış gösterebilir ve bağımlılık oluşur. Gençlerin sigaraya başlama nedenlerinin başında merak gelmektedir (Özer, 2003).

Anne-babanın evlilik ilişkilerinde çatışma yaşanması, kalabalık aileler, ailede işsiz bireylerin olması, anne baba eğitim düzeyinin düşük olması, aile içinde birliği sağlayacak etkinliklerin olmaması (birlikte sinemaya gitmek, kitap okumak gibi), parçalanmış ve boşanmış aileler, anne-babadan birinin ya da her ikisinin kaybedilmesi, anne-babanın bağımlılık yapan diğer maddeleri kullanması veya kullanıma tolerans göstermesi ve evde bu maddelerin bulundurulması ailesel risk etkenleri olarak görülmektedir (Akfert ve ark. 2009).

Gençlerin sigara içme nedenleri:

- Sosyal yaşamında sağlıklı ve başarılı ilişkiler kurmak,
- Kendilerini daha rahat hissetmek,
- Sosyal çevrenin etkisi altında hissetmek,
- Can sıkıntısını gidermek,
- Arkadaş grubuna kendini kanıtlamaya çalışmak. (Kasatura, 1998; Sezer, 1992).

Bireylerin doğdukları andan itibaren sosyal, bilişsel ve duygusal gelişimleri aile ortamında tamamlanmaktadır. Aile ortamının huzurlu ve güven verici olması bireylerin gelişimlerini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmeleri için önem taşımaktadır. Bu durumun tersi yaşandığında, gençler duygusal açıdan eksik ve çelişkili duygular yaşamaktadırlar. Aile ile çocuk arasındaki ilişki sağlıklı olduğunda bireyin gelişimi de bu durumdan olumlu bir şekilde etkilenmektedir (Akfert ve diğerleri, 2009).

Gençlerde bağımlılık yapan diğer madde kullanımları için önemli risk faktörleri arasında aile içinde çatışma yaşanması ve sorunlar, aile iletişimde kopukluklar, cinsel konularda sapmalı olan ya da ruh sağlığı bozuk aile üyelerinin olması, aile içinde istismar ve şiddetin yaşanması yer almaktadır. Ebeveynlerin gence karşı göstermiş olduğu tutarsız davranışlar, aşırı baskıcı veya rahat tutumlar, uygun denetimin sağlanmaması, gencin davranışlarının ebeveynler tarafından izlenmemesi diğer önemli risk faktörleri arasındadır (Akfert ve diğerleri, 2009).

Sosyal yaşantının kişilere yüklemiş olduğu zorluklar, yaşam koşullarının zaman içinde zorlaşması, kişilerin özel ve duygusal problemlerinin var olması kişiyi sağlıksız olduğunu bilmesine rağmen keyif verici maddeleri kullanmaya yöneltmektedir. Sigara günümüzde en çok tercih edilen keyif verici maddedir (Ergeneilek, 2005).

Yapılan araştırmalara göre yetişkinlerde ve gençlerde sigara içme alışkanlığının sebepleri farklılık göstermektedir. Yetişkinler daha çok kişilerarası iletişimde sorun yaşadıklarında, kendilerini sıkıntılı hissettikleri zamanlarda daha iyi hissetmek ve stresle başa çıkmak için sigarayı uyarıcı ya da yatıştırıcı olarak kullanmaktadırlar (Karabulut, 2007).

2.2.4. Sigara Kullanma Davranışını Sürdürme Nedenleri

Sigara içmeyi ve içmeyi sürdürmeyi etkileyen birçok faktör vardır. Aile fertlerinden birinin ya da birkaçının, sosyal çevredeki yakın ilişki kurulan ve iş ortamında beraber çalışılan kişilerin sigara içiyor olması sigara içmeyi etkileyen faktörlerdendir. Sigara içme davranışını sürdürmede ise aile fertlerinin sigaraya karşı olan tutumu çok önemlidir (Özdemir, 2007).

Araştırmalara göre sigara kullanicıları sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi sonucunda sigaraya başlamaktadır ve bütün risk faktörlerine rağmen sigara kullanımını sürdürmektedir. Sigaraya başlama nedenleri ile sigara içmeyi sürdürme nedenlerinin genellikle farklı olduğu görülmektedir. Sosyal evre faktörünün ve ailesel faktörlerin özellikle sigara kullanımına başlamada önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

Sigara içme davranışının birçok nedeni vardır. Nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal etkenler sigara içmeyi devam ettirmede önem taşımaktadır (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

Günde bir paket sigara içen kişiler 20 yıl boyunca kullanmaya devam ettiklerinde 1 milyon kez sigara dumanı solumuş olurlar. Bu yineleyici hareketler günlük yaşantıda güçlü uyarılmalara yol açabilmektedir. Sigara ile bağlantılı uyarılmaların daha çok stresli ve sosyal ortamlardaki nükslere neden olduğu düşünülmektedir. Kişi her ne kadar bırakmak istese de ailesinde ve sosyal çevresinde sigara içiliyor olması bırakmayı zorlaştıran etkenler arasında yer almaktadır (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

evresinde sigara içen ebeveyn, arkadaş, kardeş gibi rol modellerin olması kişinin sigara içme davranışını kanıksamasına sebep olmaktadır. Bu durum bireyin sigara içme davranışına ilişkin olumlu ve olumsuz algılarını ve dolayısıyla niyetini etkiler. Bunun sonucunda ise sigara içme davranışını sürdürme durumu devam eder. Daha çok kişinin arkadaş ortamında sigara içenlerin olması, kişinin bu gruptan dışlanmama ve gruba dahil olma isteği kişide sigara içme alışkanlığının devamlılığını sağlamakta ve hatta içilen sigara miktarının artmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Ebeveyn ve kardeşlerin de sigara kullanıyor olması kişinin sigara içme davranışının süreklilik göstermesinde etkilidir. Gençler sağlıkla ilişkili davranışlarda ebeveynlerini rol model almaktadırlar. Aile içerisinde sigara içenlerin olması sonucunda bireylerin sigara kullanımına başlaması, aile içerisinde sigara içilmeyen bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Ergül, 2005).

Anne- babanın ve bulunulan sosyal ortamda sigara kullanan bireylerin olması, kişilerde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin yatkınlaştırıcı rol oynamaktadır. Sigara kullanan ailelerin çocuklarının, sigara kullanmayan ailelerin çocuklarına oranla nikotin bağımlılığına daha yatkın oldukları saptanmıştır (Ergül, 2005).

Ebeveynler sadece belirli bir dönem içerisinde sigara kullanmış olsalar bile bu durum onları rol model alan çocukları tarafından fark edilmiş ve gözlemlenmiş ise ebeveynler sonradan sigara kullanımını bırakmış olsalar dahi çocuklarında sigara içme davranışı görülebilmektedir. Sigaraya başlamada, sigara içme davranışını sürdürmede ve sigarayı bırakmada çevre aynı etkiye sahiptir. Kişinin ergenlik döneminde anne babasının sigaraya karşı sergilemiş oldukları tavır önem taşırken geç ergenlikte kendi akran grubunun sigaraya karşı sergilemiş olduğu tavır önem taşımaktadır (Herken ve diğerleri, 2000).

Sağlık davranışını kazanmak ve sürdürmek için kişinin öz denetiminin ve öz saygısının etkisi oldukça büyüktür. Öz-denetimi düşük olan kişiler sigara içme davranışına ilişkin pozitif bir tutum içindedir ve bu kişilerin sigaraya direnme gücünün de daha zayıf olduğu bilinmektedir (Ergül, 2005).

Sigaraya başlamada psikososyal faktörler daha ön plandayken sigara içme davranışını sürdürmede farmakolojik faktörler daha etkilidir. Psikososyal nedenlerle başlanan sigara kullanımının bağımlılık yapması tütün içindeki nikotinin farmakolojik etkilerinden kaynaklanmaktadır. Sigaradan alınan her nefesten sonra bir miktar nikotinin birkaç saniye içinde merkezi sinir sistemine ulaşmasının rahatlatıcı etkisi vardır ve bu durum kortikal uyanıklığı arttırmaktadır. Ayrıca, nikotine bağımlılık meydana gelmekte ve vücuda nikotin alınmadığı zaman kişiyi rahatsız eden yokluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Sigara kullanımının bırakılması sonucunda “Abstiens Sendromu” nun ortaya çıktığı bilinmektedir. Tütünün bağımlılık yaratıcı etkisi olduğu tütünü bırakan bireylerde Abstiens sendromunun ortaya çıkmasından anlaşılmaktadır. Fakat bu sendromun şiddeti ve belirtileri her kişide farklı olabilmektedir. Semptomların başlamasında ve devamında da kişiden kişiye farklılıklar bulunabilmektedir (Ergeneilek, 2005).

Yoksunluk sendromu yaşayan kişide baş ağrısı, aşırı derecede sigara içme isteği, depresyon, uyku bozuklukları, iştah artışı, mide bulantısı, gastrointestinal bozukluklar (konstipasyon-diare), uyuşukluk, yorgunluk hissi, hassasiyet, konsantrasyon sağlamada güçlük görülmektedir. Yaşanan ve kişiye rahatsızlık veren bu semptomlar zaten var olan sigara içme arzusunun tetikler. Kişinin tekrar sigara kullanmasıyla nikotin seviyesi eski düzeyine çıkmakta ve semptomlar ortadan kalkmaktadır. İleri derecede sigara bağımlılarının, yaşadıkları yoksunluk sendromunun ortaya çıkışını engellemek amacı ile sigara içtikleri düşünülmektedir (Ergeneilek, 2005).

2.3. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

2.3.1. Genel Sağlık Etkileri

Sigaranın fiziksel bağımlılık yapmasının nedeni içinde bulunan nikotindir. Sigara kullanımı vücudun bütün sistemlerine zarar verir ve en çok zarar gören organlardan biri akciğerdir.

Sigara kullananların; hava yollarında goblet, hücre sayısında artma, siliya sayısında azalma, mukus sekresyonunda artış, solunum yolu florasında farklılık görülür. Ek olarak sigara alveolar makrofajların yapısında bozulmaya neden olarak daha sık solunum yolu enfeksiyonu gelişmesine yol açar. Sigara kullanımı sonucu oluşan inflamasyon hava yollarında kalıcı anatomik değişikliklere yol açar. Sigara bazı etkiler ile kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişimine neden olur (Özyardımcı, 2002). Ayrıca hamilelik döneminde annenin sigara içmesi sonucunda düşük doğum tartılı bebek dünyaya getirme olasılığı artar. Aynı zamanda genç erişkinlik döneminde sigara kullanan bireylerin, akciğer gelişimi yavaşlar ve bu da KOAH gelişimine neden olur (Aytemur ve diğerleri, 2010).

Sigara kullanan insan sayısının fazla olduğu ülkelerde görülen akciğer kanserinin %90'nın sebebi sigara temellidir (Alberg ve Samet, 2003). Yaşamı boyunca sigara kullanan bireylerin %15'inde akciğer kanseri görülmektedir (Dubey ve Charles, 2008). Akciğer kanseri gelişme riski sigara içme süresi ve günlük içilen sigara miktarına göre değişmektedir (Özlü, 2010). Fakat hayatı boyunca hiç sigara kullanmamış bireylerin %10'unda da akciğer kanseri görülebilmektedir (Dubey ve Charles, 2008).

Sigara içen kişilerde meydana gelen tüm bu ölümcül risklerin yanında sigara içen insanların içmeyen insanlara göre vücut direnci daha zayıftır. Sigara içen kişiler, bırakan veya hiç içmemiş kişilere göre akut ve kronik hastalığa daha çok yakalandıkları görülmekte ve gündelik hayat aktivitelerinden daha fazla uzak kaldıkları, daha fazla yatarak gün geçirdikleri ve daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaptıkları bilinmektedir. Sigara kullanımına erken yaşta yani ergenlikte başlayıp uzun süre sigara içmeye devam eden kişilerin yarısının ölüm sebebi sigara kullanımından kaynaklanmaktadır ve bu kişilerin orta yaşlarda hayatlarını kaybettikleri görülmektedir. Sigara kullanmayan bireylerin yaşam süreleri sigara kullanan bireylere göre 20-25 yıl daha uzundur (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

Sigara doğrudan ölüme sebep olmasa bile birçok kronik hastalığın tetikleyicisidir. Sigaranın neden olduğu başlıca hastalıklar arteroskleroz, KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı) ve akciğer kanseridir. Sigara kullanımı kalp-damar ve beyin-damar hastalıkları yaşanmasının ise başlıca nedenlerinden biridir. Sigaranın neden olduğu hastalıkların birçoğu ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Sigara kullanımının neden olduğu KOAH ile sigara arasında yanıt doz ilişkisi mevcuttur. Sigara içen bireylerin %10-15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması meydana gelir. Sonuç olarak sigara kullanan bireylerde KOAH, pnömoni ve gripten ölümler daha fazla görülmektedir (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

2.3.2. Sigaranın Diğer Sistemler Üzerindeki Etkileri

Sigaranın yaşlanmaya ve kırışıklık oluşumundaki etki mekanizması tam olarak bilinmemesine karşın; sigara vasokonstriksiyona bağlı iskemi, doku oksijenasyonunda azalma, doku karboksilasyonu ile trombosit agregasyonunda artma ve kollagen depozisyonunda azalma ile suçlanmaktadır (Özlü ve diğerleri, 2010).

Sigara ağız ve diş sağlığı sorunlarına da yol açar. Sigara kullanılan süre ve günde içilen sigara sayısı ile çürük oluşumu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Sigara kullanımı çürük oluşum riskini artırmaktadır ve diş taşı oluşumuna sebep olmaktadır (Genco, 1996).

Sigara kullanımı alt solunum yollarının yanı sıra üst solunum yollarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Sigara; solunum yollarında inflamasyonu artırır ve mukozal irritasyon oluşturur. Bununla beraber mukosilyer aktiviteyi azaltarak rinit, sinüzit, otit, larenjit gibi enfeksiyöz hastalıkların gelişim sıklığını artırmaktadır. Sigara kullanımının sebep olduğu kanser türlerinden en çok görüleni larenks kanseri olup bu kanser oluşumunun nedeni olarak etiolojide en çok suçlanan faktör sigaradır (Aytemur ve diğerleri, 2010).

Sigara endüstrisi uzun yıllar erkekleri hedef almasına karşın yeni hedef kadınlardır. Sigara kullanımı daha önceleri erkeklerde daha fazla iken, cinsiyetler arasındaki fark gün geçtikçe azalmakta ve bu durum kadınlara özgü birçok sağlık probleminin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sigara kullanımı infertilite, osteoporoz, üriner inkontinans ve ektopik gebelik riskinde artışa, gebelerde ise; düşük doğum tartılı bebek, erken doğum, erken membran rüptürü, intrauterin ölüm, preeklampsi gelişme riskine neden olmaktadır (Aytemur ve diğerleri, 2010).

2.3.3. Sigara ve Pasif İçicilik

Pasif içicilik; kapalı ortamlarda içilen sigara dumanına kişinin kendi istemi dışında maruz kalmasıdır. Sigara yalnızca içen için değil, içilen ortamda bulunan kişiler için de risk oluşturmaktadır. Sigaradan çıkan zararlı dumandan en çok etkilenenler gebeler, yeni doğanlar ve çocuklardır. Dünyada sigara içimi arttıkça pasif içicilikte artmaktadır.

Maruz kalınan dumanın içinde 40 kadarı kanserojen madde olarak bilinen 4000'den fazla madde bulunmaktadır. Yaşanılan ortamda içilen tütünden ortaya çıkan duman, evin içerisinde oluşan hava kirliliğinin en önemli sebebidir. Aynı zamanda da önemli sağlık sorunlarına, kötü çevre kokusuna ve göz irritasyonuna da yol açabilmektedir (Hacımustafaoğlu, 2002).

Japon bir araştırmacı 1981' de 91 bin ev hanımı üzerinde bir çalışma yapmıştır ve bu çalışma sonucunda eşi sigara içen ev hanımlarında akciğer kanseri görülme riskinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Sigara içilme bile maruz kalınan tütün dumanı kişilerde ölüm ve hastalıklara sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki

dünya genelinde her yıl 600 bin insan pasif içicilik sebebiyle hayatını kaybetmektedir (Karlıkaya ve diğerleri, 2006).

Pek çok ülkede çocuklar sigara dumanına maruz kalmakta ve bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Çevresinde sigara içilmesi sonucunda sigara dumanını soluyan çocuklarda bronşiyolit, bronşit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, üst solunum yolu irritasyonu, orta kulak enfeksiyonu, akciğerin işlevinde azalma ve astımlı çocuklarda atak sayısının artması görülmektedir. ABD'de bebeklerde görülen pnömoninin %50'si sigara dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır (Boztaş, Aslan ve Bilir, 2006).

Sigara içmeyen insanlar sigara dumanına maruz kalmadıklarında pasif içicilik nedeniyle oluşan risk faktörleri azalır ve zaman içerisinde ortadan kalkabilir. Bu nedenle pasif içicilik hakkında ebeveynlere verilecek olan eğitimler son derece önem taşımaktadır. Ebeveynlerin ve onları örnek alan çocuklarının sağlıkları açısından sigara içilmemesi hem sağlık kalitesini artıracak hem de yaşam kalitesini yükseltecektir (Hacımustafaoglu, 2002).

2.4. Psikolojik Danışma ve Psikolojik Yardım Alma

2.4.1. Psikolojik Danışma/ Psikoterapi nedir?

Birey varlığı için sorun teşkil eden bazı durum ya da sorun ile karşılaştığında bu durum ile baş edebilmek için sahip olduğu içsel kaynakları kullanmak ister. Fakat bu kaynakların yeterliliğine güvenemez ve dışsal kaynaklara ihtiyaç duyar. Bu durum psikolojik yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır (Fischer ve Turner, 1970).

Bireyler karşılaştıkları problemleri bazen kendi kendilerine çözüme ulaştırabilirlerken bazen de başkalarından destek ve yardım almaya ihtiyaç duyabilirler. Bu yardım kimi zaman bireyin yakın çevresinde bulunan aile, arkadaş, öğretmen gibi kişilerden kimi zaman da bir uzmandan psikolojik danışma süreci şeklinde alınabilmektedir (Türküm, 1999).

2.4.1.1. Psikolojik danışmanın özellikleri

Psikolojik danışman, psikolojik danışma sürecinde terapötik becerilerin uygun ve zamanında uygulanmasında en önemli faktördür. Psikolojik danışmanlar kişiye yardımcı olacak desteği sağlama konusunda gerekli eğitimleri almış ve uygulama becerilerine sahip uzman kişilerdir (Voltan-Acar, 2006).

Psikolojik danışmanlarda bulunan bilişsel stiller ile danışanlarının stilleri psikolojik danışma ilişkisini doğrudan etkilemektedir (Ivey ve diğerleri, 2005). Danışmanlık yapan kişinin dahil olduğu ve yakın hissettiği eğilim ve ekollere göre danışmanın tutum ve özellikleri farklılaşabilir. İlk olarak psikolojik danışmanlar etkin dinleme becerisine sahip olmalıdır. Bu beceri ile danışman pasif dinleyici değil, jest ve mimikleri ve sözlü ifadeleriyle orada danışanı dikkatlice dinlediğini göstermekte ve bilgilerini paylaşmaya devam etmesi konusunda teşvik edici olmaktadır (Cormier ve Hackney, 2013). Diğer bir beceri ise yeniden ifade etme becerisidir. Bu beceri, danışanın söylediklerini danışmanın kendi kelimeleri ya da danışanın kullandığı aynı kelimelerle ifade etmesini içermektedir. Bu yöntem sayesinde danışan söylediklerini bir dış sestten yeniden duymaktadır (Cormier ve Hackney, 2013).

2.4.1.2. Psikolojik Danışma Süreci

Psikolojik danışma süreci danışmanın benimsediği akıma, yardım edilmek istenen danışanın ve onun getirdiği sorunun özelliğine ve danışma merkezinin şartlarına göre farklılaşabilir. Ancak genel olarak her danışma süreci için benzer şekilde takip edilen bir örüntü söz konusudur. Bu örüntüde ilk olarak yardım almak için danışmaya başvuran kişinin bilgilendirilmiş onam/gönüllülük ya da izin formu doldurması istenir. Bununla birlikte sorunun ne olduğunu yüzeysel olarak görmek için bir değerlendirme formu doldurması da istenmektedir. Ayrıca danışanın istek ve beklentilerini öğrenmek ve sorun hakkında daha detaylı bilgi toplamak için bir ön görüşme de gerçekleştirilir. Bu görüşme sırasında danışmanın yardımcı olup olamayacağı, birlikte çalışılıp çalışılmayacağına ilişkin bir değerlendirme gerçekleştirilir. Ön görüşme sonrasında aynı danışman ile sürece devam etmeye karar verilebileceği gibi, danışan için daha faydalı olacağı düşünülen başka bir psikolojik danışman veya başka bir kuruma yönlendirme de söz konusu olabilmektedir (Capuzzi ve Gross, 2011).

Psikolojik danışman ile danışan birlikte ilk oturumun yerini ve zamanını ön görüşmede kararlaştırırlar. Zamanı birlikte kararlaştırılan ilk oturumda danışanın sorunu ve genel yaşamına ilişkin bilgiler alınmakta ve böylece danışanın yaşam öyküsü dinlenilmektedir. Ayrıca ilk görüşmede danışman tarafından sürece ilişkin bilgiler verilmekte, gizlilik ve gönüllüğün danışma süreci açısından önemi açıklanmakta ve ilişkinin sınırları belirlenmektedir. Danışanın yaşam öyküsünü alma süreci birkaç oturum sürebilmekte ve bu oturumlar başlangıç evresi olarak tanımlanmaktadır (Short ve Thomas, 2015). Bu evrede güven ilişkisinin kurulması önemlidir.

İkinci evrede problemin tanımlanması yapılmaktadır. Burada danışanın getirmek istediği problem değişebileceği gibi, o problemin yanında başka sorunlar da ortaya çıkabilir. Çünkü güven ilişkisi hemen oluşamayacağı için danışan asıl sorununu anlatmakta tereddüt edebilmektedir. Bu sebeple asıl problem, ancak güven ilişkisi oluştuğunda belirlenebilmektedir (Capuzzi ve Gross, 2011).

Bir sonraki evrede ise problemin derinlemesine incelemesi yapılmaktadır. Artık danışana daha ayrıntılı sorular sorulabilir ve tutarsızlıklarıyla yüzleştirilebilir. Ancak hemen her durumda danışana karşı destekleyici olmak önemlidir. Problemin derinlemesine incelenmesinden sonra danışan ve danışman işbirliği içerisinde bir hedef belirlemektedir. Bu noktada danışmanın kullandığı veya benimsediği kuramsal yaklaşım önemli taşımaktadır. Zira sorunun altında yatan etmenler danışanın benimsediği kuramsal temele dayandırılarak açıklanmaktadır. Danışma sürecinin amacı belirlendikten sonra artık değişim için danışanın çalışmaya başladığı evreye gelinmektedir. Burada danışman kolaylaştırıcı rol oynarken danışan da sorumluluk almaktadır. Ancak unutulmaması gereken önemli bir nokta, danışma sürecindeki amaçlar her zaman değiştirilebilir veya yeniden yapılandırılabilir (Neukrug, 2011). Çalışma evresi olarak da isimlendirilen bu aşamada artık sorunun çözülmesi için danışanın çözüm yolları bulmasına yardım edilmektedir (Short ve Thomas, 2015).

Bir sonraki evre ise artık sonlandırma evresidir. Danışan amaçlarına ulaştığında artık danışma sürecinin devam etmesinin bir önemi kalmamaktadır (Neukrug, 2011). Ancak danışma sürecinin tam olarak ne zaman sonlanması gerektiği tartışmalı bir konudur. Bu konuda en yaygın kabul gören görüş ise; belirtilerin azalması veya yok

olması, gelecekte belirtiler tekrar ortaya çıkarsa danışanın bunlarla bahsedilebilecek iç görü kazanmış olması, yaşamdan zevk alma becerisinin kazanılması ve artık üzerinde zaman ve çaba harcanacak kadar önemli bir sorun kalmamış olmasıdır. Bu çerçevede sonlandırma oturumunda danışanın amacına ne kadar ulaştığı ve sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşünceleri konuşulur (Kelinke, 1994, Capuzzi ve Gross, 2011).

Ayrıca sonlandırma oturumu sürecin değerlendirilmesi ve ilişkinin sonlandırılmasını da içerir. Bu oturumda amacına nasıl ulaştığı, bunu nasıl başardığı üzerinde düşünmesi için danışan cesaretlendirilmekte ve hayatının gelecekte nasıl devam edeceği konusunda planları paylaşılmaktadır. Ayrıca danışma sürecinin etkisini değerlendirmek için danışandan ölçme araçları doldurması da istenebilmektedir (Short ve Thomas, 2015).

2.4.2. Psikolojik Yardım Almanın Yararları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre ruh sağlığı bütüncüdür. Ruh sağlığının belirleyicileri olarak, yaşamın herhangi bir döneminde birey için önemli etkiye sahip biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler gösterilmektedir. Bu çerçevede, ruh sağlığı bozukluğunun evrensel olarak tüm dünyadaki bireyleri yaşları ve kültürleri ne olursa olsun etkileyeceği belirtilmektedir (WHO, 2010).

Psikolojik danışmanlar birçok konuda problem yaşayan bireylere yardım etmektedirler. Bu sorunların en yaygınlarının ise depresyon, stres, kaygı, öz saygı, öz güven, öfke kontrolü, uyku, yeme bozuklukları, bağımlılık, aile ilişkileri, cinsel işlev bozukluğu, işsizlik, ekonomik sorunlar, travma ve yas/kayıp olduğu belirtilmektedir (Short ve Thomas, 2015).

Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin yardım için başvurduğu en yaygın sorunların ise, iletişim, üniversiteye uyum, romantik ilişki, depresyon, kaygı bozuklukları, sınav kaygısı, akademik başarısızlık, ders çalışma becerileri, düşük öz saygı ve ebeveynleriyle yaşadıkları problemler olduğu belirtilmektedir (Güneri, 2006).

Ruh sağlığı konusunda sorun yaşayan bireylerin fiziksel sağlık konusunda da sorun yaşama olasılığı oldukça yüksektir. Bu ilişki nedeniyle terapiler bireyin bütüncül sağlığını korumada önemli rol oynamakta olup, ruh sağlığı merkezleri, bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarıyla başa ıkabilmelerinde oldukça etkili mdahaleleler yapabilmektedir (Corrigan, 2004).

2.4.3. Psikolojik Yardım Alma Tutumu ve Tutumu Etkileyen Faktörler

Psikolojik yardım alma tutumu, bireyin bir kriz durumunda ya da uzun süreli psikolojik rahatsızlığında bir uzmandan yardım araması ya da buna karşı çıkmasına ilişkin eğilimi olarak tanımlanır (Fisher ve Turner, 1970).

Rogler ve Cortes bireyin psikolojik yardım arama sürecini yaşamış olduğu sorunun bir sağlık sorunu olarak nitelendirilebileceğini fark edip bu sorun ile ilgili profesyonel destek almaya karar vermesi arasında geçen zaman dilimi olarak adlandırmıştır.

Günümüzde ruh sağlığı problemi yaşayan kişi sayısı oldukça yüksektir ve bu nedenle ruh sağlığına önem verilmektedir. Dünya nüfusunun beşte biri ruhsal veya zihinsel sorunlar yaşamaktadır. Kişi psikolojik yardım almaya karşı olumsuz tutum içerisindeyse yardım almaktan kaçınabilmekte ya da erteleyebilmektedir. Bu nedenle psikolojik yardım almaya ilişkin tutum çok önem taşımaktadır. Yardım almaya ilişkin tutumu etkileyen sosyal, psikolojik, demografik ve ekonomik faktörler vardır.

2.5. Başa ıkma Tutumları

Hayatta bazı değişikliklerin olma ihtimali düşünüldüğünde değişim için gereken uyum çabası ile oluşan streten tamamıyla kurtulmak mümkün değildir. Stresi tamamen ortadan kaldırmaya çalışmadan, olumlu bir seviyede tutabilme becerisine sahip olmak stresle baş etmede büyük öneme sahiptir (Akt. Doğan ve Eser, 2013).

Kişinin karşılaştığı stres yaratan bir olay karşısında mücadele etmesi ile ortaya çıkan bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ‘başa çıkma’ olarak tanımlanır. Ayrıca insanların kullandıkları başa etme tutumları kültür, cinsiyet gibi nedenlerle farklılaşmaktadır ve bu tutumlar kişiye özgüdür (Ağargün ve diğerleri, 2005).

Lazarus, stresin üç süreçten meydana geldiğinin ileri sürmektedir. Bunlar;

1. Birincil değerlendirme: Kişide oluşan bir tehdit algısı sürecidir.
2. İkincil değerlendirme: Tehdide karşı zihinde oluşan, verilecek potansiyel tepkinin oluşma sürecidir.
3. Baş etme: Tepkinin uygulama sürecidir (Akt. Carver ve diğerleri, 1989).

Baş çıkma tutumları “Emosyon odaklı” ve “sorun çözme” ye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Sorun çözmeye yönelik olanlar sorunun temelindeki başa çıkma tutumlarını, sorunu çözmeyi ya da stres yaratan olayın temel nedenini değiştirebilmek için çaba harcarken, emosyon odaklı olanlar ise o anki duygusal sıkıntıyı azaltmak ve yönetebilmek için çaba harcamaktadırlar. Baş etme tutumları aktif ve pasif olarak tanımlanmaktadır. Aktif olan tutum stres verici olayın kaynağına inip onu değiştirmeyi ya da ortadan kaldırmayı içeriyorken, pasif olan tutum ise, stres yaran olaydan uzak durmaya yönelik davranışları içermektedir (Ağargün ve diğerleri, 2005; Carver ve diğerleri, 1989).

Yapılan araştırmalar emosyon odaklı baş etme tutumlarının etkili bir baş etme tutumu olmadığını ortaya koymaktadır. Emosyon odaklı tutumları kullanan kişilerde psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir. Sorun çözmeye yönelik başa çıkma tutumlarının ise bireyin sağlığı için daha olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı belirtilmektedir (Tajrishı ve diğerleri, 2015). Depresif belirtileri olan kişiler stres yaratan durumlar karşısında emosyon odaklı başa çıkma tutumunu kullanmaktadırlar.

2.5.1. Başa Çıkma Teknikleri

2.5.1.1. Sorun Çözmeye Yönelik Olan Başa Çıkma Tutumları

Aktif Başa Çıkma: Stresörü ortadan kaldırmak veya durumu daha iyiye götürmek için eyleme geçmektir.

Plan Yapma: Stresörlerle nasıl başa çıkılabileceği hakkında düşünmeyi içermektedir.

Yararlı Sosyal Destek Kullanımı: Stresörle baş edebilmek için kişinin bilgi edinmesi, yardım ve tavsiye almasıdır.

Diğer Meşguliyetleri Bastırma: Stresörlerle baş edebilmek için diğer aktivitelere olan ilginin azaltılarak dikkatin stresörle baş edilmeye verilmesidir.

Geri Durma: Uygun koşullar oluşturulana kişinin beklemesi ve eyleme geçmemesini içeren pasif baş etme tutumudur (Carver ve diğerleri, 1989).

2.5.1.2. Emosyon Odaklı Başa Çıkma Tutumları

Duygusal Sosyal Destek Kullanımı: Kişilerin manevi destek arayışı içerisine girmesini içermektedir.

Dini Olarak Başa Çıkma: Stresli durum karşısında kişilerin dinle alakalı eylemlerde bulunmasıdır.

Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme: Stresörlerin kendilerine odaklanmayıp, stres verici durumu kontrol altına almaya çalışıp olayların pozitif yönlerini görmeye çalışma çabasını içermektedir.

Kabullenme: Stresli durumu kabul ederek durumla ilgili girişimde bulunmayı kapsamaktadır.

Şaka Yapma: Kişinin stres veren olay karşısında mizah kullanımını içermektedir (Carver ve diğerleri, 1989).

2.5.1.3. İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları

Soruna Odaklanabilme ve Duyguları Açığa Çıkarma: Stresli olaya odaklanarak bireyin yaşadığı duygusal sıkıntılarını dışarıya aksettirme eğilimidir.

Zihinsel Boş Verme: Stres veren olaylardan kaçabilmek için kişinin dikkatini uyumak, televizyon izlemek gibi aktivitelere vermesidir.

İnkâr: Stres veren durumun varlığını reddetmek ve gerçekliğini yok saymaktır.

Davranışsal Olarak Boş Verme: Stresörlere karşı ilginin azalma hali ve hedefi elde etme uğraşından vazgeçmedir.

Madde Kullanımı: Kişinin kendini stres veren olay ya da durumdan uzaklaştırabilmek için madde veya alkol kullanmasıdır (Carver ve diğerleri, 1989).

2.6. Stres Kavramı ve Tanımı

Stres kelimesi herkes tarafından bilinen bir kavramdır. Fakat stres kavramı tanımının tam olarak ne ifade ettiği bilinmemektedir. Bu durum stres kavramının her bireyde farklı anlamlar ifade etmesinden kaynaklanmaktadır ve böylece stresin tanımını net bir şekilde ifade etmek kolay olmamaktadır (Selye, 1973). Bir öğrenci için stres sınavda başarısız olmak şeklinde tanımlanabiliyorken bir mimar için projenin yetişmemesi olarak tanımlanabilmektedir.

Organizma yeni koşullar ile karşılaştığında bu koşulların üstesinden gelebilmek için bazı tepkiler verir bu tepkiler Psikolojik Terimler Sözlüğü'nde "stres" olarak ifade edilmektedir (Erkuş, 1994).

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres iki yönlü ifade edilmektedir. İlk bakış açısına göre stres, kişinin çevre ile etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Zorlu çevre koşullarının stresle sonuçlandığı bilinmektedir ancak çevresel koşulların kişi üzerinde yaratmış olduğu etki kişisel farklılıklara göre değişebilmektedir. Bu nedenle, 'Psikolojik stres, bireyin çevresinde karşılaşmış olduğu bir olayı kendi başa çıkma becerilerini aşan, iyi oluş hali üzerinde tehlike yaratan bir tehdit olarak algılaması sonucunda başlayan, psikofizyolojik bir süreç ve birey ile çevre arasında oluşan bir ilişkidir.' şeklinde tanımlamaktadırlar. İkinci bakış açısına göre ise uyarıcı ve tepki arasında oluşan ilişki stres olarak tanımlanmaktadır.

Selye'ye (1973) göre ise stres, organizmada baskı algısı yaratan herhangi bir isteğe karşı organizmanın göstermiş olduğu spesifik olmayan bir tepkidir. Organizmaya gelen her talep farklı şekilde işlenir, yani spesifiktir. Örneğin birey fazla şeker tükettiğinde kan şekeri normal seviyesinin yukarısına çıkar ve bunun bir kısmı boşaltım yolu ile vücuttan atılırken kalan kısmı da vücutta depolanmak ya da yakılmak üzere gerekli kimyasal tepkimeler vücut tarafından aktif hale getirilir ve kan şekeri normal seviyeye döner. Organizma, vücut ısısının altında bir soğuğa maruz kaldığında vücut ısısını dengelemek amacıyla titrer ve vücut ısısının dengelenebilmesi için kan damarları

büzüşür. Organizmada meydana gelen dengesizlikler ne olursa olsun bütün bu tepkilerin ortak noktası organizmanın kendisini yeniden normale döndürmek için beden üzerinde göstermiş olduğu düzenlemelerdir. Vücudun göstermiş olduğu bu düzenlemeler spesifik değildir; yani problemin ne olduğunu dikkate almadan vücudun probleme uyum sağlamasını gerektirir. Vücudun maruz kaldığı tüm tepkiler kendi spesifik eylemlerinin yanında, ihtiyaçta artışa sebep olan spesifik eylemden bağımsız olarak tekrar normallik ve uyuma yönelik işlev için gereken ihtiyaçta spesifik olmayan bir artış sağlarlar. Bu şekildeki eylem için spesifik olmayan talep, stresin esas niteliğidir. Stres üretimi veya stresör, eylem açısından bakıldığında, karşılaşılan tepkinin hoş veya nahoş olmasının önemi yoktur. Örneğin, aniden oğlunun bir tartışmada öldürüldüğünü öğrenen bir anne korkunç bir şok yaşar; yıllar sonra bu haberin asılsız olduğunu ve oğlunun hayatta olduğunu öğrenirse aşırı bir mutluluk yaşar. Bu iki olayın spesifik sonucu üzüntü ve mutluluktur ve birbirinden tamamen farklıdır; ancak bunların stresör etkisi – yeni duruma adapte olmak için gereken spesifik olmayan talepler- aynı olabilmektedir. Stresi anlamak için bir başka yol ise stresin ne olmadığı hakkında bilgi sahibi olmaktır. Selye’ye (1973) göre stres, sadece kişide oluşan bir sinir gerilimi değildir, stres tepkisi sinir sistemi olmayan hayvanlarda hatta bitkilerde bile görülebilmektedir. Stres bir hasarın, hoş ya da hoş olmayan bir durumun spesifik olmayan sonucu değildir. Stres kişinin kendi çabasıyla kaçınabileceği bir durum değildir. Kişi kendini rahat hissettiği durumlardayken ya da uyku durumundayken bile organizma azda olsa stres altındadır: Bu durumlarda kalp işlevini sürdürmeye devam eder, kaslar solunum için göğsü hareket ettirir, rüyadayken bile beyin işlevini sürdürdüğü için tam bir dinlenme halinde değildir. Fizyolojik işleyişler devam ederken bile kişinin stres altında olabilmesi göstermektedir ki stresten tamamen kurtulmak ve ölüm arasında pek bir fark yoktur.

Selye, yapmış olduğu laboratuvar çalışmalarında farelere bazı maddeler enjekte etmiştir ve farelerin tanımadıkları bu maddelere nasıl tepki verdiklerini incelemiştir. Bu çalışma sonucunda farelerin adrenal bezlerinde büyüme; timüs ve lenf bezlerinde küçülme ve gastrointestinal sistemlerinde ülser oluşumu olduğunu gözlemlemiştir. Farelerde oluşan bu üç değişimin stres yaratan faktörün ne olduğundan bağımsız olarak oluştuğunu gözlemlemesinden dolayı bu üç değişimi nesnel stres göstergeleri ve stres kavramının gelişimi için temel olarak almıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda ‘Genel

Uyum Sendromu' kavramı Selye tarafından strese verilen 'fizyolojik tepkiler' çerçevesinde ileri sürülmüştür (Selye, 1973).

Genel Uyum Sendromu durumunda kişide aktif olan sistemler endokrin ve otonom sinir sistemidir. Otonom sinir sisteminin organizmayı dengede tutabilmek için sempatik ve parasempatik olmak üzere iki alt yapısı vardır. Stres durumunda sempatik sinir sistemi harekete geçer ve buna bağlı olarak fizyolojik tepkiler ortaya çıkar. Organizma denge durumuna döndüğünde ise parasempatik sistem harekete geçer, sempatik sistem yavaşlar ve stres durumundaki fizyolojik süreçler ters yönde işlemeye başlayarak organizmayı stres öncesi duruma geri döndürür (Şahin, 1994).

Strese verilen bilişsel tepkilere bakıldığında merkezi sinir sistemi daha gelişmiş olan canlıların stres esnasında beyinlerinin bazı bölgelerinde hareketlenmenin arttığı tespit edilmiştir. Bu hareketlenme ile dikkat artmakta, uzun ve kısa süreli bellek bilgiyi daha hızlı işlemeye çalışmakta, stres yaratan uyarının ve çözüm yollarının ne olduğu anlaşılmaya çalışılmaktadır (Şahin, 1994).

2.6.1. Stresin Belirtileri

Stresin kendine özgü bazı belirtileri vardır. Bu belirtiler, gergin olma durumu, aşırı seviyede zararlı madde tüketimi, sürekli endişe durumu, uykusuzluk, iş birliğine girmede yaşanan zorluklar, duygusal dengesizlik, yetersizlik duygusu, sindirim sorunları, yüksek tansiyondur (Davis, 1984, Akt: Güçlü, 2001). Stresin belirtileri ile ilgili, değişik sınıflandırmalar yapılmıştır. Pehlivan (1995), stresin belirtilerini davranışsal, fiziksel ve psikolojik olmak üzere üç alt grupta ele almaktadır:

- a) Davranışsal Stresin Belirtileri: Uykusuzluk, uyuma isteği, iştahsızlık, zararlı maddeler kullanma, yeme alışkanlığında artma.
- b) Fiziksel Stresin Belirtileri: Tansiyon yükselmesi, nefes darlığı, sindirim sistemi sorunları, aşırı terleme, baş ağrısı, yorgun hissetme, alerji, mide bulantısı.
- c) Psikolojik Stresin Belirtileri: Gerginlik, iş birliğinden kaçınma, kişilerarası geçimsizlik, sürekli endişe hali, yetersizlik duygusu, yersiz telaş yapma.

Rowshan (1998) ise stres belirtilerini sosyal, psikolojik, duygusal, bilişsel ve fizyolojik olmak üzere beş başlık altında toplamıştır (Akt: Aydın, 2003).

- a) Psikolojik Stresin Belirtileri: Boşluktaymış hissi, hayatın anlamını kaybettiğini düşünme, suçluluk duygusu hissetmek, diğer insanlara karşı düşmanlık, suç işleme vb.
- b) Sosyal Stresin Belirtileri: Diğer insanlardan kendini soyutlanma, acı hissetme, gücenme, egosentrik olma, yalnızlık, geriye çekilme, toleranslı olamama, insanlarla ilişki kuramama vb.
- c) Duygusal Stresin Belirtileri: Duygularda sürekli yaşanan değişimler, huzursuzluk hali, üzüntü, kızgınlık, depresiflik, kâbus görme, ümitsizlik duygusu, sakinleşmede zorluk, sık sık ağlama, sinirsel gülme krizlerinin yaşanması, heyecan duyamama vb.
- d) Bilişsel Stresin Belirtileri: Sık hafıza kaybı yaşamak, düşüncelerin yoğunluğu, konsantre olmada güçlük, karar alabilmede sıkıntı yaşanması, can sıkıntısı, kafanın karışık olma durumu, karamsar olma, fobiler, intihar etme düşüncesi vb.
- e) Fizyolojik Stresin Belirtileri: Kalp çarpıntısı, titreme, kulak çınlaması, göğüs ağrısı, kalp spazmı, kabızlık, kas gerilmesi, ellerin ve ayakların buz kesmesi, deri hastalığı, ani kilo değişimi, kronik yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, el ve ayak parmaklarında hissizlik, seks isteğinin kaybolması, diş gıcırdatma, tırnak yeme, alkol ve sigara içiminde artış, ülser, aşırı terleme, boğazda ve ağızda kuruluk, sinirsel tikler, sık sık idrar yapma, sık sık adet görme, nefes kesikliği, baş dönmesi ve bayılma, kekemelik vb.

2.6.2. Stresin Kaynakları

Charlesworth ve Nathan (1982) stres kaynaklarını; ailesel, duygusal ve sosyal çevredeki, değişikliklerden kaynaklanan stres kaynakları şeklinde gruplandırmıştır. Gonzales ve diğerleri (1985) stres doğuran durumları daha detaylı olarak ele almaktadırlar. Gonzales ve arkadaşları, stres sebepleri ile ilgili yapmış oldukları araştırmalarda stres yaratan durumları şu şekilde sıralamışlardır (Akt: Aysan, 1988):

- Olumlu veya olumsuz herhangi bir değişme,
- Çaresizlik ve ümitsizlik hissi,
- Tehdidin algılanması,
- Hoşa gitmeyen çevresel faktörler,
- Kişi için önemli olan bireyin ya da objenin kaybı,
- Bireyden ya çok fazla ya da çok az şey beklenmesi,
- Hayallerin gerçekleşmemesi,
- Gerçekleşmesi zor bir beklenti içinde olmak,
- Kişilerarası ilişkilerde yeterli doyuma ulaşamamak,
- Gerçekçi olmayan tutum, inanç, beklenti ve düşünce biçimi,
- Bireyin kendisine yönelik olumsuz düşünceleri,
- Dışsal güç kaynaklarının yetersiz olması,
- Bir şeyleri başaramama korkusu,
- Başarılı olamamaktan korkma,
- Başkalarının yaşam ve düşünce biçimlerine ilişkin ahlaki değerlere yönelik saplantı,
- Bireyin kendini iyi hissetmesini önleyen benlik kavramları,
- Doğal olayların stres kaynağı olarak algılanması ve buna göre yaşanması,
- Gerçekte olmayan reddedilmenin algılanması,
- “-meli-malı” düşünce (başarmalıyım gibi),
- Ailenin beklentilerinin kişinin kapasitesinin üstünde olması,
- Kişinin kendinden beklenenlerin farkında olmaması,
- Rol çatışması,
- Gereğinden fazla ya da az çalışmak.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma kapsamında yaşları 18 ile 65 arasında değişim gösteren toplam 160 katılımcıdan veri toplandı. Bu 160 katılımcı içerisinde yer alan 5 katılımcının yurtdışında yaşıyor olması ve 7 katılımcının ise veri setlerini doldurmaması nedeniyle çalışma kapsamında toplam 148 katılımcıdan toplanan verilerin kullanılmasına karar verildi.

Tablo 1'deki sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, %56,7'si (n=85) erkek ve %43,3'ü (n=65) kadın olan katılımcıların büyük bir bölümünün (%91,3, n=137) İstanbul'da yaşadığı saptandı. Bununla birlikte katılımcıların %38,7 (n=58)'nin eşinden ayrı yaşadığı, %27,3'ünün (n=41) bekar olduğu, %18'inin (n=27) boşanmış olduğu, %13,3'ünün (n=20) evli olduğu ve %2,7'sinin (n=4) ise dul olduğu saptandı. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişilerin kim olduğunu belirlemek amacı ile yapılan analizler sonucunda ise katılımcıların %38'inin (n=57) anne, baba ve kardeşleri ile birlikte yaşadığı, %20'sinin (n=30) yalnız yaşadığı, %20'sinin (n=30) eşleri ile birlikte yaşadığı, %11,3'ünün (n=17) sadece annesi ya da babası ile birlikte yaşadığı, %8,7'sinin (n=13) arkadaşlarıyla birlikte yaşadığı ve %2'sinin de (n=3) akrabalarıyla birlikte yaşadığı saptandı.

Tablo 1'de büyük bir çoğunluğunun sadece öz kardeşe sahip olduğu ifade edilen (%94, n=141) çalışma grubunun kardeş sayısı incelendiğinde, katılımcıların %32'sinin (n=48) bir kardeşe, %31,3'ünün (n=47) iki kardeşe, %12,7'sinin (n=19) üç kardeşe ve %24'ünün de (n=34) dört ve daha fazla sayıda kardeşe sahip olduğu saptandı. %86,1'i (n=129) sosyal güvencesinin olduğunu ifade etmekte olan katılımcıların %79,3'ünün (n=119) apartman dairesinde, %14,7'sinin (n=22) müstakil evde, %2,7'sinin (n=4) gecekonduda ve %3,4'ünün (n=5) ise yurtda yaşadığı belirlendi. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, çalışma grubunda yer alan bireylerin %61,3'ünün orta düzeyde (1600-5000 TL), %25,4'ünün (n=38) yüksek düzeyde (5000 TL ve üzeri) ve %13,3'ünün de düşük düzeyde (Asgari ücret ve altı) gelire sahip olduğu saptandı.

Tablo 1’de katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, grubun %36’sının (n=54) ortaokul mezunu olduğu, %30’unun (n=45) lisans mezunu olduğu, %17,3’ünün (n=26) ilkokul mezunu olduğu, %14,7’sinin (n=22) lise mezunu olduğu ve %2’sinin (n=3) ise lisansüstü bir programdan mezun olduğu saptandı. Çalışma grubunda yer alan katılımcıların %62’sinin (n=93) düzenli bir sosyal uğraşa sahip olduğu ve %52’sinin (n=78) geleceğe “güvenle ve umutla” baktığı saptandı. Bununla birlikte katılımcıların %38’inin (n=57) ise geleceğe “korku ve kaygıyla” baktığı kalan 14 katılımcının ise (%9,4) bu soruyu “hiç düşünmedim umurumda değil” ve “diğer” şeklinde yanıtladıkları belirlendi.

Tablo 1’de çalışma grubunda yer alan katılımcıların %84,7’ünün (n=127) ailelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmadığı ortaya çıktı. Bununla birlikte katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%93,4 n=140) herhangi bir intihar girişiminde bulunmadığı, %87,3’ünün de (n=128) herhangi bir psikiyatrik hastalık sebebi ile tedavi görmediğini ve %81,3’ünün de (n=121) yaşamları boyunca istenmeyen/travmatik bir yaşantısının bulunmadığı saptandı. Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla sorulan sorulara verdikleri yanıtların analizinde; %44,2’sinin (n=66) alkol-madde kullandığı, %50,7’sinin (n=76) sigara kullandığı saptandı. Bununla birlikte sigara kullandığını belirten 76 katılımcının 44’ünün sigara içmeyi bırakmak isteyip istemediklerine ilişkin yöneltilen soruya “hayır” yanıtını verdikleri saptandı. Ailedeki bireylerin sigara kullanımı değişkeni incelendiğinde katılımcıların %55,3’ünün (n=83) babasının, %74’ünün (n=111) ise annesinin sigara içmediği saptandı.

3.2. Süreç

“Bu araştırma, İstanbul İl’inde ikamet eden ve rastlantısal olarak seçilen 148 kişiden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında toplanan veriler ortalama 15 dakika kadar süren uygulamalar aracılığı ile toplanmıştır.”

3.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcılardan veri toplamak amacıyla sırasıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu (SDVF), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerström, 1989), Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989) ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu (Fischer ve Farina, 1995) kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu(SDVF). Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formunda katılımcıların doğum yıllarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaşadıkları ile, öz ve üvey kardeş sayılarına, sosyal güvencelerine, birlikte yaşadığı kişilere, yaşadıkları konut şekline, sosyoekonomik düzeylerine, düzenli bir sosyal uğraşının bulunup bulunmadığına, geleceğe nasıl baktıklarına, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunup bulunmadığına, intihar girişiminin bulunup bulunmadığına, alkol, madde ve sigara kullanımına, katılımcıların ebeveynlerinin sigara kullanımına, psikiyatrik tedavi geçmişine ve istenmeyen/travmatik yaşantı geçmişine ilişkin sorular yöneltilmiştir.

3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) (Fagerström, 1989). Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerini girişimsel olmayan bir yöntem ile ölçmeyi amaçlayan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sigara kullanımına ilişkin olarak hazırlanmış 6 sorudan oluşmaktadır. Her soru için farklı sayıda yanıt seçeneklerinin yer aldığı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden en az 0 en fazla ise 10 puan alınmaktadır. Puan arttıkça bağımlılık düzeyinin arttığı yorumu yapılabilir. Nitekim ölçekten alınan 0-2 puan "Çok düşük düzeyde bağımlılığı", 3-4 puan "Düşük düzeyde bağımlılığı", 5 puan "Orta düzeyde bağımlılığı", 6-7 puan "Yüksek düzeyde bağımlılığı" ve 8-10 puan ise "Ağır düzeyde bağımlılığı" temsil etmektedir. Bu çalışma kapsamında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden alınan toplam puanlar ve bu toplam puanlar temelinde ortaya çıkan kategoriler bir arada kullanıldı.

Yapılan Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğe ilişkin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı 0,56 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma grubunda ise ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı ise 0,76 olarak hesaplandı.

3.3.3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989). Toplamda 60 maddeden oluşmakta olan ve Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçme aracı 15 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma şeklinde sıralanmaktadır. Bu başa çıkma tutumlarından beş tanesi “problem odaklı”, beş tanesi “duygu odaklı” ve diğer beş baş etme tutumu ise “işlevsel olmayan” baş etme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır. 4’lü Likert Tipi (1= Asla böyle bir şey yapmam, 4= Çoğunlukla böyle yaparım) şeklinde geliştirilmiş olan bu ölçme aracı toplam puan verdiği gibi her bir alt boyut için de toplam puan vermektedir. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği kapsamındaki her alt boyut 4’er maddeden oluşmaktadır ve alt boyutlardan alınacak yüksek puan ilgili başa çıkma boyutunun yüksek düzeyde kullanıldığını ifade etmektedir. Türkçe uyarlama çalışması Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara (2005) tarafından tamamlanmış olan ölçme aracının Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı tüm ölçek için 0,79 şeklinde hesaplanmıştır. Bu çalışma grubunda ise ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı ise 0,80 olarak hesaplandı.

Bu çalışma kapsamında Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989) alt boyutlarından biri olan “madde kullanımı” alt boyutuna ilişkin toplam puan ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’nden (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989) alınacak toplam başa çıkma puanı kullanıldı.

3.3.4. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu (PYTÖ) (Fischer ve Farina, 1995). Katılımcıların psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarını belirlemeyi amaçlayan bu ölçme aracı, 10 maddeden oluşmaktadır. Tek bir boyuttan oluşmakta olan ölçme aracı 4’lü Likert Tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum) şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçme aracından alınabilecek puan aralığı 10-40 arasında değişim göstermektedir. Türkçe adaptasyon çalışması Topkaya (2011) tarafından tamamlanmış olan ölçme aracının iç tutarlık Cronbach alpha güvenirlik katsayısı ise 0,84 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Bu çalışmada yapılan analizlerin tamamı SPSS 21 paket programı aracılığıyla tamamlanmıştır. Verilerin analizinin ilk aşamasında verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek amacı ile ölçme araçlarından alınan puanların betimleyici istatistikleri hesaplandı (Tablo 2). Tablo 2.'de de sunulduğu üzere araştırma kapsamında kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 aralığında yer aldığı görülmektedir. Bu sebeple verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş ve analizler esnasında parametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir.

Betimleyici istatistiklerin hesaplanmasının ardından, çalışma kapsamındaki temel değişkenlere ilişkin olarak kullanılan ölçme araçlarından aldıkları puan ortalamalarının birtakım demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadıklarını tespit etmek amacıyla parametrik teknikler arasında yer alan İlişkisiz Grup T-Testi analizleri, parametrik olmayan teknikler arasında yer alan Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi kullanıldı. Ayrıca, araştırmanın son bölümünde ise değişkenler arası ilişkileri tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplandı. Ek olarak, çalışma kapsamında herhangi bir alt grupta yer alan katılımcı sayısının 30'dan daha az olması durumunda parametrik olmayan tekniklerin kullanılmasına, tüm alt gruplardaki katılımcı sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda da parametrik tekniklerin kullanılmasına karar verildi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

	Değişkenler	f	%
Cinsiyet	Kadın	63	%44,3
	Erkek	85	%56,7
Medeni durum	Eşinden ayrı yaşıyor	58	%38,7
	Bekar	41	%27,3
	Boşanmış	27	%18
	Evli	20	%13,3
	Dul	4	%2,7
Birlikte yaşanılan kişiler	Anne, baba ve kardeşleri ile birlikte	57	%38
	Eşi ile birlikte	30	%20
	Sadece annesi ya da babası ile birlikte	17	%11,3
	Arkadaşlarıyla birlikte	13	%8,7
	Akrabalarıyla birlikte	3	%2

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler (Devamı)

Öz kardeşinin bulunma durumu	Evet	141	%94
	Hayır	7	%6
Kardeş sayısı	Bir kardeş	48	%32
	İki kardeş	47	%31,3
	Üç kardeş	19	%12,7
	Dört ve daha fazla kardeş	34	%24
Yaşanılan yer	Apartman dairesinde	119	%79,3
	Müstakil evde	22	%14,7
	Gecekonuda	4	%2,7
	Yurtta	5	%3,4
Sosyal güvencenin bulunma durumu	Evet	129	%86,1
	Hayır	19	%13,9
Sosyoekonomik düzey	Orta Düzey (1600-5000 TL)	91	%61,3
	Yüksek Düzey (5000 TL ve üzeri)	37	%25,4
	Düşük Düzey (Asgari ücret ve altı)	20	%13,4
Eğitim durumu	Lisans Mezunu	54	%30
	İlkokul mezunu	26	%17,3
	Lise Mezunu	22	%14,7
	Lisans üstü bir programdan mezun	3	%2
Düzenli bir sosyal uğraşının olma durumu	Var	93	%62
	Yok	55	%38

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler (Devamı)

Geleceğe nasıl bakılıyor?	Güvenle ve umutla	78	%52
	Korku ve kaygıyla	57	%38
	Hiç düşünmedim umurumda değil.	13	%10
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	21	%15,3
	Yok	127	%84,7
İntihar girişimi	Var	8	%6,6
	Yok	140	%93,4
Psikiyatrik hastalık sebebi ile tedavi görme durumu	Evet	20	%12,7
	Hayır	128	%87,3
İstenmeyen/travmatik bir yaşantının bulunma durumu	Var	27	%18,7
	Yok	121	%81,3
Alkol madde kullanımı	Var	66	%44,2
	Yok	82	%55,8
Sigara kullanımı	Var	76	%50,7
	Yok	72	%49,3
Sigarayı bırakmayı düşünüyor durumu	Evet	32	%42,1
	Hayır	44	%57,9
Babanın sigara kullanımı	Evet	65	%44,7
	Hayır	83	%55,3
Annenin sigara kullanımı	Evet	32	%26
	Hayır	111	%74

Tablo 2. Uygulanan Tüm Ölçek ve Testlerden Alınan Toplam Puanlara İlişkin Özet

	<i>n</i>	\bar{x}	<i>SS</i>	Çarpıklık	Basıklık
Fagerström Nikotin					
Bağımlılık Testi	148	3,68	0,34	0,50	-0,79
Başa Çıkma Tutumları					
Değerlendirme Ölçeği	148	152,04	2,09	0,11	0,57
Madde Kullanımı Alt Boyutu ¹	148	6,93	0,41	1,03	-0,13
Psikolojik Yardım Almaya					
İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu	148	25,86	0,35	-0,24	1,09

Not: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden alınacak toplam puan 0-10 arasında; Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden alınacak toplam puan 60-240 arasında; Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin "Madde Kullanımı" alt boyutundan alınacak toplam puan 4-16 arasında; Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu'ndan alınacak toplam puan 10-40 arasında değişim göstermektedir.

¹ Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin sadece "Madde Kullanımı" alt boyutu analizlerde kullanıldığı için, yalnız bu boyuta ilişkin değerler raporlanmıştır.

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden aldıkları toplam puanlar ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplandı. Analiz sonuçları Tablo 3'te paylaşılmaktadır.

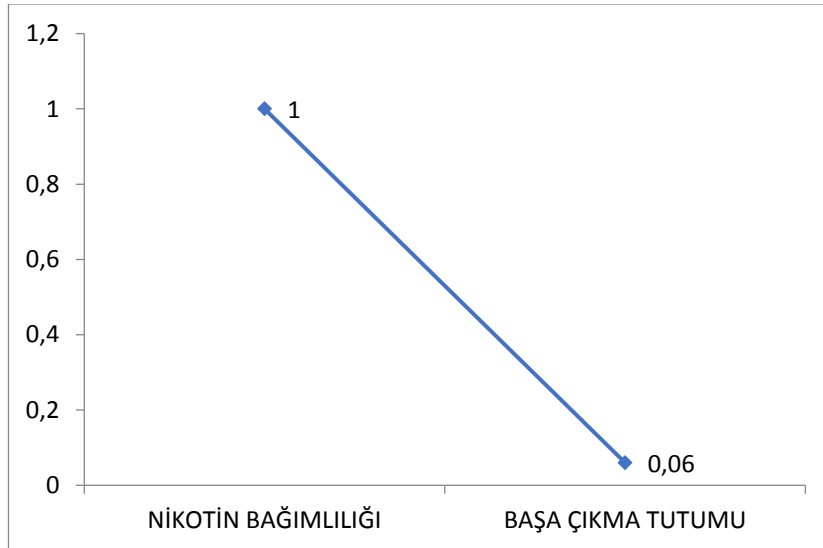
Tablo 3. *Nikotin Bağımlılık Testi Puanları ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanlarının Korelasyonu*

Değişkenler	n	\bar{X}	SS	Nikotin Bağımlılığı	Baş Çıkma Tutumu
Nikotin Bağımlılığı	80	151,37	17,34	1	
Baş Çıkma Tutumu	80	24,5	14,90	0,06	1

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 3'te de görüldüğü gibi katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden aldıkları toplam puanlar ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanlar arasındaki olası ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan analizlere göre değişkenler arasında p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı.

Nikotin Bağımlılık Testi Puanları ile Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanlarının Matris Grafiği



Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonuçları Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4. *Nikotin Bağımlılığı, Psikolojik Yardım Alma ve Başa Çıkma Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	n	\bar{X}	SS	SH _x	t testi		
						t	Sd	p
Nikotin Bağımlılığı Puanları	Kadın	35	3,31	2,89	0,48			
	Erkek	45	3,93	2,97	0,44			
						-0,934	78	0,35
*p<0,05, **p<0,01								

Psikolojik Yardım

Almaya İlişkin

Tutum

Ölçeği Kısa

Formu Toplam Puan

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹ 1 katılımcı Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu 'nu boş bıraktığı için analizler 147 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Başa Çıkma

Tutumları

Değerlendirme

Ölçeği

Toplam Puan

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹ 13 katılımcı Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğini boş bıraktığı için analizler 135 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Tablo 4.'te de görüldüğü gibi, katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacı ile yapılan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($t=-0,934$).

Katılımcıların Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puanın katılımcıların cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($t= 2,110$, $p<0,05$). Kadın katılımcıların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği kısa formu'ndan aldıkları puan erkek katılımcılara göre anlamlı bir biçimde yüksektir. Özetle gruplar arasındaki bu fark kadın katılımcılar lehinedir.

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın katılımcıların cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda ise; grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir saptanmadı ($t=0,102$).

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nden ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. *Nikotin Bağımlılığı, Psikolojik Yardım Alma ve Başa Çıkma Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	n	Sıralar			
			Ortalaması	Ki Kare	Sd	p
Nikotin Bağımlılığı Puanları	İlkokul mezunu	16	44,13			
	Ortaokul mezunu	34	41,15			
	Lise mezunu	11	37,50			
	Üniversite mezunu	19	38,03			
	Toplam	80				
				0,827	3	0,843
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puanı	İlkokul mezunu	25	72,04			
	Ortaokul mezunu	54	76,81			
	Lise mezunu	22	76,23			
	Üniversite mezunu	46	70,70			
	Toplam	147 ¹				
				0,663	3	0,889
Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan	İlkokul mezunu	26	57,42			
	Ortaokul mezunu	53	74,85			
	Lise mezunu	17	63,32			
	Üniversite mezunu	39	67,78			
	Toplam	135 ¹				
				3,773	3	0,287

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹ 1 katılımcı Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu 'nu boş bıraktığı için analizler 147 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Not: ² 13 katılımcı Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğini boş bıraktığı için analizler 135 veri üzerinden tamamlanmıştır

Tablo 5’te de paylaşıldığı gibi katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi’nden aldıkları puanlarının, eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis Testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Katılımcıların psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Forum’undan aldıkları toplam puanlarının, eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis Testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’nden aldıkları toplam puanın katılımcıların eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis Testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşıldı.

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları’nın katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 6’da sunulmaktadır.

Tablo 6. *Nikotin Bağımlılığı Puanlarının Sosyoekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	Sıralar		Ki Kare	Sd	p
		n	Ortalaması			
Nikotin Bağımlılığı Puanları	Düşük (Asgari ücret ve altı)	10	49,55			
	Orta (1600-5000 TL)	48	40,05	1,965	2	0,374
	Yüksek (5000 TL ve üstü)	22	37,36			
	Toplam	80				

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 6’da da görüldüğü gibi katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi’nden aldıkları puanlarının, onların sosyoekonomik düzeylerine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis Testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’nden aldıkları toplam puanlar ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Form’dan aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. *Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanı İle Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Korelasyonu*

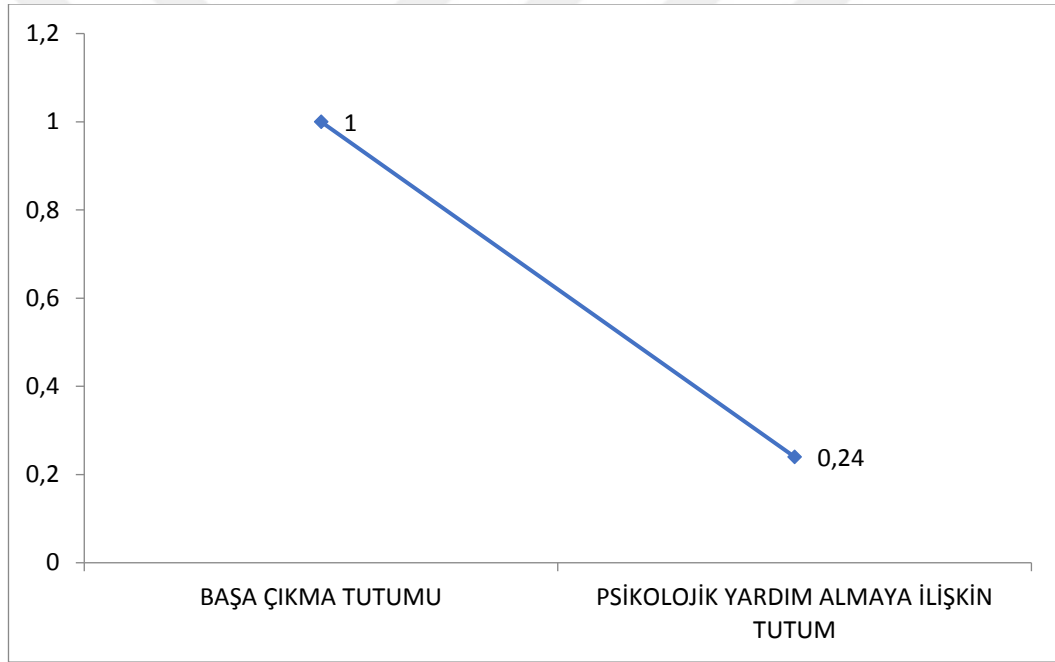
Değişkenler	n	\bar{X}	SS	Başa Çıkma Tutumu	Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum
Başa Çıkma Tutumu	135	151,37	17,34	1	
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum¹	135	25,30	3,85	0,24**	1

***p<0,05, **p<0,01**

Not: ¹13 katılımcı Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğini boş bıraktığı için analizler 135 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Tablo 7’de de görüldüğü gibi katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’nden aldıkları toplam puan ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği’nden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan analizlere göre değişkenler arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,24$, $p<0,05$). Yani başa çıkma tutumu puanları arttıkça psikolojik yardım alma tutumu puanları da artmaktadır.

Baş Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Puanlarının Matris Grafiği



Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonuçları Tablo 8'de sunuldu.

Tablo 8. *Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	n	\bar{X}	SS	SH _x	t testi		
						t	Sd	p
Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan¹	Sigara	62	150,82	16,31	2,07	-0,446	129	0,656
	İçmiyor							
	Sigara İçiyor	69	152,17	18,13	2,18			

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹13 katılımcı Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğini boş bıraktığı için, 4 katılımcı ise sigara içip içmeme durumuna yanıt vermediği için analizler 135 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Tablo 8'de de paylaşıldığı gibi, katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptandı (t=-0,446).

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin “madde kullanımı” alt boyutundan aldıkları toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonuçları Tablo 9’da sunulmaktadır.

Tablo 9. *Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin “Madde Kullanımı” Alt boyutu Puanının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	n	\bar{X}	SS	SH _x	t testi		
						t	Sd	p
Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği – Madde Kullanımı Alt Boyutu Toplam Puanı ¹	Sigara İçmiyor	68	5,79	0,35	2,07	-1,825	142	0,07
	Sigara İçiyor	75	6,77	0,39	2,18			

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹5 katılımcı Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Kullanımı Alt Boyutunu boş bıraktığı için analizler 143 veri üzerinden tamamlanmıştır.

Tablo 9’da da sunulduğu üzere, katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin “Madde Kullanımı” alt boyutundan aldıkları toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (t=-1,825).

Katılımcıların Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan alınan toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonuçları Tablo 10'de yer almaktadır.

Tablo 10. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu Puanın Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Puan	Gruplar	n	\bar{X}	SS	SH _x	t testi		
						t	Sd	p
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan	Sigara	68	24,57	4,49	0,54			
	İçmiyor							
	Sigara	75	25,93	3,14	0,36			
	İçiyor							
						-2,110	141	0,03

*p<0,05, **p<0,01

Not: ¹1 katılımcı Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu 'nu boş bıraktığı için, 4 katılımcı da sigara içme ya da içmeme durumuna yanıt vermediği için analizler 143 kişiden toplanan verilerle yapılmıştır.

Tablo 10'da da görüldüğü gibi, katılımcıların Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puanın sigara içme durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile tamamlanan İlişkisiz Grup T-Testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptandı (t=-2,110, p<0,05). Sigara içen katılımcıların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği kısa formu'ndan aldıkları puan sigara içmeyen katılımcılara göre anlamlı bir biçimde yüksektir. Kısacası gruplar arasındaki bu fark sigara içen katılımcılar lehinedir.

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 11. *Başa Çıkma Ölçeği Puanlarının Nikotin Bağımlılığı Kategorilerine Göre Dağılımı*

Puan	Gruplar	n	Sıralar Ortalaması	Ki Kare	Sd	p
Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan	Çok Düşük					
	Düzye Bağımlı	33	39,59			
	Düşük Düzye Bağımlı	14	28,21	11,310	4	0,023
	Orta Düzye Bağımlı	6	25,42			
	Yüksek Düzye Bağımlı	11	52,27			
	Ağır Düzye Bağımlı	9	30,22			
	Toplam	80				

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 11’de de sunulduğu gibi Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’nden aldığı toplam puanın Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi’nden aldıkları puanlara göre girdikleri kategorilerin farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis Testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Mann Whitney U Testi kullanılarak ek analizler yapıldı.

Bu analizler sonucunda “ok düşük düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler ile “yüksek düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler arasında “yüksek düzeyde bağımlı” grubundakiler lehine (Tablo 14); “düşük düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler ile “yüksek düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler arasında “yüksek düzeyde bağımlı” grubundakiler lehine (Tablo 17); “orta düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler ile “yüksek düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler arasında “yüksek düzeyde bağımlı” grubundakiler lehine (Tablo 19) ve “yüksek düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler ile “ağır düzeyde bağımlı” grubunda yer alan bireyler arasında “ağır düzeyde bağımlı” grubundakiler lehine (Tablo 21) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. Tablo 12, Tablo 13, Tablo 15, Tablo 16, Tablo 18 ve Tablo 20’de sonuçları sunulan diğer gruplar arası karşılaştırmalarda ise istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir fark saptanmadı.

Tablo 12. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Çok Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	33	26,26	886,50			
				156,50	-1,734	0,083
Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	14	18,68	261,50			
Toplam	47					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 13. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Çok Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	33	21,30	703,0			
				56,0	-1,167	0,094
Orta Düzeyde						
Bağımlı	6	12,83	77,0			
Toplam	39					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 14. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Çok Düşük						
Düzye						
Bağımlı	33	20,32	670,50			
				109,50	-1,952	0,050
Yüksek						
Düzye						
Bağımlı	11	29,05	319,50			
Toplam	44					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 15. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Çok Düşük						
Düzye						
Bağımlı	33	22,71	749,50			
				108,50	-1,227	0,220
Ağır Düzye						
Bağımlı	9	17,06	153,50			
Toplam	42					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 16. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	14	10,71	150,0	39,0	-0,248	0,800
Orta Düzeyde						
Bağımlı	6	10,00	60,0			
Toplam	20					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 17. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	14	9,64	135,0	30,0	-2,574	0,010
Yüksek						
Düzeyde						
Bağımlı	11	17,27	190,0			
Toplam	25					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 18. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Düşük						
Düzeyde						
Bağımlı	14	11,68	163,50	58,50	-0,284	0,777
Ağır Düzeyde						
Bağımlı	9	12,50	112,50			
Toplam	23					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 19. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Orta Düzeyde						
Bağımlı	6	5,53	32,00			
Yüksek				11,00	-2,212	0,027
Düzeyde						
Bağımlı	11	11,00	121,00			
Toplam	17					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 20. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Orta Düzeyde						
Bağımlı	6	7,75	46,50			
Ağır Düzeyde				25,50	-0,177	0,859
Bağımlı	9	8,17	73,50			
Toplam	15					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 21. *Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı*

Gruplar	<i>n</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Yüksek						
Düzeyde						
Bağımlı	11	12,95	142,50			
Ağır Düzeyde				22,500	-2,054	0,040
Bağımlı	9	7,50	67,50			
Toplam	20					

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puanın Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sonucunda ortaya çıkan nikotin bağımlılık kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 22'de sunulmaktadır.

Tablo 22. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu Puanının Nikotin Bağımlılık Kategorilerine Göre Dağılımı

Puan	Gruplar	n	Sıralar Ortalaması	Ki Kare	Sd	p
Katılımcıların Psikolojik Yardım Alma Tutumları Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan	Çok Düşük	35	41,63	3,241	4	0,518
	Düzye Bağımlı					
	Düşük Düzye Bağımlı	15	38,77			
	Orta Düzye Bağımlı	6	32,17			
	Yüksek Düzye Bağımlı	13	46,69			
	Ağır Düzye Bağımlı	10	32,15			
	Toplam	79				

*p<0,05, **p<0,01

Tablo 22’de de paylaşıldığı gibi Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Kısa Formu’ndan aldıkları toplam puanın Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi’nden aldıkları puanlara göre girdikleri kategorilerin farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere uygulanan non-parametrik Kruskal Wallis testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırma, sigara içen ve içmeyen bireylerin başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla 148 kişi ile yapılmıştır. Bu katılımcıların %56,7' si erkek ve %43,3'ü kadındır. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların %91,3'ü İstanbul ilinde geriye kalan %8,7' si İstanbul dışındaki illerde ikamet etmektedir (Tablo 1).

Araştırma konusu kapsamında yapılan literatür taramaları sonucunda Türkiye'de sigara içen ve içmeyen bireylerde psikolojik yardım alma ve başa çıkma tutumları konusunu ele alan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir.

Psikolojik yardım alma bireylerin stresli bir olay yaşadıklarında ve bu olay karşısında kendi baş etme becerileri yetersiz kaldığında dışarıdan aldıkları profesyonel yardımlardır. Uygun baş etme becerilerine sahip olmayan bireylerde psikolojik yardım alma ruh sağlığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bu nedenle yapılan bu araştırmanın sigara kullanımı ile psikolojik yardım alma ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada Betimleyici istatistiklerin hesaplanmasının ardından, çalışma kapsamındaki temel değişkenlere ilişkin olarak kullanılan ölçme araçlarından aldıkları puan ortalamalarının birtakım demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadıklarını tespit etmek amacıyla parametrik teknikler arasında yer alan İlişkisiz Grup T-Testi analizleri, parametrik olmayan teknikler arasında yer alan Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi kullanıldı.

Ayrıca, araştırmanın son bölümünde ise değişkenler arası ilişkileri tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplandı. Ek olarak, çalışma kapsamında herhangi bir alt grupta yer alan katılımcı sayısının 30'dan daha az olması durumunda parametrik olmayan teknikler, tüm alt gruplardaki katılımcı sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda da parametrik teknikler uygulandı.

Baykan ve Naçar tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada cinsiyete göre sigara içme durumları arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baykan ve Naçar, 2014). İlhan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada erkeklerin %35,4'ü, kadınların %13,8'inin sigara içtiği ve farkın anlamlı derecede yüksek olduğu bulgusuna erişilmiştir (İlhan, Aksakal, İlhan ve Aygün, 2005). Bizim çalışmamızda ise tablo 4'te de görüldüğü gibi nikotin bağımlılığı ile cinsiyet faktörü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yani yapılmış olan çalışma üzerinde sigara kullanma durumu kadın ve erkeğe göre farklılık göstermemektedir. Ancak çalışmamızdan farklı sonuçlar elde eden çalışmalar mevcut olup, literatürde erkeklerin daha ağır nikotin bağımlılık düzeyleri olduğu belirtilmektedir (Avcı, 2018).

Ailedeki bireylerin sigara kullanımı değişkeni incelendiğinde katılımcıların %55,3'ünün babasının, %74'ünün ise annesinin sigara içmediği bilgisi tablo 1'den elde edildi. Çıkan sonuçlar bizi evli ve çocuk sahibi olan bireylerin çocuklarına rol model olma açısından ve çevreye zarar vermemek adına sigara kullanımını tercih etmedikleri düşüncesine götürmektedir.

Yapılan araştırmalarda DSÖ verilerine göre, sigara içicilerin %70'nin sigarayı bırakmada istekli olduklarını fakat %30'nun bırakma denemesinde bulunduğunu ve %3-5'inin bırakmayı başardığı belirtilmiştir (WHO, 2003). Bu çalışmada ise tablo 1'e göre katılımcıların %50,7'sinin sigara kullandığı görülmektedir ve bununla birlikte sigara kullandığını belirten 76 katılımcının 44'ünün sigara içmeyi bırakmak isteyip istemediklerine ilişkin yöneltilen soruya "hayır" yanıtını verdikleri görüldü. Bu iki araştırma arasında sigarayı bırakma düşüncesi bakımından farklılık olduğu görülmektedir.

Yapılan bu çalışma ve literatür taramaları arasında gözlemlenen farkların çalışmamıza dahil edilen katılımcıların sosyokültürel durumlarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında yapılan istatistik verileri sonucuna göre nikotin bağımlılığı ile başa çıkma tutumları arasında nikotin bağımlılığının düzeylerine göre anlamlı farklılıklar bulundu (Tablo 11) fakat nikotin bağımlılığı ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki genel olarak incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 8). Ek

olarak nikotin bağımlılığı ile katılımcıların cinsiyeti, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Yapılan araştırmada katılımcıların stres yaratan bir olay karşısında sergiledikleri başa çıkma yöntemleri ve psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarını incelemek amacıyla Carver, Scheier ve Weintraub, (1989) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Fischer ve Farina, (1995) tarafından geliştirilen Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu uygulandı. Uygulanan bu ölçeklerden elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında analiz edildi ve iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tablo 7’de tespit edildi ($r=0,24$, $p<0,05$).

Sigara içen ve içmeyen katılımcılara psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarını incelemek amacıyla Fischer ve Farina, (1995) tarafından geliştirilen Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu uygulandı ve uygulama sonucunda elde edilen veriler İlişkisiz Grup T-Testi ile analiz edildiğinde katılımcıların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tablo 10’da bulundu ($t=-2,110$, $p<0,05$). Sigara içen katılımcıların psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarının içmeyen katılımcılara göre anlamlı bir biçimde ve pozitif yönde yüksek olduğu saptandı. Bu bilgiler doğrultusunda sigara içen katılımcıların kendilerini zorlayan bir sorunla karşılaştıklarında ve kendi kendilerine çözüm bulamadıklarında psikolojik yardım almaya daha olumlu yaklaştıkları saptandı.

Yapılan araştırmada katılımcılar cinsiyet gruplarına göre değerlendirildiğinde kadınların psikolojik yardım almaya karşı tutumlarının erkeklere oranla daha olumlu olduğu saptandı (tablo 4). Elde edilen veriler incelendiğinde İlişkisiz Grup T-Testi sonuçlarına göre kadın katılımcıların psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği kısa formu’ndan aldıkları puan erkek katılımcılara göre anlamlı bir biçimde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı ($t= 2,110$, $p<.0,05$).

Baş çıkma tutumları ölçeğinin alt boyutlarından beş tanesi “problem odaklı”, beş tanesi “duygu odaklı” ve diğer beş baş etme tutumu ise “işlevsel olmayan” baş etme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır. Nikotin bağımlılığı alt boyutları ise çok düşük, düşük, orta, yüksek ve aşırı yüksek düzeyde olmak üzere 5 grup olarak derecelendirilmektedir. Baş çıkma tutumları ölçeğinden alınan toplam puanlara göre

Nikotin Bağımlılığı testinden alınan puanların kategorilere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendi ve tablo 11’de de görüldüğü gibi istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulundu. Bulunan anlamlı farklılıklar incelendiğinde ise;

- Çok düşük düzeyde bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı katılımcılar karşılaştırıldığında yüksek düzeyde bağımlı grubundakilerin (tablo 14),
- Düşük düzeyde bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı katılımcılar karşılaştırıldığında yüksek düzeyde bağımlı grubundakilerin (Tablo 17),
- Orta düzeyde bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı katılımcılar karşılaştırıldığında yüksek düzeyde bağımlı grubundakilerin (Tablo 19),
- Yüksek düzeyde bağımlı ve ağır düzeyde bağımlı katılımcılar karşılaştırıldığında ağır düzeyde bağımlı grubundakilerin (Tablo 21) *lehine* olacak şekilde anlamlı farklılıklar bulundu.

Yukarıdaki sonuçlara ek olarak SPSS programından alınan veriler doğrultusunda Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nden alınan toplam puanlara göre Nikotin Bağımlılığı Testi’nden alınan puanların kategorilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak için oluşturulan diğer tablolarda (Tablo 12; Çok Düşük Düzey- Düşük Düzey, Tablo 13; Çok Düşük Düzey- Orta Düzey, Tablo15; Çok Düşük Düzey- Ağır Düzey, Tablo 16; Düşük Düzey- Orta Düzey, Tablo 18; Düşük Düzey- Ağır Düzey, Tablo 20; Orta Düzey- Ağır Düzey) ise anlamlı bir fark bulunamadı.

ALTINCI BÖLÜM

6.1. SONUÇ

Bu çalışma ile sigara içen ve içmeyen bireylerin başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Verilerin analizinin ilk aşamasında verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek amacı ile ölçme araçlarından alınan puanların betimleyici istatistikleri hesaplanmıştır. Bu amaç ile rastgele seçilmiş olan 160 kişiye Sosyodemografik Veri Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi(FNBT), Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form(PYTÖ) ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği(COPE) uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında sigara içen bireylerin psikolojik yardım alma ve başa çıkma tutumlarının sigara içmeyen bireylere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak hedeflenmiştir. Bu çalışma sonucunda tablo 11’de de görüldüğü gibi başa çıkma tutumu değerlendirme ölçeği toplam puanı ile nikotin bağımlılığı alt boyutları arasında farklılıklar saptandı. Nikotin bağımlılığı ile katılımcıların cinsiyeti, eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Özetle tablo 7’de de görüldüğü gibi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği’nden ve Psikolojik Yardım Almaya ilişkin tutum Ölçeği’nden alınan puanlara göre başa çıkma ve psikolojik yardım alma tutumları arasında anlamlı bir fark bulundu. Psikolojik yardım alma tutumunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve kadınların psikolojik yardım almaya daha olumlu baktıkları tablo 4’te ortaya çıktı. Ayrıca sigara içen katılımcıların psikolojik yardım alma ölçeğinden, içmeyen katılımcılara göre anlamlı bir biçimde yüksek puan aldıkları tablo 10’da saptandı. Anlamlı bulunan bu bulgular dışında araştırmanın diğer soruları için SPSS programı ile oluşturulan tablolar incelendiğinde ise diğer değişkenler arasında anlamlı farklılıklar bulunamadı.

6.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırma Sosyodemografik Veri Formu, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği- kısa form(PYTTÖ), Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE) ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden(FNBT) elde edilen veriler ile sınırlıdır.

Kişisel bilgi formunda bulunan soruların genişletilmesinin araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Yani araştırmanın örneklem grubunun tanımlayıcı özelliklerine ilişkin daha ayrıntılı veri elde edilebilmek için sosyodemografik değişkenler çeşitlendirilip, arttırılabilir.

Çalışmada sadece fagerström nikotin bağımlılık ölçeği kullanılmıştır. Sigaraya ilişkin tutumlar ölçülmemiştir. Sonraki çalışmalarda sigaraya ilişkin tutumlar ölçeği kullanılarak çalışmak, ilgili literatür açısından önemli katkılar sağlayabilir.

Araştırmanın en önemli sınırlılıklarından biri de İstanbul ili popülasyonu genişletilerek diğer illerden elde edilecek katılımcılar örnekleme dahil edilebilir. Araştırmanın örneklem grubu 160 kişiyle sınırlı kalmıştır. Güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi amacıyla katılımcı sayısı arttırılabilir.

Araştırma da bireylerin ölçekleri uygulama süreci daha titizlikle takip edilip, daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmanın sınırlılıkları olmasına karşın çalışmadan elde edilen sonuçlar tütün ile mücadele programları geliştirmek açısından bir temel oluşturabilir.

KAYNAKÇA

Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A. ve Kara, H. 2005, “Cope (Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere İlişkin Ön Bir Çalışma”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:221-226.

Akfert, SK., Çakıcı, E., Çakıcı, M. 2009, “Üniversite Öğrencilerinde Sigara- Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları İle İlişkisi”. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10(1): 40-47.

Alberg, A.J., Samet, J.M. 2003, “Epidemiology of Lung Cancer”. Chest Journal 123.1 Suppl.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından çev. Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.

Avcı, E., 2018, “Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Sigara Bağımlısı Kişilere Sigara Bırakma Çalışması”, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

Aydın, A.S., 2003, “Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerindeki İlişki”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Aysan, F., 1988, “Lise Öğrencilerinin Stres Yaşantılarında Kullandıkları Başa Çıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aytemur, Z.A., Akçay, Ş., Elbek, O., 2010, “Tütün ve Kontrolü”, Türk Toraks Derneği Yayınları, 44-513, İstanbul.

Baykan, Z., Naçar, M., 2014, Smoking Prevalance and Views About Tobacco Law in Students of Medical School. Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi 41(3):483-90.

Bilgel, N., 2002, Türkiye’ de Sigara İçme Yaygınlığı. Ed: Özyardımcı, N. Sigara ve Sağlık, İnci Baskı. s. 59-73, Bursa.

Boztaş, G., Aslan, D., Bilir, N., 2006, “Çevresel Sigara Dumanından Etkileşim ve Çocuklar”, *Sted* 15(5): 75-78.

Brust, J. C. M., 2004, *Neurological Aspects of Substance Abuse* (2nd ed.). Elsevier Inc., Philadelphia, PA.

Capuzzi, D. ve Gross, D.R. (Ed sx). 2011, ‘*Counseling and Psychotherapy: Theories and Interventions*’. John Wiley& Sons.

Carver, C.S., Scheier, M.F., and Weintraub, J.K., 1989, “Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2):267-283.

Corrigan, P., 2004, “How Stigma Interferes With Mental Health Care”. *American Psychologist*, 59, 614-625. Doi: 10. 1037/0003- 066x. 59.7.614.

Cormier ve Hackney, 2003, “Psikolojik Danışma: Stratejiler ve Müdahaleler”. (Çev: S. Doğan ve B. Yaka). Ankara: Pegem Akademi.

Çan G, Sigara Epidemiyolojisi. Ed: Özyardımcı N., 2002, “Sigara ve Sağlık”, s.49-58, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.

Çetin, A., 2011, “Psikiyatri Sevisinde Yatan Şizofreni Hatalarının Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi”. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniveristesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Demirhan, H., 1999, “Denizli İli Tavas İlçe Merkezinde Yer Alan Ortaöğretim Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Uçucu Madde Kullanımı”, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Dereli, F., ve Okur, S., 2008, “Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi”, *Yeni Tıp Dergisi*, 25:164-168.

Doğan, B., Ve Eser, M., 2013, “Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Nazilli MYO Örneği”. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Umyos Özel Sayı, 29-39.

Dubey, S., ve Charles, A., 2008, Update in Lung Cancer 2007. Am J Respir Crit Care Med; 177: 941-46.

Ergeneilek, E., 2005, “Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları”. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ergül, Ş., 2005, “Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adölesanlarda Karşıt Olumlu Davranış Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi”. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.

Erkuş, A., 1994, Psikolojik Terimler Sözlüğü. Doruk Yayınları, Ankara.

Fisher, E.H., and Turner, J.L., 1970, ‘Orientations to Seeking Professional Help: Development and Research Utility of an Attitude Scale’. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 79-90.

Genco, R.J., 1996, ‘Current View of Risk Factors for Periodontal Diseases’. Journal of Periodontology; 67(10): 1041-49.

Güçlü, N., 2001, “Stres Yönetimi”. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 21 (1): 91-109.

Güneri, O.Y., 2006, Counseling Services in Turkish Universities. International Journal of Mental Health, 35,26-38.

Hacımustafaoğlu, M., 2002, “Çocuklarda Pasif Sigara İçimi ve Enfeksiyon”. Ed: Özyardımcı, N. Sigara ve Sağlık. 5. 296-301, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.

Herken, H., Özkan, İ., Çilli, AS., Tekioğlu, M., Kucur, R. 2000, ‘Sigara Kullanma Davranışında Sosyal Öğrenmenin Etkisi’. Bağımlılık Dergisi 1(1): 38-42.

<https://www.Haberler.Com/sigara-icin-her-yil-cepten-85-milyar-lira-cikiyor-10967076-haberi/>

ICD-10 1993, 'Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması' Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, Çev. Ed. Öztürk MO., Uluğ B. (Çev. Çuhadaroğlu, F., Kaplan, İ., Özgen, G., Rezaki, M.), s. 64-70, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.

Ikard, F. F., Gren, D. E. & Horn, D. 1969, A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of the Addictions*, 4, 649 – 659.

Ivey, A.E., Ivey, M.B., Myers, J.E., ve Sweeney, T.J., 2005, "Developmental Counseling and Therapy". *Promoting Wellness the Lifespan*. Houghton Mifflin Company, Boston.

İlhan, F., Aksakal, F., İlhan, M., Aygün, R., 2005, "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu". *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 4(4):188-98.

Karabulut, A., 2007, "Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi". Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Niğde.

Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z., Özkan, M., Örsel, O., 2006, "Tütün Kontrolü", *Tur Toraks Der* 7(1): 51-64.

Kasatura, İ., 1998, 'Gençlik ve Bağımlılık', Evrim Yayınevi, İstanbul.

Koob, G.B., ve Le Moal, M., 2005, *Neurobiology of Addiction*. Academic Press, Elsevier.

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. 1984, *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Neukrug, E., 2011, *The World of the Counselor: An Introduction to the Counseling Profession*. Nelson Education.

Özcebe, H., 2008, "Gençler ve Sigara". Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Özdemir L., 2007, "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları". Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.

Özer, M., 2003, ‘‘Sigara Alışkanlığı’’, Aile ve Toplum, Cilt 2, Sayı 6, ISSN: 1303-0256.

Özkul, İ., Sarı, Y., 2008, ‘‘Türkiye’ de Tütün Sektörünün Durumu, Sorunları ve Çözüm Önerileri’’, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir.

Özlü, T., Metintaş, M., Karadağ, M., Kaya, A. 2010, Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, s. 30-440.

Özyardımcı, N., 2002, Sigara ve Sağlık. s.30-440, Bursa.

Özyurt, L., 2006, ‘‘Hekimlerin Sigara İçme Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)’’. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Pehlivan, İ., 1995, Yönetimde Stres Kaynakları. Ankara: Pegem Yayınları.

Rogler, H., Lloyd, Cortes, E., 1993, ‘‘Dharma. Help- Seeking Pathways: A Unifying Concept in Mental Health Care’’. Am. J. Psychiatry, 150/4, 554-561.

Selye, H., 1973, The evolution of the stress concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. American Scientist. 61(6), 692-699.10 Mayıs 2013, JSTOR.

Sezer, E., 1992, ‘‘Sigara Kullanımı ve Gençler’’, Sigara Alarmı, Sayı:4, Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigarayla Mücadele Kolu.

Short, F. and Thomas, P., 2015, ‘Care Approaches in Counseling and Psychotherapy’. New York: Routledge Publication.

Şahin, N. H. (Ed.). (1994). Stresle başa çıkma. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Tajrishi, M.P., Azadfallah, P., Garakani, S.H. and Bakhshi, E., 2015, ‘‘The Effect of Problem- Focused Coping Strategies Training on Psychological Symptoms of Mothers of Children with Down Syndrome’’ Iran J Public Health, 44(2):254-262.

Tülücü, F., 2011, ‘‘Malatya İl Kontrol Kurulu’na Dahil Olan Kurumlarda Çalışan 4207 No’lu Yasanın Amaç, Kapsam ve İşleyişine Yönelik Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi’’, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Türküm, S.A., 1999, ‘‘Stresle Başa Çıkma Biçimi, İyimserlik, Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma’’. 5. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Ankara.

Uzunca, G., 2002, Tütünün Tarihi. Sigara ve Sağlık, Editör: Nihat Özyardımcı, (yayınevi yok), Bursa.

Yücel, F., 2007, ‘‘Harran Üniversitesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Kişilik Tiplerine göre Sigara Bırakma Konusundaki Yaklaşımları’’. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.

Vatan, İ., Ocakoğlu, H., İrgil, E. 2009, ‘‘Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi’’, TAF Prev Med Bull, 8(1): 43-48.

Voltan- Acar, N., 2006, Grupla Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Washington DC. American Psikiyatri Birliği. (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı (DSM- IV) (Çev. Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

World Health Organization 2017, Report on the Global Tobacco Epidemic, The Mpower Package. Erişim adresi: [www. Who.int/ tobacco/ mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower). Erişim Tarihi: 15.04.2018.

[Www.gazetevatan.com/en-cok-sigara-icilen-ulkeler-aciklandi-turkiye-11-inci-sirada-882347-gundem/](http://www.gazetevatan.com/en-cok-sigara-icilen-ulkeler-aciklandi-turkiye-11-inci-sirada-882347-gundem/)

<https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-40092125>

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/...../.....
2. Cinsiyet:
 - 1 () K
 - 2 () E
3. Doğum Yeri:
 - 1- İl
 - 2- İlçe
 - 3- Köy
4. Eğitim düzeyiniz?
 1. İlkokul ()
 2. Ortaokul ()
 3. Lise ()
 4. Üniversite ()
 5. Lisansüstü ()
 6. Diğer, ise belirtiniz
5. Medeni Durumunuz
 1. () evli
 2. () bekar
 3. () boşanmış
 4. () eşinden ayrı yaşıyor
 5. () dul
6. Şu anda Yaşadığınız:
 - 1-İl
 - 2- Semt
7. Öz kardeş sayısı:
 - 1 () Yok
 - 2 () Var (Belirtiniz)
8. Üvey kardeş sayısı:
 - 1 () Yok
 - 2 () Var (Belirtiniz).....
9. Sosyal güvence :
 - 1 () Yok
 - 2 () Var
10. Birlikte yaşadığı kişiler:
 - 1 () Yalnız
 - 2 () Anne-Baba-Kardeş
 - 3 () Arkadaş
 - 4 () Akraba
 - 5 () Eş
 - 6 () Diğer (Belirtiniz).....

Ek:2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - b. 21-30 adet (2 puan)
 - c. 11-20 adet (1 puan)
 - d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

Ek 3: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE)

- 1)Asla böyle bir şey yapmam 2)Çok az böyle yaparım
3)Orta derecede böyle yaparım 4)Çoğunlukla böyle yaparım

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
7. Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
13. Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam. 1 () 2 () 3 () 4 ()
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Allah`in yardımını umarım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Bir eylem planı yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
28. Duygularımı dışarı vururum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum. 1 () 2 () 3 () 4 ()
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
33. Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
36. Sorunla ilgili şaka yaparım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
37. İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım. 1 () 2 () 3 () 4 ()
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim. 1 () 2 () 3 () 4 ()
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm. 1 () 2 () 3 () 4 ()

43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm. 1 () 2 () 3 () 4 ()
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()



Ek: 4 PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ-KISA FORM

Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelere katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Akıl sağlığında bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur.				
2.	Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor.				
3.	Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim.				
4.	Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur.				
5.	Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim.				
6.	Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim.				
7.	Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım olarak çözebilir.				
8.	Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir.				
9.	Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır.				
10.	Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler.				

ÖZGEÇMİŞ

ÖZLEM BEKTAŞOĞLU

E-mail = ozlembektasoglu@gmail.com

STAJ

2014 Güz Dönemi, Marmara İlköğretim Okulu

2015 Güz Dönemi, Hesna Gündes İlköğretim Okulu

2016 Bahar Dönemi, E.C.A. Elginkan Anadolu Lisesi

2016 Bahar Dönemi, İlk Adım Anaokulu

EĞİTİM DURUMU

09.2016- 08.2018

Üsküdar Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji
(Mezuniyet ortalaması 3.50)

09.2012- 06.2016

T.C Maltepe Üniversitesi

Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik
Bölümü
(Mezuniyet Ortalaması:2.88)

09.2006- 06.2010

Arif Nihat Asya lisesi

SEMİNER VE KONFERANSLAR

02.2018, Masallarda Terapi- Terapide Masallar (Binnur YEŞİLYAPRAK Psikoterapi Enstitüsü Derneği)

01.2018, Benlik ve Kendilik Üzerine (Söyleşi)

01.2018, Zor Kişilikler Nasıl Yönetilir? (Söyleşi)

01.2018, Terapist Danışana Ne Yapıyor da İyileşiyor? (Söyleşi)

01.2018, Çift Terapisinde Duygular ve İletişimsel Döngüler

12.2017, Gizlenen Narsistin Hikayesi (Psikoterapi Enstitüsü Derneği)

12.2017, PDR Şurası (İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

06.2016, Maltepe Üniversitesi, 11. Rehberlik Sempozyumu “Ergenlikte Bedensel Gelişim ve Sorunlar” Katılım Sertifikası

11.2015, TEGV (Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı), Temel Gönüllü Eğitimi

12.2014, Maltepe Üniversitesi, PDR Kulübü “Düşünce Okuma Teknikleri” Semineri Katılım Sertifikası

03.2013, Maltepe Üniversitesi, PDR Günleri “Motivasyon ve Travma” Semineri Katılım Belgesi

12.2012, Maltepe Üniversitesi, “İletişim ve İnsan Tanıma Sanatı” Eğitim Programı Katılım Sertifikası

SERTİFİKALI EĞİTİMLER

02.2018- 04.2018, Klinik Psikoloji Enstitüsü Derneği, “Psikolojik Test Eğitimleri”

YABANCI DİL

İngilizce

Okuma: İyi

Yazma: Orta

Konuşma: İyi

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

MS Office Uygulamaları

ÜYELİKLER

- Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı Üyesi
- Maltepe üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Kulübü Üyeliği (2012-2016)
- Maltepe üniversitesi Tiyatro Kulübü Üyeliği (2013-2014)