

T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

SİGARA KULLANAN VE KULLANMAYAN
BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa ELDEK

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

İstanbul – 2022

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Mustafa ELDEK

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerde Aleksitimi ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 24.01.2022

Sayfa Sayısı : 84

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

Danışmanları

Dizin Terimleri : Bağımlılık, Sigara, Alekstimi, Depresyon

Türkçe Özet : Sigara bağımlılığı ülkemiz ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Fizyolojik ve psikolojik birçok rahatsızlığa doğrudan ve dolaylı olarak neden olmaktadır. Depresyon en basit anlamıyla duygusal çökkünlük halini ifade etmektedir. Yaşam boyu görülme oranı yüksek olan depresyon bu rahatsızlıklardandır. Aleksitimi, en yalın ifade ile duygusal körlük anlamına gelmektedir. Aleksitimi psikosomatik rahatsızlıkların bir belirtisi olurken ilk yıllarında şimdi sağlıklı

bireylerde de görülmektedir. Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin depresyon düzeylerini incelenmesi hedeflenmiştir.404 katılımcılığın verileri bulgular kısmında gösterilmiştir.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Mustafa ELDEK



T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

SİGARA KULLANAN VE KULLANMAYAN
BİREYLERDE ALEKSİTİMİ VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa ELDEK

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

İstanbul – 2022

BEYAN

Bu projenin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, projenin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir proje olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mustafa ELDEK

.../.../2022



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Mustafa Eldek 'ın Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerde Aleksitimi ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan *Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

(Danışman)

İmza

Üye

Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.. / .. / 2022

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

GİRİŞ: Nikotin bağımlılığı dünyada ve ülkemizdeki en önemli halk sorunlarından biridir. Nikotin çok hızlı şekilde bağımlılık sağlayarak kişide hem fizyolojik hem psikolojik derin izler bırakmaktadır. Nikotin bağımlılığının psikolojik etkilerini depresyon ve aleksitimi özelinde incelenecektir. Depresyon en basit anlamıyla duygusal çökkünlük halini ifade etmektedir. Depresyon, tanımlandığı günden bugüne kadar psikiyatrik bozukluklar arasında en fazla tanı alan psikiyatrik bozukluklardandır. Duygusal körlük anlamına gelen aleksitimi ise tanımlandığı yıllarda psikosomatik rahatsızlıkların bir belirtisi olurken günümüzde sağlıklı bireylerde görülmektedir.

AMAÇ: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin depresyon ve aleksitimi düzeylerinin incelenerek demografik bilgiler ile açıklanması hedeflenmiştir.

YÖNTEM: Bilgilendirilmiş onamları alınan 404 katılımcının verileri incelenmiştir. Verileri toplamak için kullanılan ölçüm araçları “Demografik Bilgi Formu”, “Fagerström Nikotin Bağımlılığı Değerlendirme Testi”, “Beck Depresyon Envanteri” ve Toronto Aleksitimi Ölçeği” uygulanmıştır. Çalışmada, ilişkisel araştırma yöntemi ile analiz yapılarak bulgulara ulaşılmıştır.

SONUÇ: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin demografik değişkenler bakımından bağımlılık, depresyon ve aleksitimi puanlarında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Depresyon düzeyi arttıkça aleksitimi ve aleksitimi alt ölçekleri düzeylerinde artış tespit edilmiştir. Analizler sonucunda sigara bağımlılığı, arttıkça aleksitimi ve depresyon puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Aleksitimi alt ölçekleri bağımlılık ile değerlendirilmesi sonucunda, sigara bağımlılık arttıkça dışa dönüklük düşünce alt ölçeği haricindeki alt ölçeklerde (duyguları tanımada güçlük, duyguları söz dökme güçlük puanlarının) pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Sigara kullanmayan bireyler de depresyon düzeyleri arttıkça, katılımcıların aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Çalışmada elde edilen bulguların, tütün kullanımı ve bağımlılık bozuklukları ile değerlendirilebilecek psikiyatri rahatsızlıklar konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Türk ve uluslararası literatür çalışmalarında bağımlılık, aleksitimi ve depresyon üzerine gerçekleştirilen kısıtlı çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Sigara, Aleksitimi, Depresyon

SUMMARY

INTRODUCTION: Nicotine is one of the most important public problems in the global world and in education. Nicotine dreams of both himself and himself in the person who will take shape very quickly. To be convinced that nicotine is consumed and will be examined in a feature. Depression simply means emotional depression. Depression is not defined as well as too many field clinics. A definition related to the definition of the concept of disgust blindness.

OBJECTIVE: It is aimed to examine the depression and alexithymia levels of smokers and non-smokers and to explain them with demographic information.

METHODS: The data of 404 participants, whose informed consent was obtained, were analyzed. The measurement tools used to collect the data “Demographic Information Form”, “Fagerström Nicotine Addiction Assessment Test”, “Beck Depression Inventory” and Toronto Alexithymia Scale” were applied. In the study, the findings were obtained by analyzing with the relational research method.

CONCLUSION: It has been observed that smokers and non-smokers differ significantly in addiction, depression and alexithymia scores in terms of demographic variables. As the depression level increases, the levels of alexithymia and alexithymia subscales increase. As a result of the analysis, it has been determined that smoking addiction, and alexithymia and depression scores increase as the depression level increases. As a result of the evaluation of alexithymia subscales with addiction, it was observed that there was a positive relationship in subscales (difficulty in recognizing emotions, difficulty in speaking out emotions) except for the extraversion thinking subscale as smoking addiction increased. As the depression levels increase in non-smokers, the alexithymia levels of the participants also increase. It is thought that the findings obtained in the study will contribute to the psychiatric disorders that can be evaluated with tobacco use and addiction disorders. It is thought that it will contribute to the limited studies on addiction, alexithymia and depression in Turkish and international literature studies.

Keywords: Addiction, Smoking, Alexthymia, Depression

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
EKLER LİSTESİ	viii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1.Problemin Tanımı.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4.Araştırmanın Önemi.....	4
1.5.Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.6.Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.7.Araştırma Evreni ve Örneklemi	5
1.8.Veritoplama Araçları	5
1.9.Araştırmaya İlişkin Terimler.....	5

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Sigara Bağımlılığı	6
2.1.1.Tanı Kriterleri.....	7
2.1.2. Sigara Kullanımı ve Demografik Özellikler	8

2.1.3.Sigara Bağımlılığı ve Etiyolojisi.....	9
2.1.4.Sigaranın Sağlığa Zararları	10
2.2.Depresyon	11
2.2.1.Depresyonun Tanımı.....	11
2.2.2.Depresyon Tanı Kriterleri	12
2.2.3.Depresyonun Epidemiyolojisi.....	13
2.2.4.Depresyonun Etiyolojisi.....	14
2.3.Aleksitimi.....	16
2.3.1.Aleksitimi Tanımı	16
2.3.2.Aleksitimik Belirtiler ve Özellikleri.....	16
2.3.3.Aleksitiminin Seyri	17
2.3.4.Aleksitiminin Etiyolojisi	18
2.4.Sigara Bağımlılığı ve Depresyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki.....	19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli	22
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.3.Araştırma Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Demografik Veri Formu.....	23
3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Ölçeği	23
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	24
3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20	24
3.4.Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi.....	24

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Frekans Analizi	26
4.2.Betimsel İstatistikler.....	27
4.3.Hipotez Testleri	29

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1.Tartışma.....	50
5.2.Sonuç.....	54
KAYNAKÇA	56
EKLER.....	63



KISALTMALAR

APA : American Psychiatric Association

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FNBÖ : Fagerström Nikotin Bağımlılığı Değerlendirme Ölçeği

TAÖ : Toronto Aleksitimi Ölçeği



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Güvenirlilik Analizi Sonuçları	23
Tablo 2. FMBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Normallik Analizi Sonuçları	25
Tablo 3. Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi Sonuçları	27
Tablo 4. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler	28
Tablo 5. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları	30
Tablo 6. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	31
Tablo 7. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları	31
Tablo 8. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Çalışma Durumu Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları	32
Tablo 9. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları	33
Tablo 10. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	34
Tablo 11. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Cinsiyete Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	35
Tablo 12. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	37
Tablo 13. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Medeni Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	39
Tablo 14. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	40
Tablo 15. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	41
Tablo 16. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Yaş Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları.....	43
Tablo 17. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımda Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları.....	44
Tablo 18. Sigara Kullanmayan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları.....	46
Tablo 19. Sigara Kullanan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları.....	48

EKLER LİSTESİ

EK-A: Demografik Bilgi Formu

EK-B: Fargeström Nikotin Bağımlılık Testi

EK-C: Beck Depresyon Ölçeği

EK-Ç: Toronto Aleksitimi Ölçeği

EK-D: Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzin Belgesi

EK-E: Fargeström Nikotin Bağımlılık Testi Kullanım İzin Belgesi

EK-F: Toronto Aleksitimi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi



ÖNSÖZ

Çalışma boyunca değerli bilgilerini ve deneyimleriyle akademik ve kişisel gelişimime rehberlik eden, değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU'na çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde her türlü konuda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Doç.Dr.Hikmet ELDEK GÜNER'e çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca her alan da her zaman yanımda olan sevgi ve desteğini benden esirgemeyen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyecek olduğum canım annem Derya ELDEK'e, canım babam İbrahim ELDEK'e, ve en yakın arkadaşlarım olan kardeşlerim Ahmet ve Muhammet ELDEK'e çok teşekkür ederim. Zor günlerimde yanımda olan bana güç veren ne kadar şanslı olduğumu hissettiren dayım Abdullah ÖZÇAKIR'a çok teşekkür ederim.

En büyük destekçim, hayat arkadaşım olan Ruveyda ALKAN'a bana olan inancıyla, gülyüzüyle her kaygımı dindirdiği ve sabırla yanımda olduğu için gönülden teşekkür ederim.

GİRİŞ

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kabiliyetinin bozulması ve kullanmadığında yoksunluk belirtileri göstermesini ifade etmektedir. Nikotin bağımlılığı dünyada ve ülkemizdeki en önemli halk sorunlarından biridir. Nikotin çok hızlı şekilde bağımlılık sağlayarak kişide hem fizyolojik hem psikolojik derin izler bırakmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları, kanser türleri ve solunum hastalıkları gibi birçok fizyolojik rahatsızlıkları doğurmaktadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, panik atak ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar sigara bağımlılığı olan bireylerde sık görülmektedir.

Depresyon en basit anlamıyla duygusal çökkünlük halini ifade etmektedir. Depresyon, tanımlandığı günden bugüne kadar psikiyatrik bozukluklar arasında en fazla tanı alan psikiyatrik bozukluklardan biridir (Göktaş ve Özkan, 2006, s.30-37). Çalışma kapsamında depresyon konusunun ele alınmasındaki faktör hem prevalansının yüksek olması hem de demografik değişkenler, bağımlılık ve aleksitimi ile ilişkisini güncel bir çalışmada sunulmak istenmiştir.

Aleksitimi en yalın haliyle duygu körlüğü anlamına gelmektedir (Koçak, 2002, s.186). Aleksitimi ilk olarak psikosomatik rahatsızlığın bir belirtisi olarak günümüzde sağlıklı bireylerde olabileceği belirtilmiştir (Şahin, 1992, s.26-30). Sağlıklı bireylerde de görülebilen aleksitimi özellikleri günümüzde yaygınlığı arttığı görülmüştür. Teknolojik aletlerin kullanılması ve yaygınlaşması ile iletişim kalitesi azalarak aleksitimik özelliklerin günden güne arttığı gözlenmiştir. Çalışma kapsamında aleksitimi alt ölçekleri ile demografik değişkenler, bağımlılık ve depresyon ilişkisi araştırılacaktır.

Nikotin bağımlılığı her yıl ciddi ölüm sayılarına sebep olmaktadır. Sigara kullanan bireylere depresyon ve aleksitimi ile duyguları nasıl etkilediğini somut bir çalışmayla gösterilmesi hedeflenmiştir. Türk ve uluslararası literatür incelendiğinde nikotin bağımlılığının depresyon ve aleksitimi ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar çok kısıtlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın temel sorusu haricinde depresyon ve aleksitimi düzeylerini sigara kullanan ve kullanmayan bireylerdeki ilişkisi incelenecektir. Çalışmada, ilk olarak literatür araştırması yapılarak ilişkiyi araştırma yöntemi ile veriler analiz edilerek bulgulara ulaşılması planlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1.Problemin Tanımı

Ülkemizde ve dünya da sigara kullanımı bir halk sağlığı sorunudur. Sigara kullanımı tıpkı eroin uyuşturucu gibi şiddetli bağımlılık yapıcılığı kolay ve hayatımızın her alanını etki etmektedir.Düzenli olarak günde bir sigara kullanmayı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağımlılık olarak adlandırmıştır. Sigara kullanımı; eroin, uyuşturucu gibi bağımlılık sağlayan maddeler arasında en kolay ulaşılabilen ve en hızlı yayılan maddesi olarak belirtmiştir.Dünya Sağlık Örgütü verileri ışığında her üç yetişkinden birinin sigara kullandığı öğrenilmektedir.2025 yılı için dünya da sigara kullanan kişilerin sayısının 1.6 milyara ulaşması beklenmektedir.(Dünya Sağlık Örgütü,2008)

Aleksitimi kavramının Yunanca kökenli olup “duygular için söz yokluğu” anlamına gelmektedir (Dereboy, 1990,s.1).Aleksitimi de kişi duygularını fark etmesi ve bunları karşıdakini aktarmakta güçlük çeker. Günümüz birçok rahatsızlıkla anılarak son 10 yılda aleksitimi kavramı incelenmiştir.

Depresyon kavramı günümüzde sık tanı alan duygu durum bozukluğudur. Kişide çökkünlük halinin, ilgi ve zevk kaybının, özgüven düşüklüğü gibi belirtiler göstererek yer edinir. Prevalansın %25 olduğu ve birçok rahatsızlığa eşlik ederek karmaşık formlarda sinsi şekilde ilerlediği bilinmektedir (Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. 2011,s.65-74). Duygudurum bozuklukluğu ve madde kullanım bozuklukları anlamlı şekilde bir ilişki olduğu görülmüştür. Depresif duygu durumdan uzaklaşa bilmek için madde kullanmaya yönelmeleri ile açıklanmaya çalışılmaktadır.

Gelişmekte olan birçok ülkede sigara kullanımının artması ve bu durumun insan yaşamına olan olumsuz etkisi günümüzde açıkça görülmektedir. Bu çalışmada sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin aleksitimi ve depresyon düzeylerinin ilişkisi incelenip demografik değişkenler arasındaki farklılara odaklanılacaktır. Sigara kullanan bireylerde depresyon ve aleksitimi bağlamında araştırma yapılarak sigara kullanmayanlar bireyler ile karşılaştırılması yapılacaktır. Çalışmanın gerekli ilişkilendirme ve karşılaştırmalar ile güncel bilgi sunması bakımından literatüre katkı sağlaması ve yeni çalışmalara öncü olması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Sigara kullanımı, her 10 ölümden birinin sorumlusu olması sebebiyle dünyadaki en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (World Health Organization (WHO), 2014). Bu araştırma ile sigara kullanımının, insan yaşamına ve duygu durumuna nasıl etkisi olduğunu güncel veri ve geniş örneklem ile somut bir şekilde ortaya konması amaçlanmıştır.

Araştırmada hedeflenen bir diğer önemli nokta ise, sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde depresyon ve aleksitimi arasındaki ilişkisinin irdelenmesidir. Bu bağlamda sigara bağımlılığı, depresyon ve aleksitimi değişkenlerinin araştırılarak demografik değişkenler bakımından anlamlı farklılıklar saptanması, karşılaştırılması ve ilişkilendirilmesi araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma dahilinde cevaplanan araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşır.

H2: Depresyon düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşır.

H3: Aleksitimi düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşır.

H4: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde aleksitimi puanlarında anlamlı bir fark vardır.

H5: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde depresyon puanlarında anlamlı bir fark vardır.

H6: Sigara kullanmayan bireylerin depresyon ve aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

H7: Sigara kullanan katılımcıların bağımlılık düzeyleri ile depresyon ve aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

1.4.Araştırmanın Önemi

Sigara kullanımının insan hayatında ortaya çıkarmış olduğu bağımlılık, duydu durum bozukluğu gibi olumsuz etkiler bağlamında yapılan çalışmalar incelenmiştir. Sigara kullanımına pek çok araştırmada yer verilmesine karşı aleksitimi ve depresyon üçgeninde incelenmediği görülmüştür.

Aleksitimi kavramı son 10 yıl da araştırmalara konu olsa da depresyon kavramı ile ilişkisinin literatür çalışmalarında yetersiz olduğu görülmektedir. Pek çok çalışmada iki değişkenli incelemeler yapılmışken, bu çalışmada üç değişken kullanılarak eksik olduğu düşünülen literatür çalışmalarına katkı sağlanması beklenmektedir.

1.5.Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

1.Sigara kullanan ve kullanmayan bireyler araştırma sorularına tüm samimiyeti ile doğru şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

2.Araştırmada kullanılan Demografik veri formu, Fargest Bağımlılık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile kişilerin hem bağımlılık hem de depresyon düzeylerinin ölçtüğü varsayılmıştır.

3. Araştırmada değişkenlere ilişkin bulguları incelemek için kullanılan istatistiksel veri analiz yöntemlerinin bulguları saptamak açısından geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılır.

4.Örnekleme dahil olan 405 katılımcının evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

5.Online şekilde araştırmaya katılınması sebebiyle araştırmada örneklem bir yeri temsil etmeyecek ve Türkiye geneli yapılan bir çalışma olarak varsayılmıştır.

1.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında örneklem, yöntem ve bulguların analizinin sınırlılıkları aşağıda belirtilmiştir:

1.Örneklemin seçilmesi ve daha çok katılımcıya ulaşmada sınırlı olup örneklemini temsil edebilirliği açısından sınırlı olduğunu düşünülmektedir.

2.Pandemi sebebiyle araştırmadaki veriler online şekilde doldurulmuştur. Bu da bazı soruların katılımcıda anlaşılınmaması ile sınırlı olduğu düşünülmektedir.

3.Sigara kullanan ve kullanmayan bireylere uygulanan Demografik Veri Formu, Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ile sınırlıdır.

1.7.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Covid-19 salgını sebebiyle sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılara internet üzerinden erişimi sağlanan gönüllüğe dayalı şekilde katılım sağlanarak cevaplanması ve Türkiye genelini kapsayacak bir çalışma yapılacağı öngörülmüştür. Bu kapsam da rastgele örneklem sağlanarak 404 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım koşulları ise,18 yaş üstü sigara kullanan ve kullanmayan birey olmaktadır

1.8.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplanmasını sağlayan Demografik Veri Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 kullanılmıştır.

1.9.Araştırmaya İlişkin Terimler

Sigara Bağımlılığı: Tütün ürünlerinin yineleyici şekilde kullanılması ve eksikliğinde yoksunluk sendromlarının oluşması ile gözlenen bağımlılıktır.

Depresyon: Kişilerde günlük hayatın akışını engelleyecek ölçüde çökkünlük, umutsuzluk, mutsuzluk, çaresizlik, iştah ve uyku sorunları tanı kriterlerini karşılaması sonucunda teşhisi konulan duygu durum bozukluğudur. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Aleksitimi: Duygular için söz yokluğu anlamına gelen yunanca bir terimdir. (Dereboy,1990,s.157-165) Duyguları ifade edilememesi, farkında olunmaması, hayal kurmaktan yoksunluk veya dile getirmekte zorlanması şeklinde görülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümünde çalışmanın temel kavramlarını ve çerçevesini oluşturan sigara kullanımı ve bağımlılık bozukluğu, depresyon ve aleksitimi kavramlarına yer verilmiştir. Kavramların kuramsal çerçevesi ele alınarak literatür değerlendirilmesi ile önemi ortaya konulacaktır.

2.1.Sigara Bağımlılığı

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylere çalışma kapsamında Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği uygulanmıştır.Bu ölçüm kapsamında bağımlılık düzeyleri ölçülerek aleksitimi ve depresyon ilişkileri gözlemlenecektir.Bu bölümde bağımlılık kavramının literatür çalışması yapılacaktır.

En genel anlamıyla bağımlılık, kişinin madde alımı üzerinde kontrolünü kaybetmesini ifade etmektedir.Kişinin önceden değer verdiği davranış ve nesnelere karşı tütün ve ürünlerine yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak tanımlamaktadır Dünya Sağlık Örgütü(Yorgancıoğlu ve Esen, 2000,s.90).Bağımlılığa neden olan maddeler arasında sigara kullanımı % 32'lik oranla en fazla bağımlılık sağlayan maddeler arasındadır. (Stahl, 2015, s.537-576). Dumanın içe çekilmesi ve solunum yoluyla alınması bağımlılığı kısa sürede tetiklemektedir. Nikotin beyne ulaşmasında 7 saniye gibi bir sürede beyne ulaşması ve etkisinin 30-50 dakika aralığında yitilmesi çalışmalarda gösterilmiştir (Brannon ve Feist, 2007). Sigara kullanımı bağımlılık sağlayan maddeler arasında en kolay ulaşım sağlanmaktadır. Yasal yaptırımın olmaması en büyük sebeplerindendir. Sigara bağımlılığında tütün bitkisinden oluşturulan alkaloid madde içeren nikotin bağımlılığın gelişmesinde ciddi rol oynamaktadır. Ülkemize tütünün ulaşması yabancı tüccarlar aracılığıyla Osmanlı döneminde gelmiştir (Güzel, 2016, s.22-26).

İnsanların neden sigara içtiği ile ilgili bu zamana dek yapılan araştırmalarda dört teori vardır. İlk teoride bunun bir alışkanlık ve öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve bunun sebebi olarak nikotin olduğunu öne sürülmektedir. İkinci teoride çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve uygun koşullar ile gerçekleşmesi öne sürülmüştür. Üçüncü teorisi ise düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin yenilik arayışı içinde ortaya çıkması şeklinde ifade edilmektedir. Dördüncü teoride ise bu davranışın yanlış olduğu bilincinde olsa dahi sürdürmek isteyen kişileri kapsamaktadır (Yorgancıoğlu

ve Esen, 2000,s.90). Bir başka kaynağa göre ise dördüncü teori, tütün kullanımında beyinde nöro-ileticileri dopamin salgılatarak kısa süreli iyi hissetmesi sebebiyle bu teori oluşmaktadır (Uysal, Kadakal, Karşıdağ, Bayram, Uysal ve Yılmaz, 2004, s.115-121).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine dayanılarak her yıl 4 milyon insan sigara kaynaklı hayatını kaybetmektedir.2030 yılı için hayatını kaybedenlerin sayısını 8 milyona ulaşması öngörülmektedir (Ergüder, T. 2018, s.301-306).

2.1.1.Tanı Kriterleri

Mental ve ruhsal bozukluklar el kitabı olan DSM-I (1952) de antisosyal kişilik bozukluğu' başlığı altında ilaç kullanımı ve alkol bağımlılığına yer vermiştir (American Psychiatric Association. (APA),1952). DSM-II de ise kişilik bozukluğunda yer verilerek tanı kriterline yer verilmemiştir (APA,1968).DSM-III ile birlikte tanı kriterlerine yer verilerek 'Madde Kullanım İle İlgili Bozukluklar' başlığında sunulmuştur (APA,1980). DSM-IV (APA,2000) de de bu ad ile sunularak DSM-V de madde kullanım bozukluğu olarak değiştirilmiştir. DSM-V de sigara bağımlılığı tütün kullanımı başlığı altında tanı kriteri ile sunulmuştur (APA,2013). *Aşağıdaki maddelerden en az ikisini kapsayacak şekilde on iki ay içerisinde görülmesi beklenmektedir.*

- 1.Planlanandan daha uzun süre kullanması ve yüksek miktarda kullanması.*
- 2.Bırakma denemelerinde ve kendini denetim altında tutmasında başarısız olması.*
- 3.Tütün kullanması ve elde etmesinde çok zaman harcamak.*
- 4.Tütün kullanmak için çok büyük bir istek duymak.*
- 5.Özel ve sosyal hayatındaki görevleri yerine getirmeyerek tütüne zaman ayırmak ve yineleyici tütün kullanmak.*
- 6.Tütün etkilerinin neden olduğu yineleyici toplumsal ve kişilerarası sorunlar oluşmasına karşı tütüne kullanmayı sürdürmek*
- 7.Tütün kullanımından dolayı iş hayatı, toplumsal olaylar ve eğlenceli aktivitelerden uzak durmak veya azaltmak.*
- 8.Tehlike doğurabilecek yerlerde yineleyici tütün kullanmak.*

9. Tütün kullanımı sebebiyle bedensel ve ruhsal sorunlar oluşmasını bilmesine karşı tütün kullanmaya devam etmek.

10. Dayanıklılık (tolerans) geliştirmesi iki şekilde açıklanır:

a. İstenilen etkiye ulaşmak için artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde tütün kullanmasına karşı belirgin az etki sağlanması.

11. Yoksunluk, aşağıdaki maddelerden herhangi biri tarafından ifade edilir:

a. Tütün kullanımında karakteristik yoksunluk durumu.

b. Yoksunluk belirtilerinden önlemek ve gidermek için kullanmak (APA, 2013).

2.1.2. Sigara Kullanımı ve Demografik Özellikler

İnsan yaşamının birçok alanına etki eden tütün kullanımı son yıllarda kullanım oranının artması ve tek başına ölüm nedenleri arasına girmektedir. Kullanan kişilere zarar vermesi ve kullanan kişilerin yarısına yakın ölmesine rağmen halen yaygın bir kullanım göstermektedir (DSÖ,2008).Dünya genelinde yasala düzenlemeler ve kampanyalar oluşturulmasına karşı gelişmiş çoğu ülkede bağımlılık oranları artmaktadır. Refah seviyelerinin artması ve azalmasına bağlı olmaksızın her ülke farklı bağımlılık oranları vermektedir.

Cinsiyet göre sigara kullanımına bakarsak kadın ve erkekler arasında fark olduğunu görmekteyiz. Erkeklerin sigara içme oranı kadınların dörtte katıdır. Yapılan reklam çalışmaları ve endüstri etkileri ile kadınların bağımlılık oranı erkek bağımlı sayısına yaklaşmaktadır (DSÖ,2008).

Atatürk Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir çalışmada sigara kullanmaya üniversite yıllarından önce başladığı belirtilmiş olup yaşın ilerlemesi ile bağımlılık düzeyinin arttığı belirtilmiştir. (Çapık ve Cingil, 2013, s.55-61). Konya ilinde yapılan bir çalışmada ise 15-19 yaş aralığında sigaraya başlama yaşı anlamlı istatistik verilerince tespit edilmiştir. (Kutlu ve Çivi, S. 2007, s.273-278).

Sigara kullanımında bir diğer önemli değişkenlerden biri de ekonomik düzeydir. Ankara da yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerin daha yüksek oranda kullanması gözlenmiştir (Karatay ve Kubilay,2004, s.57-70).1980-2010 dönemi incelenen bir çalışmada Türkiye de sigara fiyatları ve sigara tüketiminde ters yönlü bir ilişki saptanmıştır (Oğuztürk ve Gülcü, 2012, s.99-105).

2.1.3.Sigara Bağımlılığı ve Etiyolojisi

Sigara bağımlılığının etiyojisini psikanalitik kuram, bilişsel kuram, davranışçı kuram ve sosyal öğrenme kuramı ile ele alınacaktır.

2.1.3.1.Psikanalitik Kuram

Sigmund Freud, psikanalitik kuramın kurucusudur. Psikoseksüel gelişim dönemlerini sıralamıştır. İlk sırada oral dönem vardır. İkinci sırada anal dönem üçüncü sırada fallik dönem dördüncü dönemde gizil dönem ve son dönem de genital dönemdir.Bu dönemlerde her bölge için ayrı bir tatmin bölgesi vardır. Bu dönemlerde temel ihtiyacın giderilmemesi ileri ki yaşlarda sıkıntılar sunmaktadır. İlk on sekiz aylık dönemi oral dönem olarak nitelendirilerek bağımlılık konuları bağlantılıdır. Oral dönemde ağız bölgesi önemli olup emme, yutma, ısırma gibi eylemler ile tatmin aramaktadır (Deutsch ve Onur ,2019, s.225-237)

Psikoseksüel gelişim evrelerinde ihtiyaçların giderilmemesi sağlıklı gelişimi engelleyerek o dönemlere saplanması ile neticelenmektedir. Oral dönem de ihtiyaçların giderilmemesi oral kişilik gelişimi oluşur. Oral kişilik yapısında olan kişiler sigara ve içki kullanma davranışı sergilemektedir. (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999, s.227-229)

2.1.3.2.Bilişsel Kuram

Albert Ellis ve Aaron T.Beck (1961). bilişsel terapi yön vererek ciddi katkılar sağlamıştır. Bilişsel öğrenme kuramında düşünce, davranış ve duygu üçlüsüne yer verilmiştir. Düşüncelerin gelen uyarınları değerlendirerek duygu ve davranış haline dökülmesine sağlamaktadır. Uyarana verilen anlam hem duygulanımı hem de yapılan eylemi değişmesine sebep olmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapilerde otomatik düşüncelere önemle vurgu yapılmıştır. Otomatik düşünceler bağımlılık sağlayan maddeleri anlamlandırarak bunun devam etmesi veya bırakılmasına olanak sağlamaktadır. Örneğin 'sigara benim en iyi arkadaşım', 'sigarasız yaşayamam', 'benim tek sakinleştirici kaynağım' düşünceleri kişi de bağımlılığı sağlayacaktır. 'Sigara beni kötü etkiliyor' gibi olumsuz düşünceler bırakılmasına olanak sağlayacaktır (Pazarlı Bostan ve Özerk, 2017, s. 51-55).

2.1.3.3.Davranışçı Kuram

Davranışçı terapi de yapılan eylemin kaynağına ulaşmak amaçtır. Bağımlılıkların hem öğrenilmiş hem de koşullanmalar ile sağlandığını açıklanmıştır.

Bağımlılık sağlayan maddelerin kişiye anlık mutluluk sağlaması ve olumsuz durumlardan uzaklaşmasına olanak sağlayarak olumlu pekiştiricidir. Bu pekiştiricilerin öfke kaygı gibi duygular ardına tüketilmesi genellemeler doğurmaktadır. Pekiştiriciler de bu davranışın süreklilik kazanmasını sağlamaktadır (Morris, 2013, s. 197). Yemek, çay, kahve gibi koşullu uyarıcılar ile de sigara tüketilmesine ön ayak olmaktadır.

2.1.3.4.Sosyal Öğrenme Kuramı

Kuramın ilk adımları 1950'lerin ortasında Rotter tarafından atılmıştır. Sosyal öğrenme kuramının asıl dikkatleri üstüne çekti dönem ise Bandura ve Mischeal dönemlerin de yapılmış olan çalışmalardır. Sosyal öğrenme kuramı temel taşları davranışçı kuramlardan oluşmaktadır (Hogben ve Byrne, 1998, s.58-71).

Sosyal öğrenme kuramında bireylerin çevre ile etkileşimi ve bu etkileşimin davranışları üzerine durulmuştur. Bireyin diğer insanları gözlemleyerek onların yaptığı olumlu davranışların pekiştirerek öğrendiği gibi cezalandırıcı davranışları gözlemleyerek yapmamasını öğrenmektedir. Böyle öğrenmelere 'toplum içinde ve toplum içinde öğrenme' diye tanımlanmaktadır (Bayrakçı, M. 2013, s.198-210). Aile üyelerinin bağımlılık yapıcı maddeleri kullanması diğer aile üyeleri için model alma şeklinde kullanmasında ilk adım olabilmektedir. Medya ve akran gruplarında sigara gibi bağımlılık sağlayan maddeleri özendirici davranışlarda bu kategoriye girmektedir.

2.1.4.Sigaranın Sağlığa Zararları

Sigara kullanan bireyler sigaranın sebep olduğu hastalıklara ciddi şekilde maruz kalmaktadır. Arrştırmalarda sigraya bağlı nedenler ile ölümlerde oluşan sayısal veriler diğer nedenler ile olan ölümlerden fazla olduğu tespit edilmiştir. Avrupa ülkeleri arasında ülkemiz sigara tükeminde ikinci sıraya gelmektedir (Bilir, Doğan ve Yıldız ,2002). Sigaranın direk maruz bıraktığı ağız,dil,boğaz, yemek borusu, nefes borusu, akciğer ve midedir.Sigara dumanının ulaştığı alanlar ise kalp,beyin, kan damarları, böbrek ve mesane gibi birçok alana ulaşmaktadır (Baykan, Özkan ve Aygün, 2003, s.223). *Sigaranın neden olduğu en ölümcül hastalıklar aşağıda belirtilmiştir:*

- *Akciğer kanseri*
- *Özefagus kanseri*
- *Kardiyovasküler*
- *Mide kanseri*
- *Pankreas kanseri*

- *Kronik obstruktif akciğer kanseri*
- *Serebrovasküler hastalık*
- *Meme kanseri*
- *Mesane kanseri*

Sigara, nikotin isimli bağımlılık sağlayan madde ve içerisinde 4000'den fazla zehirli maddeyi bulunduran üründür (Sezer E. 1997, s.1-5). Sigara denilince akla ilk gelen nikotin bağımlılığı sağlayıp kalp atımını hızlandırmakta ve kan basıncının değişiminden sorumludur. Sigaranın içinde bulunan diğer bir kimyasal ise katrandır. Katran, akciğer kanseri ve amfizem gibi rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Sigaranın içinde bulunan diğer bir kimyasal ise arseniktir. Fare zehirlerinin yapımında kullanılarak insan vücudunda kan kanserinin oluşmasında ve kalp rahatsızlıklarına sebep olmaktadır. Kan kanserinin neden olan benzen de sigaranın oluşumunda yer almaktadır. Kadmiyum kimyasalı ise böbrekleri ve damarları hedef almaktadır. Formaldehit, akciğer ve solunum yollarını için ciddi rahatsızlık doğurmaktadır. Sigaranın için de krom, karbonmonoksit, hidrojen siyanür, nitrojen oksit, amonyak gibi birçok tehlikeli kimyasal bulunmaktadır (Özcan, Taş ve Çetin,.2013, s.162).

Bağımlılığın sonlanmasıyla vücut da iyileşmeler gözükmektedir. İlk yirmi dakikada kan basıncı ve vücut ısısı olması gereken aralığa ulaşmaktadır. Bir gün sonrasında vücut da karbonmonoksit oranı düşmektedir. İki hafta sonrasında balgam oluşumunda ciddi azalma meydana gelmektedir. Üç ay sonrasında artık öksürük oranı azalmıştır. Birey kendini daha dinç ve kuvvetli hissetmeye başlar. Sigaranın doğrudan müdahil olduğu organlarda da iyileşmeler gözükmektedir. Kaliteli bir şekilde tat ve koku aldığını hissederek daha kolay şekilde nefes alıp verir. Bir yıl sonrasında kalp, damar, akciğer gibi organlarda oluşabilecek rahatsızlıkların ihtimalleri düşer. Beş on yıl sonrasında kalp ,damar, mesane gırtlak gibi organlarda oluşabilecek kanser oranı yarıya düşer (Daşçı, 2002, s.56-58).

2.2.Depresyon

Depresyonun tanımı, tanı kriterlerine, epidemiyolojisi ve etiyolojisine değinilecektir.

2.2.1.Depresyonun Tanımı

Duygudurum, kişinin değerlendirme ve dünyaya bakış açısında etkili olan duygu tonudur. Duygudurumun yansıması ise duygulanımdır. Duygudurumun yüksek,

normal ve çökkün hali vardır. Depresyon duygudurum çökkündür. Görülme sıklığı yüksek olan bir duygudurum bozukluğudur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011, s.65). Kişi de üzüntü, bunaltı, alışkanlıklarından zevk almama, cinsel isteksizlik ve yorgunluk görülmektedir. Değersizlik, güçsüzlük, konsantrasyon zorluğu eşlik etmektedir (Kumar, Srivastava, Paswan ve Dutta, 2012, s.37).

Psikiyatride depresyonun üç farklı tanımı olduğu belirtilmektedir. Bu tanımlardan ilki normal bireylerinin yakınının kaybetmesi ve sonrasında oluşabilecek duygusal çökkünlük halini ifade etmektedir. Bu ilk tanımdan anlaşılacağı üzere normal bireylerde de görülebileceği yaşam olaylarına ve çevresel değişikliklere verilebilecek doğal bir tepkidir. İkinci anlamına baktığımız zaman ruhsal belirti olarak günlük yaşamı etkileyecek oran da üzüntü ve mutsuzluğun baskın olduğu duygudurumdur. Burada belirtmek istenen depresyon çeşitli ruhsal sorunlar ve medikal sorunlar ile de gözükmemektedir. Son anlamında depresyon ise özgül bir ruhsal sorunu ifade edebilmektedir (Türkçapar, 2004 ,s.12). Bu anlamda belli semptomlar ile döngüsel bir ruhsal sorunu ifade etmektedir (Klerman, 1989, s.1726-1745).

Ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın kullanılan tanı sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemidir (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V). Bu sınıflamaya göre depresif rahatsızlıklar;

- *Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu,*
- *Majör Depresif Bozukluk*
- *Süregiden Depresif Bozukluk (Distimi)*
- *Aybaşı Öncesi*
- *Disfori Bozukluğu*
- *Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk,*
- *Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresif Bozukluk,*
- *Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk ve Tanımlanmamış Depresif Bozukluğu* olarak incelenir (APA, 2014).

2.2.2. Depresyon Tanı Kriterleri

En az iki hafta devam eden çökkün duygudurumu, ilgi yitimi veya zevk almayarak aşağıda belirtilen beşi yada daha fazlası görülmesi ve işlevsellik düzeyinde

değişiklik görülmektedir.Bu belirtilerin diğer tıbbi hastalıklar ile sebebiyle ortaya çıkmamalıdır.

- *Kendisinin veya başkalarınınca gözlenen çökkün duygudurumun her gün yada günün büyük bir bölümünde görülmesidir.*
- *Günlerinin çoğunda hemen hemen her etkinliğe karşı belirgin ilgi azalması ve zevk almaması*
- *Yeme isteğinin azalması ve diyet gibi kilo verme ya da almayı amaçlayan davranışlar haricinde kilo vermek ya da almak*
- *Günlerinin çoğunda aşırı uyu veya uykusuzluk çekmek*
- *Neredeyse her gün ajitasyon*
- *Bitkinlik*
- *Değersizlik duyguları*
- *Günlerinin çoğunda dikkatini toplayamam ve kararsızlık yaşamak*
- *Yineleyici şekilde ölüm düşünceleri ve intihar tasarlama ya da kalkışmalarında bulunmak (Koroğlu, 2013, s.67)*

Ayrııcı Tanı: Depresyondaki hastanın değerlendirilmesinde her hangi bir bozukluğa ve ilaçla ilişkili olmaması gerekir (Yalçın ve Öztürk, 2016, s.250-258).

2.2.3.Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, tanımlandığı günden bugüne kadar psikiyatrik bozukluklar arasında en fazla tanı olan psikiyatrik bozukluktur (Göktaş ve Özkan, 2006, s.30-37). Yaşam boyu görülme sıklığı ergenlerde %6.2, yetişkinlerde %19 olup en çok iş gücü ve maddi kayba neden olan bir hastalıktır (Kessler ve Bromet, 2013,s.38) Dünya’da 350 milyon bireyin depresyon sürecini geçirdiği tahmin edilmektedir. Depresif bozuklukların neden olduğu en önemli sorun ise özkıyımdır.2012 yılında 805.000 kişi özkıyım sebebiyle hayatını kaybetmişken 20 katı kadar kişide intihara kalkıştığı bildirilmektedir (DSÖ,2014).Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı açısından evrensel bir sağlık sorunudur.2002 yılında yapılan bir çalışmada tüm hastaların hastalık yükünü %4.5 ile depresyonla açıkladığı tespit edilmiştir (Yalvaç, 2012 s.12). Türkiye’de depresyon görülme sıklığı %8-20 bandında olduğu bildirilmiştir (Işık, Işık ve Taner,2013).

Her beş kişiden birinde yaşamlarının bir döneminde depresyon sürecini geçiriyor. Araştırmalar da her yüz erkekten üçünde kadınlarda ise altısında depresyon tespit edilmiştir (Metel,2008, s.4). Depresyon geçirme olasılığını artıran faktörler aşağıda belirtilmiştir:

- Ailede depresyon geçiren birey
- Depresyon öyküsü
- Tıbbi kronik hastalık
- Stresör yaşam olaylarına müdahil olmak (boşanma, işsizlik vb.)
- Çocuk sahibi olmak
- İntihar geçmişinin olması
- Kadın cinsiyetinde olmak
- Madde kullanmak
- Düşük sosyal destek
- Ekonomik durumda zorluk

2.2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Tek başına oluşabileceği gibi bir başka hastalık ilede beraberde görülebilir. Doğum sonrası, ilaç ve alkol kullanımı ile de oluşabilmektedir. Sosyal hayat da karşılaşılan günlük olaylarda işten çıkarılma boşanma gibi durumlar sonrsındada görülmektedir. Bundan sebeptir ki biyolojik, genetik ve psikososyal etmenlerin önemi üzerinde durulmaktadır.

2.2.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktör

Çok sayıda çalışmada duygudurum bozukluklarında biyolojik anormallikler tespit edilmiştir. Biyolojik etmenlerde dikkat çeken serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerin işlevsel bozuklukluğu önem taşımaktadır. Beyindeki bu değişimler depresyonun doğrudan oluşumunda etkili olmaktadır (Işık, Işık ve Taner, 2013). BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) beyinin doğal antidepresanı olarak bilinmektedir. BDNF uzun süreli stres ile miktar düşüklüğüne giderek duygudurum bozuklukları olabilmektedir. Serotonin, noradrenalin, dopaminin ve glutamerjik sistemlerin depresyonun oluşumunda etkisi vardır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016, s.56).

Evlalık çalışmalarında depresyonu olan çocukların anne ve babalarının depresyon geçmişlerinin var olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalar ışığında ailesel bir gidiş olduğu görülmekte ve sağlık aile kıyasla 3 kat daha fazla depresyon geliştirmesi

saptanmıştır. Aksi bulgular da bulunmaktadır(Tarhan,1993, s.175-200). Yapılan ikiz kardeşler araştırmalarında majör depresyon kalıtım geçişlerinin %30-45 oranında aktarım olduğu belirlenmiştir (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000, s.62). Depresyon da gen çevre ilişkisi önem taşıdığı genetik yatkınlık çevrede olan stresörlere maruz kalındığında depresyon geçirme ihtimali artmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan şiddet, istismar, temel ihtiyaçlarının giderilmemesi önemli çevresel risk faktörü olmaktadır.

2.2.4.2.Psikososyal Faktör ve Kuramsal Yaklaşımlar

Majör depresif bozukluğun başlaması ve gelişmesinde yaşam olayları etkili olmaktadır. Yaşanan kayıplar, cinsel istismar, şiddete maruz kalmak ve aile içi sorunların görülmesi depresyona neden olmaktadır.

Klasik psikanalitik kuram, anne-bebek ilişkisindeki sorunların ileride depresyona neden olacağını öne sürmüştür. Depresyonda nesne kaybının üzerine odaklanarak kaybedilen sevgi nesnesine karşı kişi de olumsuz duygu hali oluşabilmektedir (Çevik ve Vatan, 1993, s.109-122). Kaybettiği nesneye karşı içinde yas durumundan farklı olarak kendine kızgınlık suçluluk hissetmektedir. Bu olumsuz duyguların içe atılımı ile de depresyon gerçekteşir. Duyguların güçlü olması ve depresyonun ağır olması ile intihara sebep olmaktadır.

Bilişsel kurama göre depresyon gelişiminde psikoanalitik, davranışçı ve biyolojik yaklaşımları yetersiz görmüştür. Beck depresif hastaların yatkınlıklarının var olduğunu ve bu yatkınlığın çocukluk yıllarından gelmekte olduğunu belirtir. Beck depresyonun gelişiminde bilişsel üçlüye vurgu yapmaktadır. Bu üçlü diye belirtilen kişinin kendisi, şimdi yaşadığı olaylar ve geleceğini kapsamaktadır. Kişi kendisini, yaşadıklarını ve geleceğini olumsuz olarak değerlendirmektedir. Sıkıntılarının sonsuza kadar yaşayacağı düşünceindedir. Bu düşüncelerin oluşması ve sürmesinde bilişsel şemalar etkili olmuştur. şemalar çocukluk yıllarında gelişen temel düşünceler ve değerler ile şekil olarak oluşmaktadır. şemalar olayların değerlendirmesinde etkili olmuştur. Hafif depresyonda kişi olumsuz düşünceleri yani şemalarını daha kolay değerlendirirken ağır depresyonda nesnel değerlendiremez Hastanın olumsuz düşünceleri sürdürmesinde bilişsel hatalar yüzünden devamlılık gösterir. (Arkar, H. 1992, s.37).

Davranışçı kurama göre depresyonla baş çıkılmama sebebi geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranıştır. Deneyler de köpeklere bir yandan azami

düzeyde elektrik verilirken bir yandan kaçma davranışları engellenirse bir süre sonra kaçmak için mücadele vermedikleri görülmektedir. Buna öğrenilmiş çaresizlik denmektedir. Seligman bu deneye göre insanların yoğun stres altında yaşamaları ve bu durumlara karşı verdikleri tepki yanıtsız kalmasından doğan süreç olarak depresyonu işaret etmektedir. Davranış ve sonuç arasında bağlantısızlık asıl olandır (Hovardaoğlu, 2017, s.221).

2.3.Aleksitimi

Bu bölümde tanımı, belirtileri ve özellikleri, seyri ve etiyojisi incelenecektir.

2.3.1.Aleksitimi Tanımı

Yunanca kökenli olan aleksitimi kelime anlamı olarak a:yok, lexis:söz, thymos:duygu anlamına gelen kelimelerin birleşimidir. Türkçe'ye 'duyguların için söz yokluğu' anlamında çevrilmiştir (Dereboy,1990, s.157-165). Terimi literatüre kazandıran Sifneos olmuştur (Sifneos,1996,s.137-142).Aleksitimi, duygularını başkalarına tanımlamada ve tanımlamada güçlükleri, kötü bir fantezi yaşamını ve dışa dönük bir bilişsel stili içermektedir (Luminet, de Sousa Uva, Fantini ve de Timary, 2016,s.28-38)

İlk olarak psikosomatik hastalarda değerlendirilen belirtileri açıklamak için kullanılmaktaydı ancak günümüzde sağlıklı bireylerde de görülmektedir. Aleksitimi de en sık dikkat çeken duygularını fark edip ifade edememesidir. Kişiler arasında etkileşimde zayıflık görülerek duygu ve düşünceleriyle ilişki kuramayıp ifade edememektirler (Sifneos, 1988, s.287-293).

Aleksitimi en yalın haliyle duygu körlüğü anlamına gelmektedir (Koçak,2002, s.186).Aleksitimi, bedensel duyularında ayırt edilmesinde, empati yoksunluğu ve fantezi dünyasındaki kısırlık gibi etkenler ile de görülmektedir (Nemiah, 2000 s.299-303).Aleksitimi de birey içe vuruk düşünmeye eğilimi göstermektedir. Birey çevresi ile uyumlu gibi gözükmeye çalışsa da kendi ruhsal gerçekleri ile çok az ilişki içindedir (Dereboy,1990, s.157-165).

2.3.2.Aleksitimik Belirtiler ve Özellikleri

Birey toplum içinde yaşayan konuşarak iletişim kuran varlıktır.Aleksitimi tanımlı birey çevreye uyumlu gibi gözükmese de kendi içine yabancısıdır.Duygularını tanıyamadığı gibi bunları ifade etmekte de güçlük yaşamaktadır.Duygularını ifade edemeyince beden kendini ifade etmek ister.Bu şekil ile oluşan belirtilerde somatik

yakınmaların oluşmasını sağlamaktadır(Cooper, McCausland, ve Theodossiou, 2006,s.273-297).Aleksitimi ilk zamanlarında psikosomatik hastalıklardaki belirtiler arasında yorumlanırken artık birçok rahatsızlığın seyrinde görülmektedir. Aleksitimi tanımlamaları ardına özelliklerine bakacak olursa çalışmalar sonucunda 4 ana başlık altında ifade edilmiştir (Sifneos, 1988, s.287-293).

2.3.2.1. Duyguları tanıma, ayırt etme ve ifade etmede zorluk

İlk olarak ‘duyguları fark etmede, ifade etmede ve söylemekte yaşanan güçlük’dür. Sifneos’un aleksitimi kavramının ana hattı olan duyguları ifade etme de kişinin yaşadığı zorluktur. Aleksitimi tanılı bireylere ağır yaşam olayları sonrasında hangi duyguları yaşadınız sorusuna fiziksel belirtilerini ya da soruyu anlayamadıklarını ifade etmektedirler. Aleksitimik kişiler olumlu duyguları daha az yaşayıp hissederken olumsuz duyguları daha net yaşadıkları saptanmıştır.

2.3.2.2. Hayal kurmada güçlük

İkinci ortak özellik olarak ‘hayal kurmada zorluk’dur. Aleksitimik kişiler hayal kurmak da zorluk çekerek hayallerini dile dökmemektedirler. Aleksitimi tanılı bireylerde rüyalarında ne gördükleri sorulduğunda çoğunlukla hatırlamadıklarını aktarmaktadırlar (Sifneos, 1988, s.287-293).

2.3.2.2.İşevuruk düşünme

Aleksitiminin üçüncü belirtisi işevuruk düşüncedir. Burada kastedilen bireyler sorunlara somut ve yüzeysel yaklaşmaktadır. Soyut şekilde düşünüp çözüm yollarını düşünmemektedirler. Sorunların kökeninden ziyada kesin ve hızlı çözümler bulma eğilimindedirler.

2.3.2.3.Dış merkezli bilişsel yapı

Aleksitiminin dördüncü ana özelliğinde bireyler dış merkezli bilişsel yapıdadır. Üçüncü özellik de bahsedilen işevuruk düşünce birey kendi iç dünyasındaki istekleri duygularında uzak olduğu için dış dünyaya kendilerini yönlendirirler. Çevresiyle uyum içinde sorunsuz bir hayat sürüyor gibi gözükmemektedirler (Taylor, Bagby ve Parker,1991,s.153-164).Bu özellikten dolayı birey çevrede ki kişilerce uyumlu sorunsuz görünür ama bu yalancı bir uyum (Pseudoconformity) olarak bilinmektedir.

2.3.3.Aleksitiminin Seyri

Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalarda aleksitiminin daha çok incelendiği gözükmemektedir.Aleksitimi ilk olarak psikosomatik rahatsızlıklarda ki belirtiler olarak

görülmekteydi. Günümüz çalışmalarında psikosomatik rahatsızlıklar değil; depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları gibi rahatsızlıklarda da görülmektedir (Epözdemir, 2012, s.28).Ülkemizde yapılan çalışmalarda irritabl barsak sendromu ,alopesi areata, mastalji ,obezite ve konversiyon bozukluğu (Çelikel ve Saatçioğlu, 2002, s.51-66) rahatsızlıklara eşlik ettiği görülmektedir.Bu örneklem grupları haricinde kalan sağlıklı bireylerde de görülmektedir.

Demografik değişkenler incelendiğinde;düşük eğitim seviyesi ile ilişkili bulunmaktadır.Cinsiyet farklılıklarında anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Batigün ve Büyüksahin, .2008,s.3).Kişinin yaşayacağı travmatik yaşantılar sonrasında da aleksitimin gelişebileceği çalışmalar gözlenmiştir (Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearlstein ve Simpson, 1996,s.195-205). Freyberger (1977), aleksitimiye farklı bir açıdan bakmıştır.Hem geçiçi hem kalıcı bir rahatsızlık olarak değerlendirmiştir.Birincil aleksitimi olarak nitelendirdiği kişilik özelliklerinden gelen yani kalıcı bir rahatsızlık olup psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirmiştir.İkincil aleksitimi ise geçiçi bir rahatsızlık olarak görür.Aldatma, işden ayrılma gibi travmatik olaylar ardına yaşanan geçiçi bozukluk olarak değerlendirir. Aleksitiminin görülme sıklığı araştırmalarında en güncel tarihli çalışma Tolmunen, Heliste, Lehto, Hintikka, Honkalampi ve Kauhanen (2011) tarafından sağlıklı bireyler dahil olarak %26 oranında bulunmuştur.

2.3.4.Alektiminin Etiyolojisi

Bilişsel yaklaşım, psikanalitik yaklaşım, sosyal öğrenme yaklaşımı ve nörofizyolojik yaklaşımı olmak üzere 4 başlıkta açıklanacaktır.

2.3.4.1. Bilişsel Yaklaşım

Piaget'in kuramından yola çıkan Lane ve Schwartz (1987) duyguların ayrışması üzerine durmuşlardır. Piaget' in bilişsel gelişimin ilk adımı olan duyguların oluşumundaki bilişsel değerlendirme Lane ve Schwartz'a göre bu ilk aşamada takılı kalan kişiler aleksitimiye yatkın olduğu belirtmişlerdir. Bilişsel terapiye göre bireyler hayatlarındaki tecrübelerinden genellemeler sayesinde düşünce yapısı geliştirirler. Bu düşüncelerin tekrarlanması ile şemalarımız oluşmaktadır. Oluşan şemalar dış dünyanın algılanıp davranış geliştirmesinde büyük rol oynamaktadır. Beck psikolojik rahatsızlıkların temelinde iç ve dış dünyanın uyarılarının yanlış yorumlanması ile oluştuğu görüşündedir. Bu işlevsel olmayan düşünce yapısındaki çarpıklıklar duygu

ve davranışı etkileyerek aleksitimik özellikler sergilenmesi ile açıklanmaktadır. (Şaşıoğlu, Gülol ve Tosun,2014,s.22-31).

2.3.4.2.Psikanalitik Yaklaşım

Freud çocukluk yaşantıların önemini vurgulamıştır. Çocukluk yıllarında yaşanan travmatik olayların etkisine bağlı olarak duyguların tanımlanıp ifade edilmemesi olarak görmektedir. Bunun sonucunda da psikosomatik durumların oluşacağını vurgulamaktadır. Aleksitimik kişilerin bebeklik ve çocukluk yıllarında aile üyeleri ve özellikle anne ile duygusal iletişim geliştirememesi ortak özellik olarak görülmektedir (Krystal,1979,s.17-31).Bağlanma kuramı üzerine yapılan çalışmalar mevcuttur.Bağlanma kuramında güvenli ve güvensiz bağlanma şekilleri vardır.Güvenli bağlanma birincil bakım veren kişilerin bebeğin ihtiyaçlarını tam zamanında gidermesi olurken güvensiz bağlanma bunun tam aksidir.Güvensiz bağlanma ile büyüyen çocuklar kendini güvende hisstemeyerek düşüncelerini duygularını ifade etmekte zorlanırlar.Aleksitimi ve güvensiz bağlanma ile ilgili çalışmalarda pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir(Spitzer, Siebel-Jürges,Barnow,Grabe ve Freyberger,2005, s.240-246)

2.3.4.3.Sosyal Öğrenme Yaklaşım

Bireyler hayatlarını sürdürürken aktif katılımcılar olarak değerlendirmektedir. İkili ilişkiler içinde bulunarak gözlem ve rol model olarak yeni deneyimlere adım atar. Ailede duygularını ve düşüncelerini ifade etmek yerine bastırmaları veya bedensel tepkiyle ifade etmek öğretilmesi aleksitimiye yatkınlık görüleceği vurgulanmaktadır.

2.3.4.4.Nörofizyolojik Yaklaşım

Aleksitiminin nörofizyolojik açıklamalarını sağlayan birçok araştırma yapılmıştır. Psikosomatik bozukluk tanılı hastaların limbik sistem ve neokorteks arasında bağlantılarda kopukluk olduğu tespit edilmiştir. Duyusal uyaralar duygusal yaşantılara dönüşmeyerek duygu ifade edilememesine ve bedensel tepkiler geliştirmesine sebep olmaktadır (Koçak, 2002,s.186).

2.4.Sigara Bağımlılığı ve Depresyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki

Hayatımızın birçok alanına etki eden tütün kullanımı son yıllarda kullanım oranının artması ve tek başına ölüm nedenleri arasına girmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerinde her yıl sigaraya bağlı 4 milyon bireyin hayatı son bulmaktadır. Sigaranın nasıl beden sağlığına doğrudan zararı varsa ruh sağlığına da doğrudan etkisi vardır. Sigara bağımlılığı ile bu ruhsal hastalıkların görülme oranı artmaktadır.

- Depresyon
- Şizofreni
- Panik atak
- Sosyal fobi
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Anksiyete bozukluğu
- Psikotik bozukluklar

Sigara bağımlılığı ve depresyon arasında bir ilişki olup olmadığı birçok araştırmacı tarafından konu edinmiştir. Bu çalışmada ise sigara bağımlılığı; depresyon ve aleksitimi rahatsızlıkları çerçevesinde incelenecektir.

Yaşamının belli bir döneminde majör depresyon geçirmiş bireyler sigara kullanma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bunun ile birlikte sigara bağımlısı olan bireylerin depresyon geçirme olasılığının bağımlı olmayan bireylere göre daha risklidir (Kamışlı, Karatay, Terzioğlu ve Kublay, 2008,s.7-16)

400 öğrencinin katıldığı araştırmada sigara kullanan öğrencilerin depresyon skorlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Atmaca, M. 2015).Bir başka çalışmada hasta olmayan, sigara içen ve içmeyen 1057 kişi ile görüşülerek depresyon ilişkisi gözden geçirilmiştir. Sigara içen kişilerin depresyon öykülerinin olduğu görülmüştür. Sigara içen ve içmeyen kişiler kıyaslandığı bu çalışmada sigara içen kesimin duygudurum bozuklarının daha çok olduğu saptanmıştır. (Black, Zimmerman ve Coryell,1999,s.129-136).

Aleksitimi ve sigara bağımlılığı konusunda literatür çalışmalarında yeterince bir çalışma olmadığı gözükmektedir. Çalışmalardan ilki 1994 yılında yapılmıştır. Aleksitimi'nin sigara bağımlılığı ve bırakılmasındaki ilişkisi incelenmiştir. 67 bireyin değerlendirmesi sonucunda aleksitiminin sigara bağımlılığı ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (Lumley, Downey, Stettner, Wehmer ve Pomerleau, 1994,s.156-162). Hamilelik sürecinde olan sigara içen ve içmeyen kadınların duygudurumu değerlendirilerek aleksitimi ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada yaş ortalarını 25 olan 73 kadın değerlendirilmiştir. Aleksitimi düzeyinin yüksek olan grup da depresyon, kaygı ve öfke seviyesinin daha yüksek olduğunu ortaya çıkmıştır. Çalışmada sigara bağımlılığı ve aleksitimi değerlendirmesinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Linn, Stasiewicz, Fillo ve Bradizza, 2020, s.1113-1121).

Varşova da yapılan bir çalışmada sigara içen ve içmeyen bireylere aleksitimi ve depresyon düzeylerini incelen bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya 46 kişi katılarak 22 sigara içen 24 sigara içmeyen bireyler bulunmaktadır. Araştırma sonucunda sigara içen bireylerin depresyon ve aleksitimi puanları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Aleksitimi alt ölçeklerinden olan duyguları tanımlamada güçlük ve duyguları iletmede güçlük puanları yüksek çıkarken dışadönük düşünmede hiçbir fark görülmemiştir (Grabowska, Targowski, Rozyńska, Mierzejewska ve From,2005, s.1004-1006).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin aleksitimi ve depresyon düzeylerinin ilişkisi incelenecektir. Araştırmada ilişkisel araştırma yöntemi kullanılacaktır. Sigara kullanan kişilerin aleksitimi ve depresyon düzeyleri ile sigara kullanmayan kişilerin aleksitimi depresyon düzeylerinin ilişkisel sonucunu araştırılacaktır. Sosyodemografik veri formu ile ilişkilerin benzerlik farklılık düzeylerini incelenecektir. Katılımcıların bağımlılık düzeylerinin ölçülmesinde Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği kullanılacaktır. Depresyon düzeylerinin ölçülmesinde Beck Depresyon Ölçeği aleksitimi düzeylerinin ölçülmesinde Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 kullanılmıştır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya pandemi (Covid-19 salgınıyla) sebebiyle online şekilde katılım sağlanarak belli bir bölge veya yeri kapsamayı Türkiye genelinde uygulanmıştır. Araştırmada rastgele örneklem uygulanmaktadır. Araştırmaya 18 yaş üzeri katılımcılar dahil olmuştur. Araştırma da bilgi onay formunu kabul edip ve verileri geçerli 405 katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

Araştırmaya Katılım Kriterleri

- 18 yaş üzeri bireyler katılım sağlayabilmektedir.
- Sigara kullanan veya sigara kullanmayan her birey katılım sağlayabilmektedir.
- Okur yazar düzeyinde olan bireyler katılım sağlayabilmektedir.

3.3.Araştırma Veri Toplama Araçları

Çalışma sürecinde kullanılan araçlar aşağıda listelenmiştir. Ek bölümünde gösterilmiştir.

- Demografik Veri Formu
- Fagerström Nikotin Bağımlılığı Ölçeği
- Beck Depresyon Ölçeği
- Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

Sigara bağımlılığı ile aleksitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışmada kullanılan ölçeklere ait güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
FNBÖ	6	0,960
BDÖ	21	0,905
TAÖ	20	0,841
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	7	0,880
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	5	0,679
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	8	0,449

3.3.1. Demografik Veri Formu

Bilgi onam formu sonrasında yer alan sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum, kronik rahatsızlığı, sigara kullanımı ve buna bağlı olarak sigara kullanıyorsa kaç yıl kullanıldığı sorulmuştur.

3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Ölçeği

Araştırmada kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılığı Ölçeği nikotin bağımlılık düzeyini ölçmek için uygulanmıştır. Fagerstrom tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Kapalı uçlu 6 sorudan oluşup puanların toplanması ile değerlendirilmektedir. Değerlendirilmesinde:

0-2 puan: Çok az bağımlılık düzeyi,

3-4 puan: Az bağımlılık düzeyi,

5 puan: Orta derecede bağımlılık düzeyi,

6- 7 puan: Yüksek bağımlılık düzeyi,

8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık düzeyi anlamına gelmektedir.

Ölçek sonunda alınan toplam puan artımı bağımlılık düzeyinin artığını göstermektedir. Türkiye geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Uysal ve arkadaşları

tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Uysal, Kadakal, Karşıdağ, Bayram, Uysal ve Yılmaz, 2004, s.115-121).

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Araştırmada depresyon düzeyini belirlemek için kullanılmıştır. Ölçek depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde her yanıt 0 ve 3 arasında puan verilmektedir. Değerlendirilmesinde:

0-9 puan: depresif değil,

10-16 puan: hafif depresyon,

17-29 puan: orta depresyon

30-63 puan ağır depresyon şeklinde 4 gruba ayrılmıştır.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik güvenirlik çalışmalarını Hisli (1989) ve Tuğlu (2004) tarafından yapılmıştır (Hisli,1989,s.3-13).

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ)

1998 senesinde aleksitimi için ilk kez Taylor ve arkadaşları tarafından uygulanmıştır. Günümüz halindeki kullanımı Bagby ve arkadaşları tarafından kısaltılarak yeniden düzenlenmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekleri ve hangi sorular ile değerlendirildiği belirtilmiştir. Duyguları tanımada güçlük 1,3,6,7,9,13,14 numaralı maddeler aracılığıyla ölçülmektedir. Duyguları söze dökmeye güçlük ile bağlantılı maddeler ise 2,4,11,12,17'dir. Dışa dönük düşünme ile ilgili olan 5,8,10,15,16,18,19,20 numaralı maddelerdir. 2009 senesinde Türkiye geçerlilik güvenirlik çalışmasını Güleç ve Yenel (2010) tarafından yapılmıştır. Bu ölçümde likert tipi olarak 1-5 arasında puanlama verilerek yapılmaktadır.

3.4. Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi

Araştırmada kullanılan ölçeklere ve alt ölçeklere ait güvenirlik analizleri Conbach's Alpha hesaplanarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin dağılımı Kormogorov-Smirnov Normallik Testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılmadıkları görülmüştür. Normallik analizine ilişkin sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre bağımlı nicel değişkenlerin ikili grup kıyaslamaları için Mann-Whitney U Testi ve ikiden fazla kategoriye sahip grupların kıyaslamaları için de Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Ayrıca ikiden fazla kategoriye sahip ordinal grupların kıyaslamaları için Jonckheere-

Terpstra Testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare Testi ve nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

Tablo 2. FMBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Normallik Analizi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Kormogorov-Smirnov		
	İstatistik	n	p
FNBÖ	0,110	174	0,000
BDÖ	0,117		0,000
TAÖ	0,091		0,000
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	0,110	404	0,000
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	0,128		0,000
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	0,073		0,000

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Frekans Analizi

Araştırmada demografik değişkenlerin analizi yapılarak sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların %29,4’ü sigara kullanmaktadır, %70,6’sı sigara kullanmamaktadır. Erkeklerin %62,7’si sigara kullanmaktadır, %37,3’ü sigara kullanmamaktadır. 25 yaş ve atındaki katılımcıların %33,3’ü sigara kullanmaktadır, %66,7’si sigara kullanmamaktadır. 26–30 yaş arasındaki katılımcıların %42,0’ı sigara kullanmaktadır, %58,0’ı sigara kullanmamaktadır. 31 – 38 yaş aralığında katılımcıların %58,1’i sigara kullanmaktadır, %41,9’u sigara kullanmamaktadır. 39 yaş veya üzeri katılımcıların %51,3’ü sigara kullanmaktadır, %48,7’si sigara kullanmamaktadır. İlkokul veya ortaokul mezunu katılımcıların %93,8’i sigara kullanmaktadır, %6,3’ü sigara kullanmamaktadır. Lise mezunu katılımcıların %63,3’ü sigara kullanmaktadır, %35,7’si sigara kullanmamaktadır. Lisans mezunu katılımcıların %39,7’si sigara kullanmaktadır, %60,3’ü sigara kullanmamaktadır. Lisansüstü mezunu olan katılımcıların %25,0’ı sigara kullanmaktadır, %75,0’ı sigara kullanmamaktadır. Bir işte çalışan katılımcıların %48,5’i sigara kullanmaktadır, %51,1’, sigara kullanmamaktadır. Bir işte çalışmayan katılımcıların %35,2’si sigara kullanmaktadır, %64,8’i sigara kullanmamaktadır. Evli katılımcıların %49,7’si sigara kullanmaktadır, %50,3’ü sigara kullanmamaktadır. Bekar katılımcıların %38,6’sı sigara kullanmaktadır, %61,4’ü sigara kullanmamaktadır. Kronik hastalığı olanların %53,2’si sigara kullanmaktadır, %46,8’i sigara kullanmamaktadır.

Tablo 3. Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi Sonuçları

Değişken	Sigara Kullanımı			
	Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	n	%
Kadın	70	29,4	168	70,6
Erkek	104	62,7	62	37,3
Toplam	174	43,1	230	56,9
25 yaş veya altı	57	33,3	114	66,7
26 – 30 yaş	34	42,0	47	58,0
31 – 38 yaş	43	58,1	31	41,9
39 yaş veya üzeri	40	51,3	38	48,7
Toplam	174	43,1	230	56,9
İlkokul – ortaokul	15	93,8	1	6,3
Lise	36	63,3	20	35,7
Lisans	108	39,7	164	60,3
Lisansüstü	15	25,0	45	75,0
Toplam	174	43,1	230	56,9
Çalışanlar	116	48,5	123	51,5
Çalışmayanlar	58	35,2	107	64,8
Toplam	174	43,1	230	56,9
Evli	81	49,7	82	50,3
Bekar	93	38,6	148	61,4
Toplam	174	43,1	230	56,9
Kronik hastalığı olanlar	25	53,2	22	46,8
Kronik hastalığı olmayanlar	149	41,7	208	58,3
Toplam	174	43,1	230	56,9

4.2. Betimsel İstatistikler

Araştırmada katılımcılara uygulanan ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler hesaplanarak, sonuçlar Tablo 4’de sunulmuştur.

Araştırmaya 230 sigara kullanmayan ve 174 sigara kullanan katılımcı katılmıştır. Sigara kullanan katılımcıların FNBÖ ortalaması 4,35, standart sapası $\pm 2,93$ ve ortancası 4,00'tür. Sigara kullanan katılımcıların BDÖ ortalaması 15,25, standart sapası $\pm 9,56$ ve ortancası 13,00'dir. Sigara kullanmayan katılımcıların BDÖ ortalaması 9,56, standart sapası $\pm 7,56$ ve ortancası 8,00'dir. Sigara kullanan katılımcıların TAÖ ortalaması 53,07, standart sapası $\pm 12,53$ ve ortancası 53,00'tür. Sigara kullanmayan katılımcıların TAÖ ortalaması 47,7, standart sapası $\pm 11,48$ ve ortancası 45,00'tir. Sigara kullanan katılımcıların TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük ortalaması 18,25, standart sapası $\pm 7,05$ ve ortancası 18,00'dir. Sigara kullanmayan katılımcıların TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük ortalaması 14,80, standart sapası $\pm 6,21$ ve ortancası 13,00'tür. Sigara kullanan katılımcıların TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ortalaması 13,25, standart sapası $\pm 4,58$ ve ortancası 12,00'dir. Sigara kullanmayan katılımcıların TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ortalaması 12,13, standart sapası $\pm 3,79$ ve ortancası 12,00'dir. Sigara kullanan katılımcıların TAÖ- Dışa Dönük Düşünce ortalaması 21,57, standart sapası $\pm 4,05$ ve ortancası 22,00'dir. Sigara kullanmayan katılımcıların TAÖ- Dışa Dönük Düşünce ortalaması 20,13, standart sapası $\pm 4,27$ ve ortancası 20,00'dir.

Tablo 4. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Sigara Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	Medyan
FNBÖ	Evet	174	4,35	2,93	4,00
	Hayır	230	.	.	.
BDÖ	Evet	174	15,25	10,28	13,00
	Hayır	230	9,56	7,56	8,00
TAÖ	Evet	174	53,07	12,53	53,00
	Hayır	230	47,07	11,48	45,00
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Evet	174	18,25	7,05	18,00
	Hayır	230	14,80	6,21	13,00
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Evet	174	13,25	4,58	12,00
	Hayır	230	12,13	3,79	12,00

Tablo 4. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Sigara Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	Medyan
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Evet	174	21,57	4,05	22,00
	Hayır	230	20,13	4,27	20,00

4.3.Hipotez Testleri

H1: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri farklılaşır.

Ki-Kare

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin yaş değişkeni bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5' te özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin yaşları farklılaşmaktadır ($X^2= 15,621$; $p=0,001<0,05$; Gramer's $V=0,197$).

Yaş gruplarına göre bu farklıklar incelendiğinde; 25 yaş ve altında sigara kullanan katılımcıların oranı %32,8 (n=57), sigara kullanmayan katılımcıların oranı %49,6 (n=114) olarak bulunmuştur. Yapılan sütun farklılıkları testi sonucunda, sütun oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 25 yaş ve altında sigara kullanan katılımcıların oranı, sigara kullanmayanlardan daha düşüktür. 26 – 30 yaş aralığında sigara kullanan katılımcıların oranı %19,5 (n=34), sigara kullanmayan katılımcıların oranı %20,4 (n=47) olarak bulunmuştur. Yapılan sütun farklılıkları testi sonucunda, sütun oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 31 – 38 yaş aralığında sigara kullanan katılımcıların oranı %24,7 (n=43), sigara kullanmayan katılımcıların oranı %13,5 (n=31) olarak bulunmuştur. Yapılan sütun farklılıkları testi sonucunda, sütun oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu yaş aralığında sigara kullananların oranı kullanmayanlardan daha yüksektir. 39 yaş ve üzerinde sigara kullanan katılımcıların oranı %23,0 (n=40), sigara kullanmayan katılımcıların oranı %16,5 (n=38) olarak bulunmuştur. Yapılan sütun farklılıkları testi sonucunda, sütun oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Yaş	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
25 yaş ve altı*	57	32,8	114	49,6	78	42,3
26 – 30 yaş	34	19,5	47	20,4	81	20,0
31 – 38 yaş*	43	24,7	31	13,5	74	18,3
39 yaş ve üzeri	40	23,0	38	16,5	78	19,3
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 15,621$; $p=0,001<0,05$; Gramer's $V=0,197$

* Sütün oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin cinsiyet değişkeni bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 6' da özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanımı cinsiyet değişkeninde farklılaşmaktadır ($X^2= 44,064$; $p=0,000<0,05$; Gramer's $V=0,330$). Araştırmaya katılan kadın katılımcılardan sigara kullananların sayısı 70, kullanmayanların sayısı 168'dir; erkek katılımcıların sigara kullananların sayısı 104, kullanmayanların sayısı 62'dir. Kadın katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullanan kadınların oranın (%40,2) sigara kullanmayan kadınların oranından (%73,0) daha düşük olduğu görülmektedir. Erkek katılımcılarda ise sigara kullanan erkeklerin oranının (%59,8) kullanmayan erkeklerin oranından (%27,0) daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkekler kadınlara göre daha yüksek bir oranda sigara kullanmaktadırlar.

Tablo 6. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Cinsiyet	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	70	40,2	168	73,0	238	58,9
Erkek	104	59,8	62	27,0	166	41,1
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 44,064$; $p=0,000<0,05$; Gramer's $V=0,330$

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin medeni durum değişkeni bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 7' de özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanımı medeni duruma göre farklılaşmaktadır ($X^2= 4,890$; $p=0,027<0,05$; Gramer's $V=0,110$). Araştırmaya katılan evli katılımcılardan sigara kullananların sayısı 81, sigara kullanmayanlarının sayısı 82'dir. Bekar katılımcılardan sigara kullananların sayısı 93, sigara kullanmayanların sayısı 148'dir. Evli katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranı (%46,6) sigara kullanmayanların oranından (%35,7) yüksektir. Evli katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranı (%53,4) sigara kullanmayanların oranından (%64,3) düşüktür. Evli katılımcıların daha yüksek oranda sigara kullandıkları görülmektedir.

Tablo 7. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Medeni Durum	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli	81	46,6	82	35,7	163	40,3
Bekar	93	53,4	148	64,3	241	59,7

Tablo 7. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Medeni Durum	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 4,890$; $p=0,027<0,05$; Gramer's $V=0,110$

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin çalışma durumu değişkeni bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 8' de özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanımı medeni duruma göre farklılaşmaktadır ($X^2= 7,131$; $p=0,008<0,05$; Gramer's $V=0,133$). Araştırmaya katılan çalışan katılımcılardan sigara kullanan 116 kişi, sigara kullanmayan 123 kişidir. Çalışmayan katılımcılardan sigara kullanan 58 kişi, sigara kullanmayan 107 kişidir. Çalışan katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranı (%66,7), sigara kullanmayanların oranından (%53,5) daha yüksektir. Çalışmayan katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullanım oranı (%33,3), sigara kullanmayanların oranından (%46,5) daha düşüktür. Çalışan grup, çalışmayan gruba göre daha fazla sigara tüketmektedir.

Tablo 8. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Çalışma Durumu Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Çalışma Durumu	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışanlar	116	66,7	123	53,5	239	59,2
Çalışmayanlar	58	33,3	107	46,5	165	40,8
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 7,131$; $p=0,008<0,05$; Gramer's $V=0,133$

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin eğitim durumu değişkeni bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 9’ da özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanımı eğitim duruma göre farklılaşmaktadır ($X^2= 36,286$; $p=0,000<0,05$; Gramer’s $V=0,300$). Araştırmaya katılan ilkokul ya da ortaokul mezunları içinde sigara kullananların sayısı 15 kişi, sigara kullanmayanların sayısı 1 kişidir. Bu grupta katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranının (%8,6), sigara kullanmayanların oranından (%0,4) olduğu görülmektedir. Sütun farklılıklardaki sonuçlar sigara kullan ve kullanmayan bireylerde ki farklılaşmaları ifade etmektedir. Çalışmada lise mezunları içinde sigara kullananların sayısı 36 kişi, sigara kullanmayanların sayısı 20 kişidir. Bu grupta katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranının (%20,7), sigara kullanmayanların oranından (%8,7) yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaya dahil olan lisans mezunları içinde sigara kullananların sayısı 108 kişi, sigara kullanmayanların sayısı 164 kişidir. Bu grupta katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranının (%62,1), sigara kullanmayanların oranından (%71,3) düşük olduğu görülmüştür. Yapılan sütun farklılıkları testi sonunda bu grupta sigara kullananların ve kullanmayanların oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Araştırmaya katılan lisansüstü mezunları içinde sigara kullananların sayısı 15 kişi, sigara kullanmayanların sayısı 45 kişidir. Bu grupta katılımcıların sigara kullanım oranlarına bakıldığında; sigara kullananların oranının (%8,6), sigara kullanmayanların oranından (%19,6) düşük olduğu görülmüştür. Yapılan sütun farklılıkları testi sonunda bu grupta sigara kullananların ve kullanmayanların oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 9. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul - Ortaokul*	15	8,6	1	0,4	16	4,0
Lise*	36	20,7	20	8,7	56	13,9
Lisans	108	62,1	164	71,3	272	67,3

Tablo 9. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Lisansüstü*	15	8,6	45	19,6	60	14,9
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 36,286$; $p=0,000<0,05$; Gramer's $V=0,300$
* Sütun oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin kronik hastalığa sahip olma değişkeni bakımından farklılaşıp farklılaşmadıkları Ki-Kare Testi ile test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 10' de özetlenmiştir. Buna göre sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumları farklılaşmamaktadır ($X^2= 2,223$; $p=0,136>0,05$).

Tablo 10. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Değişkenine Göre Ki-Kare Testi Sonuçları

Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Sigara Kullananlar		Sigara Kullanmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	25	14,4	22	9,6	47	11,6
Hayır	149	86,5	208	90,4	357	88,4
Toplam	174	100,0	230	100,0	404	100,0

$X^2= 2,223$; $p=0,136>0,05$

H2: Depresyon düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik ve psikolojik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşır.

H3: Aleksitimi düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik ve psikolojik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşır.

H4: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde aleksitimi puanlarında anlamlı bir fark vardır.

H5: Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde depresyon puanlarında anlamlı bir fark vardır.

Mann- Whitney U Testi

Araştırmaya katılan sigara kullanan katılımcıların FNBÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann- Whitney U Testi sonucuna göre FNBÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür ($U=2718,000$; $z=-2,847$; $p=0,004<0,05$). Buna göre erkek katılımcıların bağımlılık düzeyleri kadın katılımcılardan daha yüksektir. Analiz sonuçları Tablo 11’de özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaş farklılaşmadığı Mann- Whitney U Testi yapılmış ve tüm testlerde cinsiyete göre farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre erkek katılımcıların BDÖ puanları kadın katılımcılardan daha yüksektir, benzer şekilde erkek katılımcıların TAÖ puanı kadın katılımcılardan daha yüksektir. TAÖ alt boyutlarında da erkek katılımcıların puanları kadın katılımcıların puanlarından daha yüksektir. Tablo 11’de bu bilgiler ifade edilmiştir.

Tablo 11. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Cinsiyete Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	z	P
FNBÖ	Kadın	70	74,33	5203,00	2718,000	-2,847	0,004*
	Erkek	104	96,37	10022,00			
	Toplam	174					

Tablo 11. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Cinsiyete Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	z	P
BDÖ	Kadın	23 8	192,76	45877,0 0	17436,0 00	-2,009	0,045*
	Erkek	16 6	216,46	35933,0 0			
	Toplam	40 4					
TAÖ	Kadın	23 8	174,25	41470,5 0	13029,5 00	-5,826	0,000*
	Erkek	16 6	243,01	40339,5 0			
	Toplam	40 4					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Kadın	23 8	182,80	43507,5 0	15066,5 00	-4,065	0,000*
	Erkek	16 6	230,74	38302,5 0			
	Toplam	40 4					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Kadın	23 8	187,23	44560,5 0	16119,5 00	-3,158	0,002*
	Erkek	16 6	224,39	37249,5 0			
	Toplam	40 4					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Kadın	23 8	168,58	40121,5 0	11680,5 00	-7,010	0,000*
	Erkek	16 6	251,14	41688,5 0			
	Toplam	40 4					

* İstatistik 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmaya katılan sigara kullanan katılımcıların FNBÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre FNBÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (U=2813,500; z=-1,768; p=0,077).

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük ve TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük puan ortalamalarının çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiş ve analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak BDÖ ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre çalışmayan katılımcıların BDÖ puan ortalamalarının, çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (U=17272,500; z=-2,121; p=0,034<0,05). Çalışan katılımcıların TAÖ – Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının ise çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (U=16279,500; z=-2,988; p=0,003<0,05). Tablo 12’de bu bilgiler ifade edilmiştir.

Tablo 12. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	z	p
FNBÖ	Evet	116	92,25	10700,50	2813,500	-1,768	0,077
	Hayır	58	78,01	4524,50			
	Toplam	174					
BDÖ	Evet	239	192,27	45952,50	17272,500	-2,121	0,034*
	Hayır	165	217,32	35857,50			
	Toplam	404					
TAÖ	Evet	239	204,88	48967,50	19147,500	-0,494	0,621
	Hayır	165	199,05	32842,50			
	Toplam	404					

Tablo 12. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Evet	239	200,19	47846,00	19166,000	-0,479	0,632
	Hayır	165	205,84	33964,00			
Toplam		404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Evet	239	197,82	47278,00	18598,000	-0,974	0,330
	Hayır	165	209,28	34532,00			
Toplam		404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Evet	239	216,88	51835,50	16279,500	-2,988	0,003*
	Hayır	165	181,66	29974,50			
Toplam		404					

* İstatistik 0,05 anlamlık düzeyinde anlamlıdır,

Araştırmaya katılan sigara kullanan katılımcıların FNBÖ puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre FNBÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür ($U=2956,000$; $z=-2,461$; $p=0,014<0,05$). Buna göre evlilerin ortalama puanlarının bekarlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük ve TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük puan ortalamalarının medeni durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı Mann- Whitney U Testi ile değerlendirilmiş ve analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak TAÖ – Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($U=15742,000$; $z=-3,396$; $p=0,001<0,05$). Evlilerin puan ortalaması bekarlardan daha yüksektir. Tablo 13’de bu bilgiler ifade edilmiştir.

Tablo 13. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Medeni Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	Z	p
FNBÖ	Evli	81	97,51	7898,00	2956,000	-2,461	0,014*
	Bekar	93	78,78	7327,00			
	Toplam	174					
BDÖ	Evli	163	199,83	32572,00	19206,000	-,379	0,705
	Bekar	241	204,31	49238,00			
	Toplam	404					
TAÖ	Evli	163	202,95	33080,50	19568,500	-,063	0,949
	Bekar	241	202,20	48729,50			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Evli	163	194,16	31648,50	18282,500	-1,182	0,237
	Bekar	241	208,14	50161,50			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Evli	163	193,49	31539,50	18173,500	-1,279	0,201
	Bekar	241	208,59	50270,50			
	Toplam	404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Evli	163	226,42	36907,00	15742,000	-3,396	0,001*
	Bekar	241	186,32	44903,00			
	Toplam	404					

* İstatistik 0,05 anlamlık düzeyinde anlamlıdır,

Araştırmaya katılan sigara kullanan katılımcıların FNBÖ puan ortalamalarının kronik hastalığa sahip olma durumuna göre Mann-Whitney U Testi sonucuna göre tüm ölçek puanlarının anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (U=1711,000; z=-,654; p=0,513>0,05). Tablo 14’de bilgiler ifade edilmiştir.

Tablo 14. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Kronik Hastalık	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	Z	p
FNBÖ	Var	25	81,44	2036,00	1711,000	-,654	0,513
	Yok	149	88,52	13189,00			
	Toplam	174					
BDÖ	Var	47	203,06	9544,00	8363,000	-,035	0,972
	Yok	357	202,43	72266,00			
	Toplam	404					
TAÖ	Var	47	204,23	9599,00	8308,000	-,108	0,914
	Yok	357	202,27	72211,00			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Var	47	205,30	9649,00	8258,000	-,175	0,861
	Yok	357	202,13	72161,00			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Var	47	199,70	9386,00	8258,000	-,175	0,861
	Yok	357	202,87	72424,00			
	Toplam	404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Var	47	190,17	8938,00	7810,000	-,772	0,440
	Yok	357	204,12	72872,00			
	Toplam	404					

* İstatistik 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır,

Araştırmada tüm katılımcıların BDÖ, TAÖ, ve tüm alt ölçeklerinde puan ortalamalarının sigara kullanım durumu için yapılan Mann- Whitney U Testi sonucu tüm ölçeklerde puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür (BDÖ: U=13458,500; z=-5,642; p=0,000<0,05 TAÖ: U=14311,500; z=-4,905; p=0,000<0,05 TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük: U=14210,000; z=-4,997; p=0,000<0,05 TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük:

U=17300,500; z=-2,339; p=0,019<0,05 TAÖ – Dışa Dönük Düşünce: U=15892,000; z=-3,553; p=0,000<0,05). Buna göre tüm ölçeklerde sigara kullanan katılımcıların puan ortalaması, sigara kullanmayan katılımcılardan daha yüksektir. Tablo 15'te ifade edilmiştir.

Tablo 15. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ- Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Sigara Kullanımına Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Sigara Kullanımı	n	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamları	U	Z	p
BDÖ	Evet	174	240,15	41786,50	13458,500	-5,642	,000
	Hayır	230	174,02	40023,50			
	Toplam	404					
TAÖ	Evet	174	235,25	40933,50	14311,500	-4,905	,000
	Hayır	230	177,72	40876,50			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	Evet	174	235,83	41035,00	14210,000	-4,997	,000
	Hayır	230	177,28	40775,00			
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Evet	174	218,07	37944,50	17300,500	-2,339	,019
	Hayır	230	190,72	43865,50			
	Toplam	404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	Evet	174	226,17	39353,00	15892,000	-3,553	,000
	Hayır	230	184,60	42457,00			
	Toplam	404					

* İstatistik 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Jonckheere- Terpstra Testi

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşa göre FNBÖ, BDÖ, TAÖ ve alt ölçekler puanları farklılıkları Jonckheere- Terpstra Testi ile incelenmiştir. Buna göre sigara kullanan katılımcıların yaşları arttıkça FNBÖ puanlarının artma eğiliminde olduğu görülmektedir (JT=6852,500 z=3,390 p=0,001<0,05). Benzer şekilde tüm katılımcıların TAÖ – Dışa Dönük Düşünce alt boyutunda da katılımcıların yaşları

arttıkça TAÖ – Dışa Dönük Düşünce puanlarının artma eğiliminde olduğu görülmektedir ($JT=1284,307$ $z=3,630$ $p=0,000<0,05$). Bu ölçek haricinde istatistiksel olarak anlamlı bir eğilim gözlenmemiştir. Tablo 16’te ifade edilmiştir.



Tablo 16. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Yaşa Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	JT	z	p
FNBÖ	25 yaş ve altı	57	3.40	367,843	6852,500	3,390	0,001*
	26 – 30 yaş	34	3.88				
	31 – 38 yaş	43	5.21				
	39 yaş ve üzeri	40	5.18				
	Toplam	174					
BDÖ	25 yaş ve altı	171	12.02	1286,604	28497,500	-0,362	0,717
	26 – 30 yaş	81	11.67				
	31 – 38 yaş	74	12.62				
	39 yaş ve üzeri	78	11.76				
	Toplam	404					
TAÖ	25 yaş ve altı	171	50.09	1287,216	29344,000	0,296	0,768
	26 – 30 yaş	81	47.41				
	31 – 38 yaş	74	49.45				
	39 yaş ve üzeri	78	51.22				
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	25 yaş ve altı	171	16.91	1286,118	27603,000	-1,058	0,290
	26 – 30 yaş	81	15.15				
	31 – 38 yaş	74	15.80				
	39 yaş ve üzeri	78	16.55				
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	25 yaş ve altı	171	13.06	1283,555	27862,500	-0,858	0,391
	26 – 30 yaş	81	11.77				
	31 – 38 yaş	74	12.57				
	39 yaş ve üzeri	78	12.56				
	Toplam	404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünme	25 yaş ve altı	171	20.12	1284,307	33625,000	3,630	0,000*
	26 – 30 yaş	81	20.49				
	31 – 38 yaş	74	21.08				
	39 yaş ve üzeri	78	22.10				
	Toplam	404					

Tablo 16. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Yaşa Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	JT	z	p
		Toplam	404				

* İstatistik 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim durumuna göre FNBÖ, BDÖ, TAÖ ve alt ölçeklerinde puan farklılıkları Jonckheere- Terpstra Testi ile incelenmiştir. Buna göre sigara kullanan katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça FNBÖ puanlarının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir (JT=2898.000 z=-3.990 p=0,000<0,05). Sigara kullanan ve kullanmayan tüm katılımcıların BDÖ, TAÖ ve alt ölçekleri puanlarında da katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça puanlarının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir (BDÖ: JT=14993.000 z=-4.954 p=0,000<0,05 TAÖ: JT=15566.500 z=-4.442 p=0,000<0,05 TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük: JT=15536.500 z=-4.472 p=0,000<0,05 TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük: JT=17824.500 z=-2.440 p=0,015<0,05 TAÖ – Dışa Dönük Düşünce: JT=16559.000 z=-3.567 p=0,000<0,05). Tablo 17’de bu bilgiler ifade edilerek gösterilmiştir.

Tablo 17. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	JT	z	p
FHBÖ	İlkokul – Ortaokul	15	6.20				
	Lise	36	5.69	330.414	2898.000	-3.990	0,000*
	Lisans	108	3.78				
	Lisansüstü	15	3.40				
		Toplam	174				
BDÖ	İlkokul – Ortaokul	16	19.19	1123.747	14993.000	-4.954	0,000*

Tablo 17. FNBÖ, BDÖ, TAÖ, TAÖ – Duyguları Tanımada Güçlük, TAÖ – Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve TAÖ – Dışa Dönük Düşünce Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Jonkheere- Terpstra Testi Sonuçları

Ölçek ve Ölçeğe Ait Alt Boyutlar	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	JT	z	p
	Lise	56	16.20				
	Lisans	272	11.28				
	Lisansüstü	60	9.52				
	Toplam	404					
TAÖ	İlkokul – Ortaokul	16	60.31				
	Lise	56	53.63	1124.278	15566.500	-4.442	0,000*
	Lisans	272	49.08				
	Lisansüstü	60	45.70				
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	İlkokul – Ortaokul	16	23.31				
	Lise	56	18.34	1123.325	15536.500	-4.472	0,000*
	Lisans	272	15.87				
	Lisansüstü	60	14.35				
	Toplam	404					
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	İlkokul – Ortaokul	16	14.44				
	Lise	56	12.96	1121.094	17824.500	-2.440	0,015*
	Lisans	272	12.67				
	Lisansüstü	60	11.55				
	Toplam	404					
TAÖ- Dışa Dönük Düşünme	İlkokul – Ortaokul	16	22.56				
	Lise	56	22.32	1121.750	16559.000	-3.567	0,000*
	Lisans	272	20.54				
	Lisansüstü	60	19.80				
	Toplam	404					

* İstatistik 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

H6: Sigara kullanmayan bireylerin depresyon ve aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

Araştırmada sigara kullanmayan katılımcıların depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiler Sperman Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

Analiz sonucunda katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($\rho=0,392$; $p=0,000<0,05$). Depresyon düzeyleri arttıkça, katılımcıların aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük puanları arasında pozitif orta bir ilişki vardır ($\rho=0,486$; $p=0,000<0,05$). Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları tanımada güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında anlamlı şekilde orta bir düzey ilişki saptanmıştır ($\rho=0,342$; $p=0,000<0,05$). Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları söze dökmede güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ- Dışa Dönük Düşünce puanları arasında ilişki yoktur ($\rho=0,085$; $p=0,000>0,05$).

Tablo 18. Sigara Kullanmayan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları

Değişken		BDÖ	TAÖ	TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	TAÖ- Dışa Dönük Düşünce
BDÖ	rho	1.000	.392* *	.486**	.342**	.085
	p	.	.000	.000	.000	.197
TAÖ	rho	.392* *	1.000	.867**	.785**	.680**
	p	.000	.	.000	.000	.000
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	rho	.486* *	.867* *	1.000	.651**	.342**
	p	.000	.000	.	.000	.000
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	rho	.342* *	.785* *	.651**	1.000	.327**
	p	.000	.000	.000	.	.000

Tablo 18. Sigara Kullanmayan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları

Değişken		BDÖ	TAÖ	TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	TAÖ- Dışa Dönük Düşünce
TAÖ- Dışa Dönük	rho	.085	.680*	.342**	.327**	1.000
Düşünce	p	.197	.000	.000	.000	.

** Korelasyon 0,01 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.

Sigara Kullanan Katılımcıların Korelasyon Testleri

H7: Sigara kullanan katılımcıların bağımlılık düzeyleri ile depresyon ve aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

Araştırmada sigara kullanan katılımcıların sigara bağımlılığı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiler Sperman Korelasyon Testi ile incelenmiştir.

Analiz sonucunda katılımcıların FNBÖ puanları ile BDÖ anlamlı düzeyde ilişki görülmüştür ($\rho=0,480$; $p=0,000<0,05$). Sigara bağımlılığı puanları arttıkça, depresyonları puanları da artmaktadır. Katılımcıların FNBÖ puanları ile TAÖ puanları anlamlı sonuçlar tespit edilmiştir ($\rho=0,393$; $p=0,000<0,05$). Sigara bağımlılığı puanları artış ile aleksitimi puanlarında doğru orantılı olarak yükseliş görülmüştür. Katılımcıların FNBÖ puanları ve TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($\rho=0,384$; $p=0,000<0,05$). Sigara bağımlılığı arttıkça, katılımcıların duyguları tanımada güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların FNBÖ puanları ile TAÖ- Duyguları Söze Dökmede puanları arasında anlamlı sonuç görülmüştür ($\rho=0,387$; $p=0,000<0,05$). Sigara bağımlılığı arttıkça, katılımcıların duyguları söze dökmede güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların FNBÖ puanları ile TAÖ- Dışa Dönük Düşünce puanları arasındaki ilişki bulunamadı ($\rho=0,147$; $p=0,053>0,05$). Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ puanları arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\rho=0,715$; $p=0,000<0,05$). Depresyon düzeyleri arttıkça, katılımcıların aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük puanları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($\rho=0,734$; $p=0,000<0,05$). Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları tanımada güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile

TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanları arasında pozitif bir bağlantı görülmüştür ($\rho=0,517$; $p=0,000<0,05$). Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları söze dökmede güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların BDÖ puanları ile TAÖ- Dışa Dönük Düşünce puanlarında anlamlı sonuçlar dikkat çekmiştir ($\rho=0,330$; $p=0,000<0,05$). Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların dışa dönük düşünce puanları da artmaktadır.

Tablo 19. Sigara Kullanan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları

		FNB Ö	BDÖ	TAÖ	TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	TAÖ- Dışa Dönük Düşünce
FNBÖ	rho	1,00 0	0,48 0**	0,39 3**	0,384**	0,387**	0,147
	p	.	0,00 0	0,00 0	0,000	0,000	0,053
BDÖ	rho	0,48 0**	1,00 0	0,71 5**	0,734**	0,517**	0,330**
	p	0,00 0	.	0,00 0	0,000	0,000	0,000
TAÖ	rho	0,39 3**	0,71 5**	1,00 0	0,909**	0,813**	0,595**
	p	0,00 0	0,00 0	.	0,000	0,000	0,000
TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	rho	0,38 4**	0,73 4**	0,90 9**	1,000	0,670**	0,324**
	p	0,00 0	0,00 0	0,00 0	.	0,000	0,000
TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	rho	0,38 7**	0,51 7**	0,81 3**	0,670**	1,000	0,281**
	p	0,00 0	0,00 0	0,00 0	0,000	.	0,000
TAÖ- Dışa Dönük Düşünce	rho	0,14 7	0,33 0**	0,59 5**	0,324**	0,281**	1,000
	p	0,05 3	0,00 0	0,00 0	0,000	0,000	.

Tablo 19. Sigara Kullanan Katılımcıların Korelasyon Testi Sonuçları

FNB Ö	BDÖ	TAÖ	TAÖ- Duyguları Tanımada Güçlük	TAÖ- Duyguları Söze Dökmede Güçlük	TAÖ- Dışa Dönük Düşünce
** Korelasyon 0,01 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır.					

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1.Tartışma

Pandemi (Covid-19) sebebiyle sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılara internet üzerinden erişimi sağlanan gönüllüğe dayalı şekilde katılım sağlanarak cevaplanması ve Türkiye genelini kapsayacak bir çalışma yapılmıştır. Rastgele örneklem sağlanarak 404 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılardan araştırma kapsamında Sosyodemografik Veri Formu, Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 doldurmaları istenmiştir. Conbach's Alpha, Kormogorov-Smirnov Normallik Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi, Jonckheere-Terpstra Testi, Ki-Kare Testi, Spearman Korelasyon Testleri uygulanmıştır. Mevcut araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmada ilk olarak, sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlıklar yönünden farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Çalışmada erkekler kadınlara göre daha yüksek bir oranda sigara kullandığı tespit edilmiştir. Evli katılımcıların daha yüksek oranda sigara kullandıkları görülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde Kesler, Ü. (2020) çalışmasında medeni durum ve bağımlılık konusunun istatistiksel olarak ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Çalışma durumunun değerlendirilmesinde çalışan grup, çalışmayan gruba göre daha fazla sigara tüketmektedir. Eğitim düzeyi artıkça sigara kullanma oranı azalmaktadır. Bu hipotez kısmı olarak desteklenmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin kronik rahatsızlığa sahip olma durumlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Demografik faktörlere ait literatür incelendiğinde çalışmada yer alan cinsiyet faktörü benzer sonuçlar bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara oranla sigarayı daha fazla kullandığı görülmüştür (Atak, 2011, s.29-43). Eğitim düzeyine dair çalışmalara bakıldığında lise düzeyinde sigara bağımlılığı artarken üniversite eğitimi olan bireylerin sigara kullanma oranı düşmektedir. Aynı çalışmada yaş grupları incelendiğinde 25-44 yaş grubunun sigara kullanma oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Bilir, 2011, s.21-23)

İkinci olarak, depresyon düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Erkek katılımcıların Beck Depresyon Ölçek puanları

kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyinin artması ile depresyon puanlarının azaldığı görülmüştür. Çalışmayan katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksektir. Bu hipotez kısmı olarak desteklenmiştir. Yaş, kronik rahatsızlık ve medeni durum ile ilişkili anlamlı istatistik farklılar bulunamamıştır. Sivas da yapılan bir çalışmada bekar ve boşanmış kişilerin depresyon düzeyi evli kişilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Doğan,2011,267-283). Aba ve Tel (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kronik hastalığa sahip bireyler, bekarlar, çalışmayan bireylerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. 2007 yılında New York da yapılan 18-96 yaş grubunu içeren çalışmada kadınların depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Yalvaç, 2012, s.7). İş ve işsizlik üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde depresyon ile yakın bir ilişki görülmüştür. Öz yeterlilik öz saygı gibi toplumsal değerlendirmede çalışma hayatı insanı doğrudan etkilemiştir. Cooper ve ark. (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada işsizliğin depresif duygu durum ile anlamlı bir pozitif ilişkisi saptanmıştır ve işsizliğin dokuzuncu ayında depresyon gelişimi kolaylaştığı görülmüştür. Depresyon yaş ilişkisine bakıldığında 20 yaşlarda başladığı tespit edilip 25-44 yaş aralığında daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (McIntosh, Gillanders ve Rodgers, 2010, s.33-43).Manisa da yapılan bir çalışmada 15-49 yaş aralığında kadınları içeren bir çalışmada eğitim durumu ve depresyon ilişkilerine bakıldığında eğitim durumu düştükçe depresyon seviyesinin arttığı görülmüştür (Özyurt ve Deveci, 2010, s.1-7).

Üçüncü değerlendirmede aleksitimi düzeyi kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik rahatsızlık değişkenleri bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeği, Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Tanımada Güçlük, Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Söze Dökmede Güçlük ve Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilip erkek katılımcı puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yaş değişkeni incelendiğinde yaş arttıkça Toronto Aleksitimi Ölçeği- Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının da arttığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça aleksitimi oranının azaldığı görülmüştür. Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Tanımada Güçlük ile Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının çalışma ve çalışmama durumunda istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği-Dışa Dönük

Düşünce puan ortalamalarının ise çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Tanımada Güçlük ile Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği -Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği- Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının ise evlilerin puan ortalaması bekarlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu hipotez desteklenmiştir. Aleksitimi üzerine literatür çalışmaları incelendiğinde yaşın artması ile duyguları tanımada güçlük puanlarının artmasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur (Gedik,2020).Üniversite öğrencilerini içeren bir çalışmada aleksitimi ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Ünal, 2004,s.215-222).Çalışmada medeni durum ile anlamlı ilişkiler bulunamamış olsa da acil servis de çalışan hemşireleri içeren çalışmada bekar bireylerin aleksitimi düzeyleri evli bireylere göre daha yüksek çıkmıştır (Kalaman,Orhan ve Kocabay,,2009,s.45-56).

Dört ve beşinci hipotezin değerlendirilmesinde ortak bir sonuç görülmüştür. Dördüncü hipotezde sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde aleksitimi puanlarında anlamlı bir fark beklenmektedir. Beşinci hipotezde ise sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde depresyon puanlarında anlamlı bir fark beklenmektedir. Analizler sonucunda sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının yani tüm ölçeklerde sigara kullanan katılımcıların puan ortalaması, sigara kullanmayan katılımcılardan daha yüksektir. Depresyon ve aleksitimi ilişkisine incelendiğinde pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Depresyon puanları artıkça aleksitimi ve alt ölçek düzeylerinde artış tespit edilmiştir. Bu iki hipotez desteklenmiştir. Saarijärvi, Salminen ve Toikka (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Diğer bir benzer sonuç bulunan çalışma da ise aleksitimik hastaların daha sık psikiyatrik hastalıklara yatkın olduğunu ve depresyon düzeylerinin daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir (Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen,Viinamäki,1999, s.270-275). Kişi kendi duygularını tanıma konusunda zorluk çekerek bunu da çevresindeki kişilere aktaramamaktadır. Kendine ve çevresine yabancılaşan insanın da depresif duyguları yaşayacağı çalışmalar sonucunda görülmüştür.

Altıncı değerlendirmede sigara kullanmayan bireyin aleksitimi depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki beklenmekteydi. Analiz sonucunda katılımcıların depresyon puanları ile aleksitimi puanları arasında pozitif orta bir ilişki vardır

Depresyon düzeyleri arttıkça, katılımcıların aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların depresyon puanları ve duyguları tanımada güçlük puanları arasında orta düzey anlamlı bir sonuç görülmüştür. Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları tanımada güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların depresyon puanları ile duyguları ifade etme puanları arasında anlamlı sonuçlar çıkmıştır. Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları söze dökmeye güçlük puanları da artmaktadır. Katılımcıların depresyon puanları ve dışa dönük düşünce de ilişki yoktur. Bu hipotez desteklenmiştir. Literatür analizinde sigara kullanan ve kullanmayan bireylere ait verilerde çok kısıtlı bilgi olmasından ötürü sigara kullanmayan bireylere ait bilgi ulaşılamamıştır.

Son çalışmada sigara kullanan katılımcıların sigara bağımlılığı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir. Analizler sonucunda Fargeström Nikotin Bağımlılık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bağımlılık ve aleksitimi üzerine incelemede kısıtlı şekilde yapılan benzer çalışmalardaki sonuç bulunarak iki değişken arasında bağlantının pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Sigara bağımlılığı, arttıkça aleksitimi ve depresyon puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Aleksitimi alt ölçekleri bağımlılık ile değerlendirilmesi sonucunda, sigara bağımlılık arttıkça dışa dönüklük düşünce alt ölçeği haricindeki alt ölçeklerde (duyguları tanımada güçlük, duyguları söz dökme güçlük puanlarının) pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu hipotez desteklenmiştir.46 kişinin katılmış olduğu Varşova ve çevresinde yapılan sigara bağımlılarının aleksitimi ve depresyon ilişkisi üzerine yapılan çalışmada aynı sonuçlar çıkmıştır (Grabowska, Targowski, Rozyńska, Mierzejewska ve From, 2005, s.1004-1006).

Gelecek çalışmalar da araştırmanın örneklem sayısının artırarak cinsiyet dengesinin sağlanması, sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde de sayılar da eşit olması önerilmektedir. Bu çalışma pandemi (Covid-19) döneminde yapıldığı için bağımlılık, depresyon ve aleksitimi düzeylerinde etkisi olabilir. Pandemi sebebiyle bu çalışmaya katılımcılar ölçekleri internet üzerinden doldurmuştur. Pandemi sonrasında araştırmacı ölçekleri yüz yüze uygulaması önerilmektedir. Gelecek araştırmalarda psikolojik rahatsızlıklar ile de depresyon ve aleksitimi düzeyleri gözden geçirilmesi önerilmektedir.

5.2.Sonuç

Sigara kullanımını dünyada olduğu gibi ülkemizde de kullanım oranı yüksek önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigaranın hem fizyolojik hem psikolojik rahatsızlıklara doğrudan ve dolaylı yoldan etkilemektedir. Yaşam boyu görülme oranı yüksek olan psikiyatrik rahatsızlıklardan olan depresyon bu çalışmada ele alınmıştır. En yalın hali ile duygu körlüğü anlamına gelen aleksitimi diğer bir değişken olarak çalışmada ele alınmıştır. İlk aleksitimi kavramı psikosomatik belirtiler olarak dikkat çekerken artık sağlıklı her bireyde görülmektedir. Çalışmanın asıl amacı, sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin depresyon düzeylerini incelenmesi hedeflenmiştir. Analizler sonucunda:

- Sigara bağımlılığı, artıkça aleksitimi ve depresyon puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Aleksitimi alt ölçekleri bağımlılık ile değerlendirilmesi sonucunda, sigara bağımlılık artıkça dışa dönüklük düşünce alt ölçeği haricindeki alt ölçeklerde (duyguları tanımada güçlük, duyguları söz dökme güçlük puanlarının) pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.
- Sigara kullanmayan katılımcıların depresyon ile aleksitimi puanları ilişkisinde orta düzeyde anlamlı sonuçlar tespit edilmiştir. Depresyon düzeyleri arttıkça, katılımcıların aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları tanımada güçlük puanları da artmaktadır. Depresyon puanları arttıkça, katılımcıların duyguları söze dökmede güçlük puanları da artmaktadır. Depresyon puanları ve dışa dönük düşünce puanları arasında ilişki yoktur.
- Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının yani tüm ölçeklerde sigara kullanan katılımcıların puan ortalaması, sigara kullanmayan katılımcılardan daha yüksektir.

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin demografik değişkenlere göre sonucu aşağıda belirtilmiştir.

- Erkekler kadınlara göre daha yüksek bir oranda sigara kullandığı tespit edilmiştir.
- Evli katılımcıların daha yüksek oranda sigara kullandıkları görülmektedir.
- Çalışma durumunun değerlendirilmesinde çalışan grup, çalışmayan gruba göre daha fazla sigara tüketmektedir.

- Eğitim düzeyi artıkça sigara kullanma oranı azalmaktadır.
- Erkek katılımcıların depresyon düzeyleri yüksek olduğu görülmüştür.
- Eğitim düzeyinin artması ile depresyon puanlarının azaldığı görülmüştür.
- Çalışmayan katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksektir.
- Aleksitimi ve tüm alt ölçeklerinde erkek katılımcı puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- Yaş değişkeni incelendiğinde yaş artıkça dışa dönük düşünce puan ortalamalarının da arttığı tespit edilmiştir.
- Eğitim düzeyi artıkça aleksitimi oranının azaldığı görülmüştür.
- Çalışan katılımcıların Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği - Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının ise çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Toronto Aleksitimi Alt Ölçeği- Dışa Dönük Düşünce puan ortalamalarının ise evlilerin puan ortalaması bekarlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Aba, N. ve Tel, H. (2012).Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 1(1),18-23.
- American Psychiatric Association. (1952). Diagnosticand Statistical Manual Mental Disorders, 1st edition (DSM-I). Washington:American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1968). Diagnosticand Statistical Manual Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II). Washington:American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington:American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnosticand Statistical Manual Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). Washington:American Psychiatric Press.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı. (Çev: Köroğlu,E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Özgün çalışma 2013)
- Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Atak, H. (2011). Yetişkinliğe geçiş yıllarında sigara içme davranışlarının psikososyal belirleyicileri ve sigara içmenin yaşam doyumu ve öznel iyi oluşla ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 14(1), 29–43.
- Atmaca, M. (2015). Ankara Yıldırım Beyazıt üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara bağımlılığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi.
- Batigün, A. D. ve Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3)
- Baykan, Z., Özkan, S., & Aygün, R. (2003). Ankara İli Gölbaşı İlçe Merkezindeki Kadınların Sigaranın Sağlığa ve Üreme Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgi Durumları. *Journal Of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 13(3), 223-229.
- Bayrakcı, M. (2013). Sosyal Öğrenme Kurami Ve Eğitimde Uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (14), 198-210.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

- Bilir N., Doğan B. ve Yıldız N. (2002). Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'a Uyum Düzeyi. *Hacettepe Halk Sağlığı Kitabı*, Ankara.
- Bilir, N. (2011). Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü*, 21-23.
- Black, D. W., Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11(3), 129-136.
- Brannon, L. Feist, J. (2007). *Health Psychology*. San Francisco: Wadsworth.
- Cooper, D., McCausland, W. D. ve Theodossiou, I. (2006). The health hazards of unemployment and poor education: the socioeconomic determinants of health duration in the European Union. *Economics & Human Biology*, 4(3), 273-297.
- Coşkunol, H., ve Altıntoprak, E. (1999). Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 222-229.
- Çapık, C. ve Cingil, D. (2013). Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (2) , 55-61. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kafitbd/issue/35422/393555>
- Çelik, F. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66
- Çelikel, F.Ç. ve Saatçioğlu, Ö. (2002) Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyete etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 5: 229-234.
- Çevik, A. ve Vatan, V. (1993) Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3. E. Küçoğlu (Ed). *Hekimler Yayın Birliği*- Ankara. 109-122.
- Daşçı M.(2002) Sigara sağlığa zararlıdır. *Sağlık Dergisi* 106: 56-58
- Dereboy, F.(1990). *Alesitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalıma*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Salık Bilimleri Enstitüsü.
- Dereboy, İ. F. (1990). Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 157-165.
- Deutsch, H. ve Onur, B. (2019). Psikoseksüel Gelişim Evreleri. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 19 (1) , 225-237 . doi: 10.1501/Egifak_0000001116
- Doğan, O. B. (2011). 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: *Esform Ofset*, 267-283.

- Dünya Sağlık Örgütü (2008).DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_tur.pdf;jsessionid=05A587E6FE5B1846D437479D9B8E8D86?sequence=6
- Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kisilik Özelliği Mi?. *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30), 25.
- Ergüder, T. (2018). Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 12(4), 301-306.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4), 337-342.
- Gedik, R. (2020). *Üniversite öğrencilerinde aleksitimi, depresyon ve internet bağımlılığı ilişkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).Erişim adresi: <http://95.183.203.22/xmlui/handle/11363/2671>
- Göktaş, K., ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi.*, 8(1), 30-37.
- Grabowska, P., Targowski, T., Rozyńska, R., Mierzejewska, J., ve From, S. (2005). Alexithymia and depression: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence and motivation to quit smoking. *Przegląd lekarski*, 62(10), 1004-1006.
- Güleç, H., ve Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 108-112.
- Güzel, A. (2016). Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri Gerçekten Şeytan Otu Mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.4 (1),22-26. doi: 10.5152/gghs.2016.003
- Hisli N. (1989).Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23):3-13.
- Hogben, M. ve Byrne, D. (1998). Using social learning theory to explain individual differences in human sexuality. *Journal of Sex Research*, 35(1), 58-71.
- Honkalampi, K., Saarienen, P., Hintikka, J., Virtanen, V. ve Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(5), 270-275.
- Hovardaoğlu, S. (2017). Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon: Yükleme biçimi ölçeği ve Beck depresyon ölçeğiyle yapılan bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 33(1-2).
- Işık E, Işık U ve Taner Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar.Ankara: Rota Tıp Kitabevi

- Kalaman, S., Orhan, H. ve Kocabay, İ. (2019). Sosyal Medya Kullanımı ve Aleksitimi: Acil Serviste Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma. *AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi*, 10(37), 45-56.doi:10.5824/1309-1581.2019.2.003.x
- Kamışlı, A. G. S., Karatay, A. G. G., Terzioğlu, F. ve Kublay, G. Sigara Ve Ruh Sağlığı.*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri* 7-16
- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karatay, G. ve Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 6(1),57-70.Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/hemarge/issue/52686/694683>
- Kesler, Ü. (2020). Sigara bağımlılığı tedavi birimine başvuran hastaların sigara bağımlılık düzeyleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri.
- Kessler, R. C. ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- Klerman, GL. (1989). Introduction. Treatments of psychiatric dis- orders. Chairperson Karasu TB. Washington. *American Psychiatric Association*, s.1726-1745
- Koçak, R.(2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2), 185-212. doi: 10.1501/Egifak_0000000056
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Kumar, K. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*, 1(3, Part A), 37.
- Kutlu, R. ve Çivi, S. (2007). Konya ili lise öğretmenlerinin sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(4), 273-278.Lane, R.D., Ahern, G.L. ve Schwrtz, G.E. (1997). Is Alexithymia The Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological Psychiatry*, 834-844.
- Linn, B. K., Stasiewicz, P. R., Fillo, J., & Bradizza, C. M. (2020). The great disrupter: relationship of alexithymia to emotion regulation processes and smoking among pregnant women. *Substance use & misuse*, 55(7), 1113-1121.
- Luminet, O., de Sousa Uva, M. C., Fantini, C. ve de Timary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry research*, 239, 28-38.

- Lumley, M. A., Downey, K., Stettner, L., Wehmer, F., ve Pomerleau, O. F. (1994). Alexithymia and negative affect: Relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 61(3-4), 156-162.
- McIntosh, E., Gillanders, D. ve Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 33-43.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Nemiah JC (2000) A psychodynamic view of psychosomatic medicine. doi:10.1097/00006842-200005000-00001 *Psychosom Medicine*, 62:299-303.
- Oğuztürk, B. S. ve Gülcü, Y. (2012). Türkiye’de Sigara Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Analizi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4 (2), Retrieved from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/uaifd/issue/21594/231874>
- Özcan, S., Taş, H ve Çetin, Y. (2013). Sigara İle Mücadelede Toplumsal Bilinç. *Hak İş Uluslararası Emek Ve Toplum Dergisi*, 2(4), 152-175. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Hakisderg/Issue/7576/99458>
- Özyurt, B. C., ve Deveci, A. (2010). Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk psikiyatri dergisi*, 21(1), 1-7.
- Pazarlı Bostan, P. ve Özerk, H. (2017). Sigara içme davranışının zincirlerini kırmak adına. *Toraks Bülteni*, 51-55.
- Saarijärvi S, Salminen J.K. ve Toikka T.B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of psychosomatic research*, 51:(6)729-733.
- Sezer E. (1997). Sigarasız bir Türkiye ve sigarasız bir dünya için elele. *Turkish Journal of Smoking and Health* 3(1-2):1-5.
- Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity”, *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3),287-293.
- Sifneos P.E. (1996). Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 153:137-142.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. J. ve Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(4), 240-246.
- Stahl, S. M. (2015). Stahl’ın temel psikofarmakolojisi sinirbilimsel temeli ve pratik uygulaması. Çev. Edit. Tunç Alkın. Impulsivite, kompulsivite ve bağımlılık. (s. 537- 576). Ankara: Nobel.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. ve Kendler, K.S. (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552. *The American Journal Of Psychiatry*.

- Şahin, R.A.(1992). Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.3(1),26-30 Erişim adresi:<http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=2872>
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2014). Aleksitimi: tedavi girişimleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 22-31.
- Tarhan, N. ve Çetin, M.(1993) Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). *Hekimler Yayın Birliği*. Ankara. 175-200.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M.ve Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honkalampi, K. ve Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive psychiatry*, 52(5), 536-541.
- Tuğlu, C., Türe, M., Dağdeviren, N. ve Aktürk, Z. (2014). There liability and validity analysis of the Turkish version of Beck Depression Inventory for primary care. *Turkish Journal of Family Practice*. 9(3):117-122.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısasal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Uysal, M., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, NG., Uysal, O., Yılmaz, V. (2004). Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberkuloz Toraks* 52(2) s.115-121.
- Ünal, G. (2004). Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7(4), 215-222.
- World Health Organization (2014). Management of Substance Abuse Team (2014). Global status report on alcohol and health, [http:// apps.who.int/iris/ bitstream/ 10665/112736/1/9789240692763_ eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1)
- Yalçın, B. M. ve Öztürk, O. (2016). The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 10 (4) , 250-258. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmpe/issue/26376/271331>
- Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.
- Yorgancıoğlu, A., & Esen, A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*, 1(1),90-5. Erişim adresi:http://www.evreninsirlari.net/dosyalar/153_s03_01.pdf
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. ve Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a

complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 9(2), 195-205.



EKLER

EK-A. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1)Yaşınız:

2)Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3)Eğitim Durumunuz: İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Lisans () Lisansüstü ()

4)Çalışıyor musunuz?: Evet () Hayır ()

5)Mesleğiniz:

6) Gelir düzeyiniz? Düşük () Orta () Yüksek ()

7)Medeni durumunuz? Bekar () Evli () Boşanmış ()
Dul ()

8)Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

9)Çocuk sayısı:

10)Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? Evet ()
Hayır () Evet Belirtiniz()

11) İlaç kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

12)Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

EK-B. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

a. İlk 5 dakika içinde b. 6-30 dakika içinde c. 31-60 dakika içinde d. 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

a. Evet b. Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

a. Sabah ilk içilen sigara
b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a. 31 ve daha fazla b. 21-30 adet. c. 11-20 adet d. 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

a. Evet
b. Hayır

EK-C. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2) a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3) a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hic, ilgim kalmadı
13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hic, karar veremiyorum
14) a. Eskisinden daha kötü" bir dış, görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış, ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyör ve üzüliyorum c. Dış, görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hic, çalışmıyorum
16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü" d. Artık hic, iştahım yok
19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş, kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hic, bir ilgim kalmadı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

EK-Ç. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

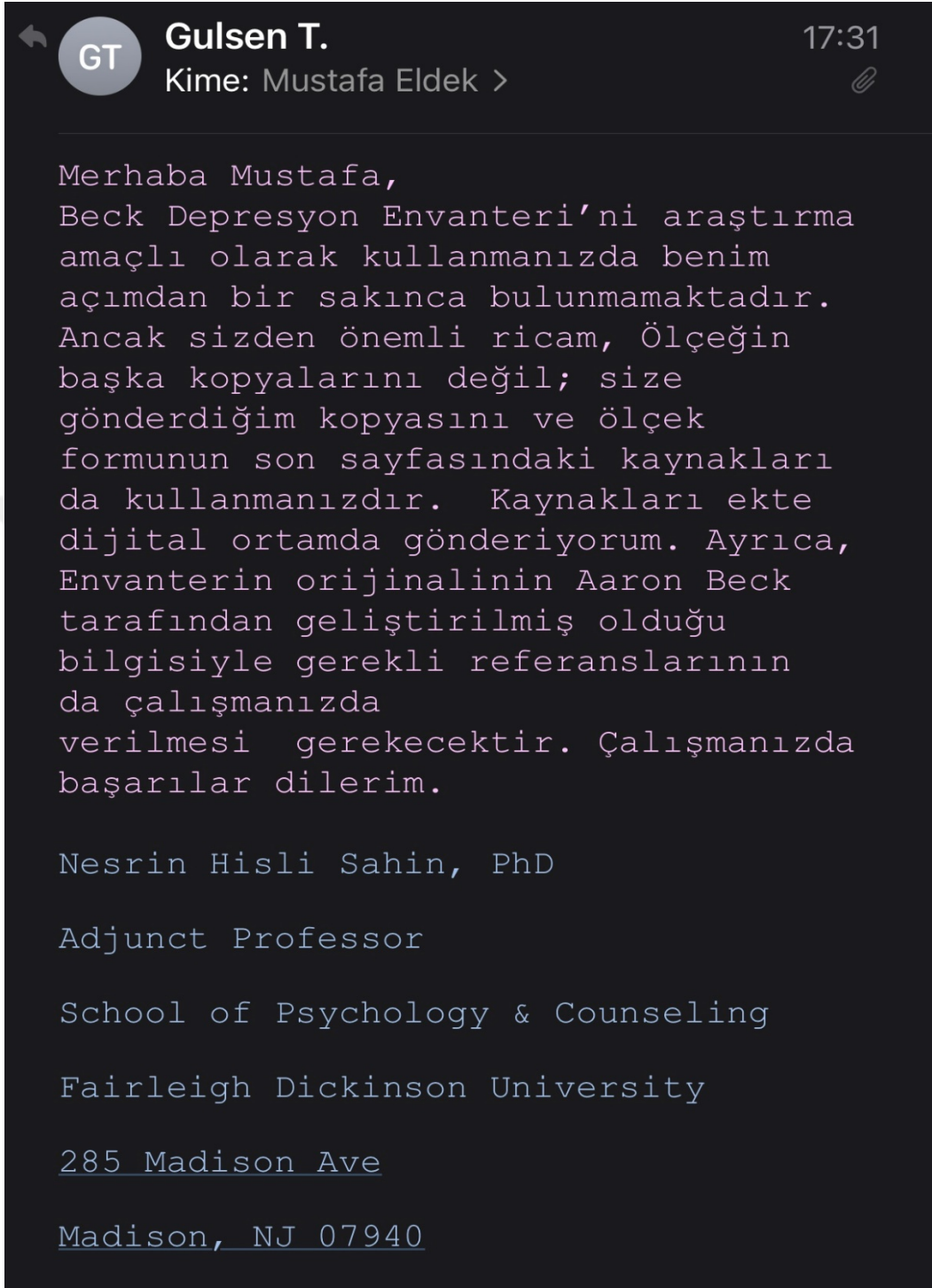
TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlenmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması zorludur.	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse

EK-D. BECK DEPRESYON ENVANTERİ KULLANIM İZİN BELGESİ



Ynt: "TAS-20 Ölçeği" Kullanım İzni

Merhaba Sevgili Mustafa,

Elbette, tez çalışmanızda Türkçe TAS-20 ölçeğini kullanmanız beni sevindirir. TAS-20 ölçeğini, validation çalışması makalesini ve Türk toplumu normatif değerleri tablosunu ekte gönderiyorum.

- Türkçe TAS-20 yaş aralığı: 18-65 years-old.

İçtenlikle,
Samet Kose

Samet Kose, MD, PhD
Assoc. Prof. of Psychiatry and Neuroscience

EK-F. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ İZİN BELGESİ

