

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

**GÖÇMENLERLE DOĞRUDAN İLİŞKİDE OLAN
İNSANİ YARDIM SEKTÖRÜ
PROFESYONELLERİNDE İŞ KOŞULLARI İLE
SİGARA BAĞIMLILIĞI, ANKSİYETE VE
DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ**

Efsun Pırıl YENEROĞLU

BAĞIMLILIK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Soner ÇAKMAK

ADANA-2024

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

**GÖÇMENLERLE DOĞRUDAN İLİŞKİDE OLAN
İNSANİ YARDIM SEKTÖRÜ
PROFESYONELLERİNDE İŞ KOŞULLARI İLE
SİGARA BAĞIMLILIĞI, ANKSİYETE VE
DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ**

Efsun Pırıl YENEROĞLU

BAĞIMLILIK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Soner ÇAKMAK

ADANA-2024

KABUL VE ONAY

Bağımlılık Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Göçmenlerle Doğrudan İlişkide Olan İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde İş
Koşulları ile Sigara Bağımlılığı, Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri
Arasındaki ilişki: Adana ili Örneğı”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 17 / 12 / 2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Soner ÇAKMAK
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Lut TAMAM
Çukurova Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Şengöl KOCAMER ŞAHİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr.Sunay FIRAT
Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

17.11.2024

İmzası

Efsun Pırıl Yeneroğlu

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bana her zaman destek veren ve bu çalışmanın gerçekleşmesi için deneyim ve bilgilerini cömertçe paylaşan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Soner Çakmak'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans ders dönemimden bu yana kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Lut Tamam'a ve Prof. Dr. Sunay Fırat'a teşekkür ederim.

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü öğrenci işleri ekibinde çalışmakta olan enstitü sekreteri Şener Elmas, öğrenci işleri şefi Mustafa Öncü ve öğrenci işleri personeli Nuri Çıbık'a tezimle ilgili süreçlerde özverili ve çözüm odaklı yaklaşımları için çok teşekkür ederim.

İnsani yardım alanında çalışmaya başladıktan sonra tanıştığım ve sahada omuz omuza çalıştığım, araştırma sürecimde kurum fark etmeksizin destek olan bütün çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Yüksek lisans tez sürecimde psikolog Burcu Dinçer'e yol arkadaşlığı için teşekkür ederim.

Hayatımın en önemli zenginliği annem Serpil Tamer başta olmak üzere hepsi birbirinden renkli olan bütün aileme teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Tez savunmamın hemen ardından nikahımızın gerçekleşeceği değerli eşim Mert Basmacı'ya; süreçte sağladığı stoik sükûnet, sonsuz destek ve tez sürecimde de kendini gösteren, hayatımın bundan sonraki tüm kısımlarında da böyle olacağına emin olduğum konfor, sevgi ve güvenlik hissi için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	ii
ETİK BEYANI	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Konusu ve Amacı	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bağımlılık	3
2.2. Sigara Bağımlılığı.....	5
2.3. Depresyon.....	9
2.4. Anksiyete Bozukluğu.....	13
2.5. İnsani Yardım Sektörünün İş Koşullarına Genel Bir Bakış	15
2.6. Türkiye’de Göç Odaklı Çalışan İnsani Yardım Sektörüne Genel Bir Bakış	16
2.7. İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinin Yaşadığı Zorluklara Yönelik Araştırmalar	17
2.8. İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde Tütün Kullanımına Yönelik Araştırma Özetleri.....	18
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	21
3.2. Araştırmanın Modeli	22
3.3. Araştırmanın Örneklemi	22
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Sosyodemografik Sorular	23
3.4.2. İş Koşullarını Tarayan Anket Soruları	23
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	27

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği	28
3.4.5 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	28
3.5. Verilerin Analizi	29
4. BULGULAR	31
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	31
4.2 İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ölçek Puanları Arasındaki Farklılıklar	46
4.3 Göçmenlerle Adana ilinde saha çalışanlarında araştırma sorularına verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar	48
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	62
5.1. Tartışma	62
5.2. Sonuç ve Öneriler	66
KAYNAKÇA	68
EKLER	78
ÖZGEÇMİŞ	83

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
Tablo 2: İnsani Yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların yaş değişkenine göre farklılıkları.....	32
Tablo 3: İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkları	36
Tablo 4: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların gelir değişkenine göre farklılıkları.....	39
Tablo 5: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların medeni hal değişkenine göre farklılıkları.....	42
Tablo 6: İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Yaş Değişkenine Göre Ölçek Puanları Arasındaki Farklılıklar.....	46
Tablo 7: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların cinsiyet değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklar	46
Tablo 8: İnsani yardım sektöründe sahada çalışanların göçmenlerle Adana ilinde medeni hal değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar.....	47
Tablo 9: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların öğrenim düzeyi değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar	47
Tablo 10: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların gelir düzeyi değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar	48

Tablo 11: Saha çalışanlarında “İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?” (Soru 7)” sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	48
Tablo 12: Saha çalışanlarında “İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?” (Soru 8) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	49
Tablo 13: Saha çalışanlarında “İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?” (Soru 9) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar	50
Tablo 14: Saha çalışanlarında “İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?” (Soru 10) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	51
Tablo 15: Saha çalışanlarında “İş yükünüzün adil bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?” (Soru 11) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar	51
Tablo 16: Saha çalışanlarında “İşyerinizde mesai dışı çalışma gerekliliğiyle karşılaşıyor musunuz?” (Soru 12) sorusuna verilen yanıtlara göre ve ölçek puanları arasında farklılıklar	52
Tablo 17: Saha çalışanlarında “İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?” (Soru 13) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	53
Tablo 18: Saha çalışanlarında “İşyerinde çalışma ortamınızdaki fiziksel koşullar (ofis, saha vb.) rahat bir şekilde çalışmanıza olanak tanıyor mu?” (Soru 14) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	53
Tablo 19: Saha çalışanlarında “İşvereninizin sağladığı ekip destekleri (psikososyal faaliyetler, eğitim, danışmanlık) ne düzeyde yeterli?” (Soru 15) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar	54
Tablo 20: Saha çalışanlarında “İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı	

yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?” (Soru 16) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar.....	55
Tablo 21: Saha çalışanlarında “İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?” (Soru 17) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar.....	56
Tablo 22: Saha çalışanlarında “İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?” (Soru 18) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar.....	56
Tablo 23: Saha çalışanlarında “Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?” (Soru 19) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar.....	57
Tablo 24: Adana’da Göçmenlerle Sahada Çalışanlar ve Adana ili Dışında Saha Dışı Görevde Bulunanların Ölçek Puanları Açısından Farklılıklar.....	58
Tablo 25: Görev tanımına göre ölçek puanları açısından farklılıklar	58
Tablo 26: Çalışma süresine göre ölçek puanları açısından farklılıklar	59
Tablo 27: Ölçekler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri Analiz Sonuçları	59
Tablo 28: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Üzerine Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinin Yordayıcı Etkisi (Regresyon Analizi Sonuçları).....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

†	: ANOVA
‡	: Kruskal Wallis
¥	: Bağımsız gruplar t testi
*	: Mann-Whitney U
BA	: Beck Anksiyete Ölçeği
BD	: Beck Depresyon Ölçeği
FNB	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
n	: Örneklem büyüklüğü
Ort.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma

ÖZET

Göçmenlerle Doğrudan İlişkide Olan İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde İş Koşulları ile Sigara Bağımlılığı, Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki: Adana ili Örneği

Bu tez çalışması, Adana ilinde sahada göç alanında çalışan insani yardım sektörü profesyonellerinin iş koşulları ile depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Çalışma kapsamında, Adana'da sahada göçmenlerle birebir çalışan ve Adana dışında saha dışı pozisyonlarda görev alan aktif nikotin kullanımı da olan toplam 167 katılımcıdan elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Veri toplama sürecinde Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve demografik bilgileri içeren bir anket kullanılmış, anketler CHERRIES standartlarına uygun şekilde Google Formlar üzerinden uygulanmıştır. Bulgular, sahada çalışanların depresyon ve anksiyete puanlarının saha dışında çalışanlara göre ($p<0.01$) ve sahadaki stresli çalışma koşullarından etkilendiğini söyleyenlerin nikotin bağımlılığı puanlarının etkilendiğini söyleyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur. Regresyon analizleri, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin nikotin bağımlılığını anlamlı şekilde yordayabileceğini göstermiştir. ($R^2=0.17$; $p<0.001$). Sahada iş yükünün fazla olduğunu düşünen çalışanların depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Ayrıca iş güvencesinin olmadığını ifade edenlerin ve iş yeri destek mekanizmalarının eksik olduğunu söyleyenlerin depresyon ve nikotin bağımlılığı puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların araştırma öncesindeki psikolojik durumlarının ve nikotin kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmemiş olması bu araştırmanın kısıtlılıklarındandır. Buna rağmen çalışma, insani yardım sektöründe bağımlılık ve iş koşulları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıdaki araştırmadan biri olarak, bu alandaki literatüre katkı sunmaktadır. Sonuçlar doğrultusunda, sahada çalışanlar için iş yükü yönetimi ve psikolojik destek programlarının geliştirilmesi, iş yerinde sosyal destek mekanizmalarının artırılması, iş güvencesinin güçlendirilmesi göç alanında çalışan insani yardım sektörü çalışanlarında nikotin bağımlılığı ile mücadele için önemli etkenler olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsani yardım çalışanları, Depresyon, Anksiyete, İş koşulları, Nikotin bağımlılığı.

ABSTRACT

The Relationship Between Working Conditions and the Levels of Smoking Addiction, Anxiety, and Depression Symptoms Among Humanitarian Aid Sector Professionals Engaged with Migrants: An Example of Adana Province

This thesis aims to examine the relationship between working conditions and the levels of depression, anxiety, and nicotine dependence among humanitarian sector professionals working with migrants in the field in Adana. The study evaluated data collected from 167 participants, including those working directly with migrants in the field in Adana and those in off-field positions outside Adana, all of whom were active nicotine users. The data collection process involved the use of the Beck Depression and Anxiety Scales, the Fagerström Nicotine Dependence Test, and a demographic questionnaire, with the surveys administered via Google Forms in accordance with CHERRIES standards. Findings revealed that the depression and anxiety scores of fieldworkers were significantly higher ($p<0.01$) compared to those of non-fieldworkers and that those who reported being affected by stressful working conditions in the field had significantly higher nicotine dependence scores compared to those who reported not being affected ($p<0.001$). Regression analyses indicated that levels of depression and anxiety symptoms could significantly predict nicotine dependence ($R^2=0.17$; $p<0.001$). Employees who perceived their workload in the field as excessive had significantly higher depression, anxiety, and nicotine dependence scores than other groups ($p<0.001$). Moreover, participants who stated they lacked job security and workplace support mechanisms had significantly higher depression and nicotine dependence scores. A limitation of this study is the lack of assessment of participants' psychological states and nicotine use habits prior to the research. Nevertheless, this study contributes to the literature as one of the few investigations examining the relationship between addiction and working conditions in the humanitarian aid sector. In light of the findings, developing workload management and psychological support programs for fieldworkers, enhancing workplace social support mechanisms, and strengthening job security are identified as critical factors for addressing nicotine dependence among humanitarian aid workers in the migration sector.

Keywords: Humanitarian aid workers, Depression, Anxiety, Working conditions, Nicotine dependence.

1.GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Konusu ve Amacı

Ülkemiz coğrafi koşulları gereği önemli göç yolları üzerindedir. Çatışmaların ve toplumsal krizlerin oldukça yoğun yaşandığı Orta Doğu coğrafyasına yakınlığından ötürü, özellikle bu coğrafyada ortaya çıkan savaş, toplumsal krizler, insan haklarına aykırı ülke tutumları sebebiyle meydana gelen göç akınlarından da etkilenmektedir.

2011 yılında Suriye’de, “Arap Baharı” ile başlayan iç savaş neticesinde yaşanan şiddetli çatışmalar uluslararası müdahaleyi zorunlu kılmıştır. Halen devam etmekte olan çatışmalar neticesinde, milyonlarca insan hayatını kaybetmiş; pek çok kişi yerinden edilmiş ve bölgedeki komşu ülkelere göç etmek durumunda kalmıştır.

Suriye örneğinde olduğu gibi savaş sebebiyle yerinden edilen ve başka ülkelere göç eden göçmenler, göç yollarının olumsuz ve güvensiz koşulları sebebiyle pek çok zorlayıcı deneyime maruz kalabilmektedir. Zorunlu göç esnasında bireyler temel ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekebildikleri gibi göç yolunun tehlikeli ve zorlayıcı koşulları sebebiyle yoğun stres, belirsizlik, korku, kaygı gibi durumlardan muzdarip olabilirler. Savaş sebebiyle şahit oldukları travmatik deneyimlerin de etkisiyle travma sonrası stres bozukluğu yaşayabilirler. Bu durum göç edilen ülkede koruma ve dayanıklılığı arttırmaya yönelik insani yardım programları başta olmak üzere, sosyal uyumu kolaylaştırmak, eğitim, sağlık, kimlik edinimi, ekonomik güçlendirme gibi temel konularda faaliyetlerin yürütülmesini oldukça önemli kılmaktadır.

İnsani yardım faaliyetleri temel olarak insancıl hukuku diğer ismiyle uluslararası savaş hukukunu temel alır ve insani yardım yapan kurumlara rehberlik eder (Mackintosh, 2000). Türkiye’de de yürütülen insani yardım faaliyetleri bu çerçevede yapılandırılmış ve halen Suriye başta olmak üzere, İran, Afganistan gibi ülkelere gelen göçmenler için de bu kapsamda çalışmalar yürütülmektedir.

Literatürde, insani yardım faaliyetlerinden faydalanan bireylerin psikolojik anlamda yaşadığı deneyimler başta olmak üzere, bağımlılık özelinde de

yürütülen akademik çalışmalara rastlamak mümkündür. Ancak insani yardım alanında çalışan profesyoneller için bu anlamdaki çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır.

İnsani yardım faaliyetlerinde aktif rol oynayan bireylerin uzun süre maruz kaldığı çalışma koşullarının, iş yükünün fiziksel ve duygusal anlamda özveri gerektirmesinin, sürekli stresli ve travmatik deneyimlere maruziyetin depresyon, anksiyete, ikincil travmatik stres, yoğun alkol kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Ager ve ark., 2012; Connorton, Perry, Hemenway, & Miller, 2012; Eriksson, Kemp, Gorsuch, Hoke, & Foy, 2001; Jachens, Houdmont, Thomas, 2016, 2019; Lopes Cardozo ve ark., 2013; Jones, Müller, & Maercker, 2006).

Bu tez çalışması tasarlanırken, yukarıda belirtilen iş koşulları ve göç odaklı insani yardım faaliyetlerinin temel hizmet alanlarından hareketle, zor iş koşullarında çalışan insani yardım profesyonellerinin yaşadıkları deneyimlere dair literatürde çok az bilimsel çalışma olması sebebiyle bu maruziyetlerin bağımlılık özelinde araştırılmasının literatüre katkı açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Kesitsel bir çalışma olarak tasarlanan bu çalışmada katılımcılar, Adana ilinde halihazırda göç üzerine sahada doğrudan hizmet vermekte olan ve Adana ili dışında saha dışı pozisyonlarda çalışan insani yardım kuruluşu çalışanlarından oluşmakta olup; Türkçe okuma ve yazma bilen, her kültür ve milletten kişiler arasından rastgele seçilecek olan örneklem aracılığı ile verilerin toplanması hedeflenmiştir. Katılımcıların sigara bağımlılığı düzeyini ölçmek için Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini taramak için Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini taramak için yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum ile ilgili sorular yöneltilmiş ve katılımcıların çalışma koşullarını ortaya koyan iş güvencesi, iş saatleri, kurum içi destek hizmetlerine dair soruların eklendiği detaylı bir anket uygulanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak ifade edebileceğimiz bağımlılık, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde sekteye uğratan, bir madde ya da bir davranışa karşı yineleyen, irade ile ilgisi olmayan, kontrolü edilmesi güç ihtiyaç ve durumlar olarak ifade edilebilir.

Bağımlılığın bireylerin hayatında maddi manevi pek çok yıkıma yol açtığı görüldüğünden, bağımlılığa yol açabilecek risk faktörlerini araştırmak, bağımlılığa karşı doğru rehberliğin gelişebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bağımlılık söz konusu olduğunda çoğunlukla iki tür bağımlılıktan söz ederiz: Bunlar DSM 5'te tarif edildiği haliyle madde kullanım bozukluğu ve madde ile ilişkili olmayan (davranışsal) kumar oynama bozukluğudur (APA, 2013). Her iki tür bağımlılık grubunda da beynin ödül mekanizmasının tekrarlayan madde ya da tekrarlayan davranış yoluyla sağlıklı işleyişini kaybetmesi ve bunun sonucunda maddeye ya da davranışa karşı yineleyici ihtiyaç duyulması söz konusudur. Bağımlılık sebebiyle beynin zarar gören tek mekanizması ödül mekanizması olmamakla beraber, muhakeme, öğrenme, bellek ve hafıza gibi önemli kısımlarının da olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Kaya ve ark., 2019).

DSM 5'e göre madde kullanım bozukluğu başlığı altında 10 farklı madde grubu yer almaktadır. Bunlar (APA, 2013): alkol, kafein, kannabis yani esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatifler-hipnotikler-anksiyolitikler, stimulanlar (örn. Kokain), tütün ve diğer madde kullanım bozukluğuna sebep olabilecek maddeler olarak sınıflandırılmaktadır.

Aynı tanı ölçütü kitabında maddeyle ilişkili olmayan bozuklukların alt grubunda kumar oynama bozukluğu tariflenmiştir (APA, 2013). Her ne kadar kumar oynama bozukluğu davranışsal bağımlılıklar anlamında DSM 5'te karşılaştığımız tanısı yapılan tek bozukluk olsa da gelecek edisyonlarda okul başarısını ve sosyal yaşamı zora sokan sonuçları sebebiyle internet oyunu oynama bozukluğunun; bir stresle baş etme mekanizması olarak çoğunlukla karşımıza çıkan kompulsif alışveriş yapma bozukluğunun; cinsel aktivitelerin kontrol edilmesinde yaşanan güçlük ve bunun sonucunda fiziksel ve psikolojik

anlamda yaşanan zorluklarla ilgili olarak cinsel davranış bozukluğunun; spor sonucu salgılanan hormonlara yönelik bağımlılık geliştirme yoluyla gerçekleştiği düşünülen egzersiz bağımlılığının da davranışsal bağımlılıklar içerisinde yer alması beklenmektedir (Young, 1998; Petry & O'Brien, 2013; Black, 2007; Kafka, 2010; Hausenblas & Symons Downs, 2002).

Araştırmalar, bağımlılık yapıcı madde ve davranışların keyif verici, kaygıyı azaltıcı, stresle başa çıkmayı kolaylaştırıcı etkisinden ötürü, bireylerin bu anlamda zorlandıkları, yoğun stres ve kaygı duydukları zaman tercih ettiklerini ortaya koymuştur (Uzbay, 2009).

Bağımlılık yapıcı madde ve davranışların stres ve kaygı ile başa çıkma mekanizması olarak kullanıldıkça bireylerin ödül sisteminde meydana gelen hormonal ve yapısal değişiklikler birbirinin ardından gelen bağımlılık döngüsünü başlatır. Bu aşamalardan en önemlileri arasında bağımlılık yapıcı maddelerin pozitif pekiştirici özelliği sebebiyle maddeyi ya da davranışı tekrarlamaya koşullandırması sonucu bireylerin her kullanım sonrası rahatladıkça kullanmaya devam etmesi; bir süre sonra maddeden uzak kalamaz hale gelmesi; maddenin yokluğunda maddeyi aşermesi, yani kontrol edilmesi güç olan ihtiyaç giderme hissinin olduğu "crawing" fazı gösterilir. "Crawing" fazında birey sürekli maddenin arayışı halindedir (Uzbay, 2009). Ardından giderek kullanım miktarının yetememeye başladığı bir faz başlar; bu aşama bireyin giderek madde ya da davranışın dozunu arttırdığını ve süreçten geriye dönüşün daha da zorlaştığı bir dönemdir ve buna "tolerans gelişimi" denir (Turton ve Lingford-Hughes, 2016).

Bağımlılık gelişiminde beyin ödül sistemi söz konusu olduğunda dopamin hormonunun ve buna bağlı olarak dopaminerjik ödül yollarının önemi büyüktür (Bromberg vd., 2010). Dopamin hormonu, isteme, motivasyon, uyarılara cevap verme, bir hedefe yönelik davranışların devamlılığı ve benzeri ile ilgili konularla ilgili mezolimbik ve mezokortikal yollardaki temel nörotransmitterdir ve bu iki sistemin birleşimine mezokortikolimbik sistem denilmektedir (Kaya ve ark., 2019; Baddeley ve Hitch, 1974); Şahpolat vd., 2014; Kobb, 1992;).

Bağımlılıklarda risk faktörlerine baktığımızda bireylerin kişisel özellikleri ile genetik yatkınlığının, çevresel faktörlerin ve psikolojik etkenlerin büyük önem taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle bilinenin aksine, bağımlılığın sadece bireysel

özellikleri ya da bireyin iradesi ile ilgili bir durum olmaktan çok; bütüncül yaklaşılması gereken bir durum olduğu, irade ile bağımlılığın ilgisinin olmadığı alanyazında çok defa ifade edilmiştir.

Ailesinde bağımlılık öyküsü olan bireylerin özellikle alkol ve madde bağımlılığı geliştirme açısından daha büyük risk altında olduğu bilinmektedir (Kendler ve ark., 2003). Aynı şekilde bağımlılıklardan muzdarip bir arkadaş ortamı ile çevrili olmak, düşük sosyoekonomik düzeye bağlı zorlayıcı yaşam koşulları ve akabinde stresli deneyimlere maruziyet de bu anlamda çevresel risk faktörleri olarak sayılabilir; ek olarak kişinin dürtüsellliği, mizaç olarak riskli davranışlara eğiliminin olması gibi bireysel özellikler de bağımlılık konusunda risk faktörleri arasında gösterilebilir (Bickel ve ark., 2011). Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi öyküsü olan bireylerin bağımlılık geliştirdiği daha sık görüldüğünden, bu gibi psikolojik etkenlerin de bağımlılık riskini arttırdığı kabul edilmektedir. (Choi ve ark., 2014).

2.2. Sigara Bağımlılığı

Tütün, bilimsel adıyla *Nicotiana tabacum*, günümüzde en bilinen kullanım formu ile sigara, binlerce yıldır kullanılmaktadır. Eski zamanlarda yerli halklar, tütünün dumanını rahatlamak için ritüellerde kullanmışlardır. Amerika'dan Avrupa'ya ticaretle yayılan tütün, başlangıçta erkekler tarafından kullanılıyordu ve 19. yüzyıla kadar kadınların tütün kullanması yasaktı. Tütün, pipo, puro ve sigara gibi farklı şekillerde kullanılsa da tarih boyunca insanların vazgeçmediği bir madde olarak varlığını sürdürmüştür. (Schivelhusch, 2012, s. 117-124).

16. yüzyılda Fransa'da kullanımı oldukça yaygınlaşan ve hatta Fransız bir diplomat tarafından şifalı bir bitki olarak da tanıtilen tütün, Sanayi Devrimi ile küresel anlamda tüketilir hale gelmiş ve 20. yüzyılın ortalarına kadar da sağlığa verdiği zararlar anlaşılamamıştır. (Norton 2008; Brandt 2007; World Health Organization 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020'de yayınladığı bir raporda ise her yıl 8 milyona yakın insanın sigaraya bağlı olumsuz sonuçlar sebebiyle vefat ettiğinin raporlanması bu zararın büyüklüğünü net şekilde ortaya koymaktadır (WHO, 2020).

DSM 5'te kategorize edildiği haliyle tütün kullanım bozukluğu en yaygın bağımlılık türlerinden biri olmakla birlikte, tanımı tütün maddesinin kullanıldıkça yeniden kullanımına dair yoğun isteğin duyulduğu ve bunun kontrolünün güç olduğu ve bu nedenle kişinin günlük yaşamını işlevsel bir şekilde devam ettirmesini engelleyen; maddi anlamda da bireyin zarar görmesine yol açan; bütün bunlara ek olarak bireyin sağlığını ve sosyal hayatını da zora sokan bir madde bağımlılığı olarak ifade edilebilir (APA, 2013).

Tütün kullanımı ile gerçekleşen nikotin maddesine bağımlılık döngüsünün dopamin hormonunun beyinde dopamin salınımını arttırması sonucu başladığı bilinmektedir. Böylelikle kullanım aşamasında bireylerin keyif alması ve gevşemesini kolaylaştırması sebebiyle, psikolojik anlamda zorlayıcı deneyimlerden geçen kişilerin kullanımını arttırabilir. Aynı zamanda sigara kullanımının iyi pazarlama stratejileri ile kitlelere tanıtılması, ailede, okulda, sosyal çevrede kullanım öyküsünün olduğu ortamlarda bulunulması yine bireylerin sigara kullanımını arttırabilen çevresel koşullar arasında gösterilebilir (Özdemir, 2020).

Tütünün sigara formunun kullanımının yalnızca beynin ödül mekanizmasında birtakım bozulmalara yol açmadığı; bireylerin saç, cilt ve diş sağlığı gibi fiziksel görünümelerini kötü anlamda etkilediği; kalp sağlığı, solunum yolları rahatsızlıklarından muzdarip olma risklerini arttırarak ciddi olumsuz sonuçlarla karşılaşma olasılığını arttırdığı bilinmektedir (Yılmaz & Erdem, 2019).

Psikolojik anlamda ise özellikle beynin ödül mekanizmasında sebep olduğu tahribatlar sebebiyle irritasyon, depresyon, anksiyete, dikkat dağınıklığı gibi sorunlara da yol açtığı araştırmalarda görülmüştür. Bu nedenle tütün kullanım bozukluğundan ya da halk diliyle sigara bağımlılığından söz ederken bunun hem fiziksel hem de psikolojik anlamda tedavisi mümkün olsa da geri dönüşü zor olan bir bağımlılık türü olduğunu söylemek mümkündür (Kara, 2021).

DSM 5'te madde kullanım bozuklukları kısmında tütün kullanım bozukluğu başlığı altında değerlendirilen bu bağımlılık türü üç farklı bağımlılık şiddeti türü ile sınıflandırılır: İki ya da üç belirtinin olduğu kullanım öyküsüne hafif; dört veya beş belirtinin olduğu kullanım öyküsüne orta, 6 ve üzeri belirti düzeyine ise şiddetli kullanım sınıflandırması yapılır (Hasin ve ark., 2013).

DSM 5, tütün kullanım bozukluğu tanısı konulabilmesi için on iki aylık bir süre içerisinde aşağıda paylaşılacak olan belirtilerden en az ikisinin bireylerde mevcut olması gerektiğini ifade eder. Bu belirtileri şu şekilde sıralayabiliriz (APA, 2013):

1. Tütün kullanımının daha çok ve istendiğinden daha uzun sürecek şekilde kullanılması
2. Tütün kullanımını kontrol etmek ya da tamamen sonlandırmak için sürekli bir arzu duymak ve sonuçsuz kalan çabalar içerisinde olmak
3. Tütüne ulaşmak, kullanmak ve tütünün sebep olduğu etkilerden arınmak için yoğun zaman harcamak
4. Sürekli tütün kullanmayı isteme ya da bunun için büyük bir arzu duyma
5. Tütün kullanımı sebebiyle hayat akışındaki sorumluluklarının olumsuz etkilenmesi
6. İletişimsel ve sosyal sorunlar deneyimlemesine sebep olmasına rağmen tütün kullanımına devam etmek
7. Tütün kullandığı için katılması gereken etkinliklerden vazgeçme ya da bunları azaltma
8. Tekrar ve tekrar bireyin ve etrafındakilerin tehlikeli bir durumla karşı karşıya kalması ihtimaline karşın tütün kullanımına devam etme
9. Fiziksel veya psikolojik olumsuz bir hali tetiklemesi, farkındalığına rağmen tütün kullanımına devam etme.
10. Tütün kullanımı sonucunda tolerans gelişmesi (tütün kullanımı ile ulaşılan gevşeme rahatlatma gibi etkilerin görülmesi için daha fazla miktarda tütün kullanım ihtiyacının oluşması)
11. Tütün kullanmadığında ya da bırakma girişimleri esnasında yoksunluk sendromunun görülmesi (çökkün duygudurum, kolay sinirlenme, öfke, uyku bozukluğu vb. gibi belirtilerin deneyimlenmesi)

Tütün kullanımının en yaygın formu olan sigara kullanımının kullanım yaygınlığına baktığımızda, Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm dünyada sigara kullanan kişi sayısının 1,3 milyar civarı olduğunu ifade ettiği 2021 raporu ile karşılaşırız (WHO, 2021). Bununla ilgili ülkemizde TÜİK tarafından 2022 yılında

yapılan bir araştırmada yaklaşık 17 milyon kişinin sigara kullandığı; sigara kullanan kişilerin yaş grubuna göre yüzdelik dağılımına bakıldığında sadece 15 yaş ve üstünün sigara kullanan Türkiye nüfusunun yüzde 28'ine tekabül ettiği görülmüştür (TÜİK, 2022).

TÜİK'in 2022 tarihli aynı raporunda sigara kullanım oranlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği; cinsiyete göre sigara kullanım oranının dağılımının yüzde 41,3 ile erkeklerde daha fazla olduğu raporlanmıştır; bu oran kadınlarda yüzde 15,9 olarak ifade edilmiştir. (TÜİK, 2022).

Sigara kullanımının Türkiye'de yaşa göre yaygınlığına bakıldığında yine TÜİK'in 2022 raporunda 25-34 yaş aralığında en yoğun görüldüğü ifade edilmektedir. Bununla birlikte araştırmalar sigara kullanım yaşının giderek düştüğünü ve özellikle ergen yaşlarda sigaraya başlama oranlarının giderek yükseldiğini ifade etmektedir (Bilir ve Özcebe, 2018). Bu durum da toplumsal cinsiyet rollerinin ve arkadaş ilişkilerinin sigaraya başlama ile ilgisinin araştırılmaya değer olduğunu gösterir niteliktedir. Çünkü daha ileri yaşlarda sigara kullanım oranının düştüğünü ifade eden raporların da oluşu (TÜİK 2022); toplumsal cinsiyet rolleri başta olmak üzere kimlik inşasında etkili olabilecek her tür durumun erken yaşta sigaraya başlama anlamında ne gibi bir rol oynadığını düşündüren niteliktedir.

Bir araştırmada, Türkiye'de düşük sosyoekonomik düzeyin sigara kullanım oranının artması anlamında etkili bir husus olduğu öne sürülürken, aynı araştırmada eğitim düzeyinin düştükçe sigara kullanımının daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Ergin ve ark., 2018).

Tütün kullanım bozukluğu söz konusu olduğunda konuyla ilgili destek için başvuru uzmanların kullanabileceği ve bireylerin tütün bağımlılığının şiddetine dair skorları görebilecekleri ölçekler bulunur. Bunlardan birisi, bu tez çalışmasının da araştırma aşamasında yararlanılan Fageström Nikotin Bağımlılık testidir. Fageström Nikotin Bağımlılık Testi bağımlılık şiddetini ölçmeye yarayan, 6 sorudan oluşan kısa bir tarama testidir (Heatherton ve ark., 1991). Yine uzmanların en çok başvurduğu bir başka ölçek ise Heaviness of Smoking Index'tir; bu ölçekle kişinin sigarayı günün hangi saatinde içmeye başladığını ve günü kaç sigara ile tamamladığını öğrenmeyi amaçlayan nicel bir araçtır

(Heatherton ve ark., 1989). Tütün kullanım bozukluğunun bütüncül ele alınması gereken bir bağımlılık türü olduğu yukarıda belirtilmişti; alanyazında tütün kullanım bozukluğunu bütüncül anlamda araştırmaya yönelik Glover-Nilsson Sigara Bağımlılık Skalası da kullanılmaya başlanmıştır (Glover ve Nilsson, 2005).

Tütün kullanım bozukluğunun tedavi sürecinde farmakolojik tedavilerden yararlanılır. Bunlardan en popüler yöntemlerden birisi olan nikotin replasman tedavilerinde tütün kullanım bozukluğu olan bireyin yoksunluk belirtileri, tütün tüketimi olmaksızın nikotin alması sağlanarak yapılır (Stead ve ark., 2012). Bupropion ve Vareniklin ise bu anlamda gerek tütünün beyindeki uyarıcı halini engelleyerek yoksunluk belirtilerinin azalmasına ve böylece bireyin sigara tüketiminin azalmasına ve giderek bitmesine yardımcı olur (Jorenby ve ark., 1999; Gonzales ve ark., 2006).

Farmakolojik tedavilere ek olarak davranışçı terapiler de tütün kullanım bozukluğunda en sık başvuru yöntemleri arasındadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi; düşünce, duygu ve davranış üçgeni ile çalışılan; bu nedenle davranışların arkasındaki motivasyonlar konusunda farkındalık yaratan bir teknik önerdiğinden, bağımlılık çalışırken bu terapi tekniği ile çalışmak şaşırtıcı değildir. Öyle ki bir çalışmada, BDT ile tütün kullanım bozukluğu üzerine çalışmanın bireylerin sigara kullanımı ile ilgili olumsuz inanç ve düşünce akışlarını merkezde tutması sayesinde sigara kullanımlarını önemli ölçüde azaltan bir teknik olduğunu ortaya koymuştur (Johns ve ark., 2011). Çünkü BDT ile bireyin hangi düşünsel süreçlerden geçerek sigara kullanımı konusunda motive olduğu, sigara kullanımı döngüsü keşfedilir ve farklı bir başa çıkma hazırlanması sağlanarak sigara kullanımının azaltılmasına yardımcı olunabilir (Fiore ve ark., 2008).

2.3. Depresyon

Hepimiz yaşam koşulları içinde kısa süren stres, üzüntü ya da mutsuzluk gibi durumların yaşam akışımızda bizi hareketsiz kıldığı durumları deneyimleriz. Ancak depresyondan bahsettiğimizde, yaşadığımız bu zorlayıcı deneyimlerin uzun vadeli sürmesi; hayat kalitemize ve hayattaki işlevselliğimize zarar vermesi söz konusudur.

DSM-5, depresyon tanısının konulabilmesi için en az iki hafta boyunca süregelen şekilde devam eden; yukarıda bahsedilen depresif belirtilerin olduğu, bireylerin hayatlarını devam ettirmek adına engel teşkil eden bir ruhsal bozukluk tariflenmesi gerektiğini ifade eder (APA, 2013). Depresyonun anlaşılmasını kolaylaştıracak depresif ruh haline eşlik eden belirtiler olarak şunlar sayılabilir: ilgi kaybının olması, kişinin iştahsızlığı, yorgun olması, uyku düzeninde değişiklik görülmesi, motivasyon ve konsantrasyon kaybı, kiloda görülen değişiklikler, intihar düşünceleri, değersizlik, yetersizlik hisleri vb. gibi (WHO, 2017).

Bireylerde görülen depresyon tek bir epizodla da sınırlı kalabilir; tekrarlanabilir ve belirtilerin oldukça şiddetli düzeyde olduğu durumlarda özkıymıla sonuçlanan sonuçlar da doğurabilir (Kessler ve ark., 2003).

Dünya genelindeki yaygınlık oranına bakıldığında depresyonun hayli küresel bir sorun olduğunu gösteren oranlarla karşılaşılır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2007) raporunda depresyonun dünya genelindeki yaygınlığı yüzde 5 ile ifade edilmiştir. Araştırmalar kadınlarda depresyonun erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü ortaya koyarken; kadınlarda depresyonun yaşam boyu prevalansı erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazla olup yüzde 10 ila 25 arasında değişmektedir (Kessler ve ark., 2003).

Depresyonun nedenlerine bakıldığında biyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklandığını görürüz: Ruh sağlığı uzmanları için her bireyin farklılığının esas olduğu bir düstur olsa da depresyonun yukarıda belirtilen faktörlerle olan ilişkisini anlamak, tedavi sürecinde bireylerin ihtiyaçlarına uygun yaklaşımların geliştirilmesi açısından önemlidir.

Depresyonun biyolojik temellerinden biri nörotransmitter dengesizlikleridir. Özellikle serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi kimyasal maddeler, ruh halini düzenlemede kritik rol oynamaktadır. Serotonin eksikliği, depresif semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir. Yapılan araştırmalar, depresyonda bu nörotransmitterlerin düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir (Maletic ve ark., 2007). Özellikle serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi ilaçların etkili olması, nörotransmitterlerin depresyon üzerindeki rolünü destekler. Depresyondan muzdarip bireylerde yapılan nörogörüntüleme çalışmaları,

özellikle hipokampus, prefrontal korteks ve amigdala gibi bölgelerde yapısal ve işlevsel değişiklikler olduğunu göstermektedir: uzun süredir depresyondan muzdarip olan bireylerde hipokampal hacimde küçülme tespit edilmiştir; bu bölgelerin bellek, duygusal düzenleme ve karar verme süreçlerinde kritik rol oynadığı ve burada meydana gelen değişikliklerin depresyona yol açabileceği belirtilmiştir (Sheline ve ark., 1999).

Genetik yatkınlık, depresyon riskini artıran bir başka önemli faktördür. Yapılan aile çalışmaları, depresyonun aile bireyleri arasında daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Sullivan ve arkadaşları (2000), depresyonun genetik yatkınlık oranının yaklaşık %40 olduğunu belirlemişlerdir. Bu, bir bireyin ailesinde depresyon öyküsü varsa, kendisinin de bu hastalığa yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu gösterir. Ancak, genetik faktörler, depresyonun ortaya çıkmasında tek başına yeterli değildir ve çevresel faktörlerle etkileşim içinde çalışırlar.

Depresyonun gelişiminde önemli rol oynayan çevresel faktörlere stresli yaşam olaylarını gösterebiliriz: İş kaybı, boşanma, sevilen bir kişinin ölümü gibi önemli kayıplar veya travmatik olaylar depresyonu tetikleyebilir (Beck, 1976). Özellikle çocuklukta yaşanan fiziksel, duygusal veya cinsel istismar gibi travmalar, bireyin ileriki yaşamında depresyon geliştirme riskini artırdığı bilinmektedir (Kessler, 1997; Heim & Nemeroff, 2001). Brown ve Harris'in (1978) yaptığı bir çalışmada, stresli yaşam olaylarının depresyon riskini önemli ölçüde artırdığı belirtilmiştir. Yine bir araştırmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde depresyon prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Lorant ve ark., 2003).

Bazı kişilik özellikleri de depresyona yatkınlığı artırabilir. Özellikle düşük benlik saygısı, aşırı bağımlılık, mükemmeliyetçilik ve yüksek düzeyde anksiyete taşıyan bireyler, depresyon geliştirme riski taşır. Bu kişiler, hayatlarındaki stresli olaylarla başa çıkmakta zorlanabilir ve bu da depresyonun gelişmesine yol açabilir (Kendler ve ark., 2006).

Aaron Beck'in (1976) bilişsel teoriye dayanan depresyon modeli, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarının depresyonun gelişiminde kritik bir rol oynadığını öne sürer. Bu modelde depresyonun, bireyin kendisini değersiz hissetmesine,

geleceği karamsar görmesine ve dış dünyayı tehdit edici olarak algılamasına dayandığı belirtilir. Depresif bireyler, olayları genellikle olumsuz yorumlar ve bu durum depresyonun sürmesine katkıda bulunur.

Sosyal destek eksikliği, depresyonun ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir etkidir. Yalnızlık, bireylerin kendilerini izole hissetmesine ve depresyonun derinleşmesine neden olabilir. Cacioppo ve Hawkley (2003), yalnızlık ile depresyon arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Yetersiz sosyal ilişkiler, bireyin yaşam kalitesini düşürür ve ruhsal sağlığını olumsuz etkiler.

Yaşam tarzı değişiklikleri depresyon tedavisinde önemli bir rol oynar: Örneğin düzenli egzersiz yapmak, endorfin salgılama ve genel ruh halini iyileştirme konusunda yardımcı olur. Egzersizin depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğu araştırmalarla da kanıtlanmıştır (Craft & Perna, 2004). Bunlara ek olarak beslenmenin de depresyon riskini azaltmada önemli bir rolü olduğu bulunmuştur: Özellikle Omega-3 yağ asitleri ve bazı vitaminlerin depresyon riskini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir. (Sarris ve ark., 2012). Yaşam tarzı değişikliklerinde eğileceğimiz bir diğer husus; yeterli uykunun alınıp alınmadığıdır. Yeterli uyku ruhsal sağlığı iyileştirebilir. Uyku bozuklukları olan bireylerde depresyon semptomlarının daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir (Riemann & Nissen, 2015).

Depresyon tedavisinde psikoterapi anlamında en sık başvurulanan yöntem bilişsel davranışçı terapidir. BDT, depresyonun temelinde yatan olumsuz düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmeye çalışır; bireylerin kendilerini değersiz hissetmelerine neden olan düşünceleri tanımlarına ve bunları daha olumlu düşüncelerle değiştirmelerine yardımcı olur (Beck, 1976). Yapılan araştırmalar, BDT'nin depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Hollon & Dimidjian, 2009).

Farmakolojik tedaviler depresyonu biyolojik olarak ele alır ve genellikle üç ana ilaç grubunu içerir: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar), beyindeki serotonin seviyelerini artırarak semptomları hafifletir; örnekleri arasında Prozac (fluoksetin) ve Zoloft (sertralin) bulunur ve bu ilaçların etkili olduğu çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (Miller, 2006). Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI'lar), hem serotonin hem de norepinefrin seviyelerini

artırır ve Effexor (venlafaksin) ile Cymbalta (duloksetin) bu grup ilaçlardandır; bu ilaçların da depresyon tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Kuehner, 2017). Trisiklik Antidepresanlar (TCA'lar), serotonin ve norepinefrin düzeylerini artırır, ancak genellikle yan etkiler nedeniyle daha az tercih edilir (Thase, 2008).

2.4. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğu, bireyin yaşamını önemli ölçüde etkileyen sürekli bir kaygı ve endişe hali olarak tanımlanır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), anksiyete bozukluğunu, bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen aşırı ve sürekli bir kaygı durumu olarak tanımlar (APA, 2013). Normal şartlarda kaygı, bir tehlike veya stres kaynağına karşı verilen doğal bir tepki olarak kabul edilir ve normalde hayvan ve insanları hayatta tutan bir mekanizmadır. Ancak, anksiyete bozukluğunda bu kaygı hali aşırı hale gelir ve belirgin bir tetikleyici olmadan da devam eder.

Anksiyete bozukluğu, DSM 5'te tek bir hastalık olarak ele alınmaz; çeşitli alt grupları ile yer alır. Her bir tür, farklı semptomlar ve etkilerle kendini gösterir. Bunlar genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk olarak sıralanabilir. (APA, 2013)

Genel Anksiyete Bozukluğu, kişinin günlük yaşamında sürekli ve yaygın bir kaygı hissetmesi ile karakterizedir. GAB'li bireyler, iş, sağlık, para ve aile gibi birçok konuda aşırı ve gerçek dışı endişeler taşırlar. Bu endişeler genellikle kontrol edilemez ve günlük işlevselliklerini bozar. GAB'li kişiler sıklıkla şu belirtileri yaşarlar: huzursuzluk, kolayca yorulma, konsantrasyon zorluğu, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku sorunları (APA, 2013).

Panik bozukluğu, ani ve şiddetli panik atakları ile tanımlanır. Panik ataklar, birkaç dakika süren yoğun korku nöbetleridir ve genellikle fiziksel semptomlar eşlik eder. Bu semptomlar arasında kalp çarpıntısı, terleme, titreme, nefes darlığı ve baş dönmesi yer alır. Panik bozukluğu olan bireyler, atakların tekrar edeceğinden korkarak yaşamlarını sınırlayabilir ve sosyal durumlardan kaçınabilirler (NIMH, 2021).

Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal ortamlarda aşırı bir utanç ve korku yaşama durumu olarak tanımlanır. Bu bozuklukta olan bireyler, başkalarının

kendilerini yargılayacağından korkarlar ve sosyal durumlardan kaçınırlar. Bu durum, iş hayatı, okul ve sosyal ilişkiler üzerinde büyük bir etki yapabilir. Sosyal anksiyete bozukluğu, yalnızca bir topluluk önünde konuşma gibi durumlarla sınırlı kalmaz, aynı zamanda günlük etkileşimlerde bile yoğun bir stres yaratabilir (APA, 2013).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk, kişiyi rahatsız eden obsesyonlar (sürekli tekrar eden düşünceler) ve bu düşüncelerden kurtulma amacıyla gerçekleştirilen kompulsiyonlar (tekrarlayıcı davranışlar) ile karakterizedir. Örneğin, kişi sürekli olarak kirlenmekten korkabilir ve bu korkusunu hafifletmek için sürekli ellerini yıkayabilir. OKB, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir ve büyük bir zaman kaybına neden olabilir (APA, 2013).

Yukarıda bahsettiğimiz tüm hastalıklarda olduğu gibi anksiyete bozukluğunun gelişiminde de genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler rol oynar:

Araştırmalar, anksiyete bozukluğunun genetik bir yatkınlıkla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluğu olan bireylerde bu bozukluğun gelişme riski daha yüksektir (Hettema, Neale, & Kendler, 2001). Beyindeki kimyasal dengesizlikler de anksiyete bozukluğuna katkıda bulunabilir. Özellikle serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzensizlikleri, anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Olumsuz düşünce kalıpları ve başa çıkma stratejilerinin eksikliği, anksiyete bozukluğunun gelişiminde önemli bir rol oynar. Felaketleştirme, yani olayların en kötü sonuçlarını öngörme eğilimi, anksiyete düzeylerini artırabilir. Aynı şekilde, düşük özsaygı ve kendine güvensizlik de anksiyete riskini artıran psikolojik faktörlerdir (Beck, 1976).

Travmatik yaşam deneyimleri, çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismar gibi çevresel faktörler, anksiyete bozukluklarının gelişmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, uzun süreli stres, kayıplar ve yaşamda büyük değişiklikler de tetikleyici rol oynayabilir (Morris ve ark., 2019).

Anksiyete bozukluğu tedavi edilebilen bir rahatsızlıktır. Tedavi sürecinde kullanılan en yaygın yöntemler psikoterapi, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerini içerir:

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), anksiyete bozukluklarının tedavisinde en sık kullanılan ve en etkili terapilerden biridir. BDT, bireylerin kaygıya yol açan olumsuz düşünce kalıplarını tanımlamasına ve değiştirmesine yardımcı olur. Ayrıca, maruz kalma terapisi gibi yaklaşımlar, bireylerin korkularıyla yüzleşmelerini ve bu korkuların üzerindeki kontrollerini artırmalarını sağlar (Hofmann ve ark., 2012).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) gibi antidepresanlar, anksiyete bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılır. Bu ilaçlar, beyindeki nörotransmitterlerin dengesini düzenleyerek kaygıyı azaltır. Bunun yanında, kısa süreli olarak benzodiazepinler gibi anksiyolitik ilaçlar da kullanılabilir, ancak bu ilaçlar bağımlılık riski taşıdığı için dikkatle kullanılmalıdır (Bandelow ve ark., 2017).

Egzersiz, sağlıklı beslenme ve düzenli uyku gibi yaşam tarzı değişiklikleri de anksiyete ile başa çıkmada etkili olabilir. Fiziksel aktivite, endorfin salgısını artırarak kaygıyı azaltabilir. Aynı şekilde, yoga, meditasyon ve nefes alma egzersizleri gibi gevşeme teknikleri de stres yönetimine yardımcı olabilir (Stonerock ve ark., 2015)

2.5. İnsani Yardım Sektörünün İş Koşullarına Genel Bir Bakış

İnsani yardım sektörü, kriz anlarında insan hayatını kurtarmak ve iyileştirmek amacıyla çalışan çeşitli kuruluşları içerir. Bu sektördeki çalışanlar, genellikle zorlu ve riskli ortamlarda görev alarak büyük bir özveri ile çalışırlar. Ancak, bu meslek grubunun iş koşulları hem fiziksel hem de psikolojik açıdan pek çok zorluk barındırmaktadır (InterAction, 2023).

İnsani yardım sektörü çalışanlarının iş koşulları, görev yapılan bölgenin altyapı eksiklikleri, iklim şartları ve güvenlik durumları gibi çevresel faktörlerden etkilenir (World Health Organization, 2022). Örneğin, Afrika'nın bazı kırsal bölgelerinde yolların bozuk olması ve ulaşım zorlukları, yardım malzemelerinin ulaştırılmasını güçleştirebilir (Humanitarian Accountability Partnership, 2021). Bu durum, yardımın etkinliğini azaltabilir ve ekiplerin harekete geçme süresini uzatabilir.

Çalışanlar, ekstrem hava koşullarıyla karşılaşabilirler. Tropikal bölgelerde yüksek sıcaklık ve nem oranları hem fiziksel sağlığı hem de çalışma verimliliğini etkileyebilir. Ayrıca, sel ve fırtınalar gibi doğal afetler, yardım operasyonlarını kesintiye uğratabilir (World Health Organization, 2022).

Çatışma bölgelerinde veya politik olarak istikrarsız bölgelerde çalışanlar, kişisel güvenlik riskiyle karşı karşıya kalabilirler. Örneğin, Suriye iç savaşında yardım çalışanları, çatışma bölgelerinde zorunlu olarak bulunmak zorunda kalmış ve bu durum yüksek risk oluşturmuştur (Humanitarian Accountability Partnership, 2021).

İnsani yardım çalışanlarının iş yükü ve ve yapılan işin psikolojik yükü, sektördeki çalışma ortamını derinlemesine anlamak açısından kritik öneme sahiptir. Çalışanlar, dar zaman diliminde ve yüksek talep altında çalışmak zorunda kalır; örneğin, bir doğal afette, sınırlı kaynaklarla binlerce insanın acil yardım ihtiyacını karşılamak zor olabilir, bu da hem iş yükünü hem de psikolojik yükü ağırlaştırır (World Health Organization, 2022). Ayrıca, kriz bölgelerinde travmatik olaylarla sıkça karşılaşan bu bireyler, şiddet, açlık ve hastalık gibi deneyimlerle psikolojik sağlık sorunları yaşama riskini de taşır. Stres bozukluğu ve tükenmişlik sendromu gibi psikolojik etkiler bu tür deneyimlerle ilişkilidir (Humanitarian Accountability Partnership, 2021). Çalışanlar ayrıca, yerel halkın kültürel ve sosyal normlarına uyum sağlamak zorunda olup, bu uyumsuzluklar bazen kültürel engellere ve yanlış anlamalara neden olabilir. Özellikle kadın çalışanlar, cinsiyet eşitliği konusundaki kültürel engeller nedeniyle daha fazla zorluk yaşama riski taşır (InterAction, 2023).

2.6. Türkiye’de Göç Odaklı Çalışan İnsani Yardım Sektörüne Genel Bir Bakış

2011 yılında Suriye iç savaşının patlak vermesiyle, Türkiye’ye büyük bir göçmen akını gerçekleşmiş ve bu durum, Türkiye’deki göç odaklı insani yardım sektörünün önemini artırmıştır. Göçmenlere yönelik insani yardımlar, sadece acil yardım değil, aynı zamanda uzun vadeli sosyal uyum stratejileri de içermektedir. Barınma, sağlık hizmetleri, eğitim ve sosyal uyum alanına odaklanan bu

yardımlar; Türkiye Cumhuriyeti hükümetinin girişimleri ve çeşitli STK'lar (sivil toplum kuruluşları) aracılığıyla yürütülmektedir (Kaya & Çelik, 2021).

Göçmenler için barınma yardımları, geçici konaklama merkezlerinden kalıcı konutlara kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı), göçmenlerin barınma ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli kamplar ve geçici konaklama tesisleri kurmuştur (AFAD, 2023).

Göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık merkezleri kurulmuş ve ücretsiz sağlık hizmetleri sağlanmıştır. Türkiye'deki sağlık sistemine entegrasyon süreci, sağlık hizmetlerine erişim açısından çeşitli zorluklar içermektedir (Aydın & Yılmaz, 2022).

Göçmen çocuklarının eğitim haklarını güvence altına almak için çeşitli eğitim programları ve okullar açılmıştır. Ancak, dil bariyerleri ve eğitim materyallerindeki eksiklikler gibi sorunlar devam etmektedir (Kaya & Çelik, 2021).

Sosyal entegrasyon programları, göçmenlerin yerel topluluklarla kaynaşmalarını desteklemek amacıyla tasarlanmıştır. Bu programlar genellikle kültürel uyum eğitimleri ve toplumsal destek gruplarını içerir (Smith & Jones, 2023).

2.7. İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinin Yaşadığı Zorluklara Yönelik Araştırmalar

İnsani yardım çalışanları, mültecilerin temel ihtiyaçlarını karşılamak, sosyal uyumlarını desteklemek ve onların psikolojik sağlıklarını iyileştirmek gibi pek çok görev üstlenmektedirler. Türkiye'deki bu sektörde çalışanların, genellikle Suriyeli mültecilerle bire bir çalıştıkları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (Doğan & Çelik, 2019).

Türkoğlu (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'deki insani yardım çalışanlarının %60'ının ciddi seviyede stres yaşadığı ve %30'unun tükenmişlik belirtileri gösterdiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada, çalışanların uzun çalışma saatleri, düşük maaşlar ve iş yerindeki belirsizliklerle başa çıkmakta zorlandıkları ifade edilmiştir. Ayrıca, göçmenlerle sürekli etkileşim halinde olmanın, çalışanlar üzerinde ikincil travma etkisi yarattığı da vurgulanmaktadır.

Türkiye'deki insani yardım çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda, dayanıklılığı yüksek olan çalışanların, duygusal olarak daha az etkilendikleri ve iş tatminlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Kalaycıoğlu, 2018).

Yine de dayanıklılık, tek başına tüm sorunları çözmemektedir. Araştırmalar, insani yardım sektöründe çalışan bireylerin sosyal destek mekanizmalarına ihtiyaç duyduklarını, ekip içi dayanışmanın ve örgütsel desteğin kritik olduğunu göstermektedir (Barankay, 2017). Örneğin, bir grup çalışmada, Türkiye'deki insani yardım çalışanlarının %40'ının, iş arkadaşlarından ve üstlerinden yeterli desteği almadıkları için motivasyonlarının düştüğü ve iş tatminlerinin azaldığı bildirilmiştir (Çetin & Yıldırım, 2021).

Türkiye'deki göç odaklı insani yardım sektöründe çalışanların karşılaştığı zorluklar sadece psikolojik faktörlerle sınırlı değildir. Literatürde, bu sektördeki yapısal sorunlara da dikkat çekilmektedir. Özellikle, hükümet politikalarının ve bürokrasinin insani yardım projelerini yavaşlattığı, bu durumun da çalışanlar üzerinde ek stres yarattığı ifade edilmektedir (İçduygu, 2015).

Bir diğer önemli sorun ise finansal kaynakların yetersizliği ve bu kaynakların dengesiz dağıtılmasıdır. Türkiye'deki yerel STK'lar, uluslararası fonlardan yeterince yararlanamadıkları için çoğu zaman büyük projeleri yürütmekte zorlanmaktadır. Ayrıca, uluslararası kuruluşların Türkiye'deki projelere yeterince uzun vadeli destek sağlamamaları, bu sektörde istikrarsızlığa neden olmaktadır (Özden & Erdoğan, 2020).

2.8. İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde Tütün Kullanımına Yönelik Araştırma Özetleri

Smith ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, insani yardım çalışanları arasında tütün kullanımının yaygın olduğu bulunmuştur. Çalışma, insani yardım sektöründeki çalışanların %30'unun düzenli olarak tütün kullandığını göstermiştir. Araştırma, bu yüksek kullanım oranının, çalışanların yüksek stres seviyeleri ve zorlu iş koşullarıyla ilişkilendiğini vurgulamaktadır.

Wilson ve arkadaşlarının (2021) araştırması, tütün kullanımının insani yardım çalışanlarının fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini incelemiştir. Çalışma, tütün kullanan çalışanların kalp hastalıkları ve solunum sorunları

yaşama riskinin, tütün kullanmayanlara kıyasla önemli ölçüde yüksek olduğunu bulmuştur. Bu bulgular, tütün kullanımının sadece kişisel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda iş gücü verimliliği üzerinde de olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Özellikle, zorlu çalışma koşulları ve yüksek stres, bu sağlık sorunlarının şiddetini artırabilir.

Miller ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, tütün kullanan insani yardım çalışanlarının anksiyete ve depresyon belirtilerinin, tütün kullanmayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, tütün kullanımının, psikolojik sağlık sorunlarını tetikleyici bir faktör olarak işlev görebileceğini ve çalışanların ruhsal sağlıkları üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yaratabileceğini vurgular. Çalışmanın bulguları, tütün kullanımının ruhsal sağlık üzerindeki bu etkilerinin, stresle başa çıkma mekanizmaları ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

Johnson ve arkadaşlarının (2020) araştırması, sigara bırakma programlarının insani yardım çalışanları üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Çalışma, bu programların, tütün kullanımını azaltmada etkili olduğunu ve çalışanların tütün kullanımını bırakmalarına yardımcı olduğunu bulmuştur. Ayrıca, stres yönetimi stratejilerinin de tütün kullanımını azaltmada önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Bu bulgular, stres yönetimi ve sigara bırakma programlarının birleşiminin, tütün kullanımını azaltmada etkili bir strateji olabileceğini göstermektedir.

Anderson ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal destek eksikliklerinin tütün kullanımını nasıl etkileyebileceği araştırılmıştır. Araştırma, sosyal destek eksikliklerinin, insani yardım çalışanlarının tütün kullanımını artırabileceğini ve bu eksikliklerin çalışanların stresle başa çıkma becerilerini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermiştir. Sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, çalışanların tütün kullanımını azaltmada önemli bir rol oynayabilir ve bu durum, genel ruhsal sağlıklarını iyileştirebilir.

Thompson ve arkadaşları (2016), iş stresinin insani yardım çalışanları arasındaki tütün kullanımına etkilerini inceledikleri araştırmalarında, özellikle kriz bölgelerinde çalışanların yüksek stres düzeyleriyle başa çıkmak için tütün kullanımına yöneldiklerini bulmuşlardır. Çalışma, stresin bu çalışanlarda tütün

kullanımıyla yakından ilişkili olduğunu ve stres yönetimi stratejilerinin bu oranları azaltabileceğini vurgulamaktadır.

Richards ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları bir araştırmada, tütün kullanımının insani yardım çalışanları arasında yaygın olan uyku bozukluklarıyla nasıl bağlantılı olduğu incelenmiştir. Araştırma, tütün kullanan çalışanların daha fazla uyku problemi yaşadığını ve bu durumun stresle başa çıkma yeteneklerini zayıflattığını ortaya koymuştur.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın amacı Adana'da göç alanında sahada çalışan insani yardım sektörü profesyonellerinin iş koşulları ile anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin ilişkisini taramak ve bu durumun sigara kullanım sıklığı ile ilişkisini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda özellikle sıklıkla kriz müdahalesi sürecinde yer alan insani yardım sektörü profesyonellerinin iş koşullarının psikolojik iyilik halini destekleyebilecek önerilerde bulunabilmektedir.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Adana'da göç alanında sahada çalışan insani yardım sektörü personellerinin depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı puanları, Adana dışında saha dışı görevlerde yer alan insani yardım sektörü çalışanlara göre daha yüksektir.

H2: Adana'da göç alanında sahada çalışan insani yardım sektörü personellerinden iş güvencesi ve iş yükü konusunda iş koşullarının elverişli olduğunu düşünenlerin depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı puanları, düşünmeyenlere göre daha düşüktür.

H3: Adana'da göç alanında sahada çalışan insani yardım sektörü personellerinin çalışma koşullarının fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik anlamda destekleyici olmadığını ifade edenlerin depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

H4: Adana'da göç alanında insani yardım sektöründe sahada çalışanların çalışma koşullarındaki stres seviyesinden etkilendiğini ifade edenlerin, nikotin bağımlılık düzeyi, depresyon ve anksiyete ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

H5: Adana'da göç alanında insani yardım sektöründe sahada çalışanların depresyon ve anksiyete düzeyleri, nikotin bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordar.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar arasındaki farklılıkları belirlemek ve değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla nicel yöntemler kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada Adana'da göç üzerine sahada çalışan ve Adana ili dışında saha dışı pozisyonlarda bulunan insani yardım kuruluşlarındaki kişiler katılımcı olarak seçilmiştir. Adana'da göç alanında sahada çalışan kişiler, zorlayıcı ve travmatik durumlarla karşılaşan göçmenlere ilk müdahaleyi yapan, ilgili kurumlardan destek alınması adına yönlendirmeleri gerçekleştiren pozisyonlarda bulunan kişilerden oluşmaktadır. Adana ili dışında saha dışı pozisyonlarda bulunan insani yardım sektörü çalışanları ise günümüz koşullarında beyaz yaka işleri diyebileceğimiz satın alma, yöneticilik, proje geliştirme, lojistik gibi destek birimleri pozisyonlarında çalışan kişilerden oluşmaktadır. Adana genelinde göçmenlerle sahada çalışan ve Adana ili dışında saha dışı pozisyonlarda bulunan insani yardım görevlileri sayısı ilgili kurumların veri tabanlarından faydalanılarak, ortalama 270 kişi olarak belirlenmiştir. Bu evren üzerinde yapılan yüzde 95 güven aralığı ile yapılan g- power güvenilirlik çalışmasına göre örneklem büyüklüğü en az 160 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya en az 6 aydır sektörde çalışmakta olan, Türkçe okuma yazma bilen ve her ulustan gelen katılımcılar rastgele seçilmiştir. Örneklem olarak nikotin kullanan 167 kişiye ulaşılmış olup, bu katılımcıların 94'ü Adana'da sahada göçmenlerle birebir çalışan personellerden; 73'ü ise Adana ili dışında saha dışı pozisyonlarda çalışan personellerden oluşmaktadır. Araştırma için uygulanan anket 188 kişiye ulaşmış olup, bunlardan 21'inin cevapları örneklem açısından geçersiz olduğundan analizlere dahil edilmemiştir. Saha çalışanlarının demografik verilerine göre ölçek puanları farklılıklarına, saha çalışanlarının anket sorularına verdikleri yanıtlara göre ilgili ölçek puanlarının farklılıklarına, saha çalışanları ile saha dışı çalışan katılımcıların ölçek puan farklılıklarına bakılmıştır. Saha çalışanlarında depresyon ve anksiyete belirtileri ile nikotin bağımlılığı

ilişkinine bakılmıştır. Regresyon analizinde de saha çalışanlarında nikotin bağımlılığı üzerinden depresyon ve anksiyete belirtilerinin etkisine bakılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde katılımcılara anketler uygulanmıştır: Sigara bağımlılık belirti düzeylerini taramak için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri için Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların demografik bilgileri ve iş koşullarını inceleyen bir anket de uygulanmıştır. Bu tez çalışması için yürütülen anketlerin toplanması için Google Formlar uygulamasından yararlanılmıştır. Bu sebeple internet tabanlı anketlerin standartlara uygun şekilde yürütülmesi amacıyla CHERRIES (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys) kontrol listesinden faydalanılmıştır (Eysenbach, 2004). Anket, CHERRIES standartlarının da uygun gördüğü şekilde kapalı anket yoluyla uygulanmış; araştırmanın hedef kitlesine e-posta ve sosyal medya aracılığı ile oluşturulan özel Google form linki iletilmiştir. Katılımcıların veri gizliliğini korumak için isim bilgileri gibi ayırıcı bilgiler istenmemiştir. Katılımcıların onam vermelerinin ardından anket uygulamasına geçilmiş; istedikleri zaman anketi sonlandırabilecekleri bilgisi paylaşılmıştır. Anket ulaştırılan kişi sayısı 188 olup, bunlardan 21'inin yanıtları örneklem açısından geçersiz olduğundan analizlere dahil edilmemiştir.

3.4.1. Sosyodemografik Sorular

Katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyine dair 5 adet sosyodemografik durumlarını tarayacak nitelikte soru yöneltilmiştir.

3.4.2. İş Koşullarını Tarayan Anket Soruları

İş koşullarını tarayan anket soruları oluşturulmadan önce araştırma konusu kişilerle bir ön anket çalışması yapılmış ve böylelikle Türkiye'de insani yardım sektörü profesyonellerinin iş koşullarına dair bilgiler elde edilmiştir. Ardından bu bilgiler ışığında araştırma soruları oluşturulmuştur.

Aşağıda iş koşullarını tarayan 15 anket sorusunun tamamı sıralanmıştır:

Lütfen aşağıdaki soruları halihazırda çalışmakta olduğunuz işyeri için yanıtlayınız:

1) İşyerinizdeki haftalık çalışma süreniz nedir?

Part time (max 20 saat)

40 saat

41 ve üstü

Çalışmıyorum

2) İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet, iş yüküm oldukça fazladır.

Kararsızım.

Biraz düşünüyorum.

Çalıştığım yer iş yükü açısından tatmin edicidir.

Çalışmıyorum.

3) İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?

Hayır, hiç düşünmüyorum.

Fikrim yok.

Biraz olduğunu düşünüyorum.

Evet, iş güvencem vardır.

Çalışmıyorum.

4) İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Tamamen etkilendiğimi düşünüyorum.

Bu konuda fikrim yok.

Biraz etkilendiğimi düşünüyorum.

Hiç etkilenmiyorum.

Çalışmıyorum.

5) İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?

- Çok sık karşılaşıyorum.
- Fikrim yok.
- Ara sıra karşılaşıyorum.
- Hiç karşılaşmıyorum.
- Çalışmıyorum.

6) İş yükünüzün adil bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?

- Hiç katılmıyorum.
- Fikrim yok.
- Biraz katılıyorum.
- Tamamen katılıyorum.
- Çalışmıyorum.

7) İşyerinizde mesai dışı çalışma gerekliliğiyle karşılaşıyor musunuz?

- Evet, her zaman karşılaşıyorum.
- Fikrim yok.
- Ara sıra mesai dışı çalışmam gerekiyor.
- Hayır mesai dışı çalışmam gerekmiyor.
- Çalışmıyorum.

8) İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?

- Hayır, hiç alamıyorum.
- Bu konuda fikrim yok.
- Biraz alabiliyorum.
- Evet, alabiliyorum.
- Çalışmıyorum.

9) İşyerinde çalışma ortamınızdaki fiziksel koşullar (ofis, saha vb.) rahat bir şekilde çalışmanıza olanak tanıyor mu?

Hayır, hiç katılmıyorum.

Fikrim yok.

Çalışma koşullarım biraz olanaklı.

Evet, çalışma koşullarım olanaklı.

Çalışmıyorum.

10) İşvereninizin sağladığı ekip destekleri (psikososyal faaliyetler, eğitim, danışmanlık) ne düzeyde yeterli?

Tamamiyle yetersiz.

Fikrim yok.

Biraz yeterli.

Gayet yeterli.

Çalışmıyorum.

11) İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Hayır, hiç böyle düşünmüyorum.

Fikrim yok.

Biraz etkili olduğunu düşünüyorum.

Evet, yeterince etkili olduğunu düşünüyorum.

İşyerimde böyle bir işleyiş yok.

Çalışmıyorum.

12) İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?

Hayır, hiç hissetmiyorum.

Fikrim yok.

Biraz hissediyorum.

Tamamiyle güvende hissediyorum.

Çalışmıyorum.

13) İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet, kesinlikle olumsuz etkileniyorum.

Fikrim yok.

Biraz etkilendiğimi düşünüyorum.

Hayır hiç etkilendiğimi düşünmüyorum.

14) Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?

Evet, kesinlikle çok etkiliyor.

Fikrim yok.

Biraz etkiliyor.

Hayır hiç etkilemiyor.

Çalışmıyorum.

15) İşyerinizde işleriniz sırasında sigara içme ihtiyacınızın arttığını hissediyor musunuz?

Evet, kesinlikle katılıyorum.

Fikrim yok.

Biraz katılıyorum.

Hayır, katılmıyorum.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği

Bu çalışmada katılımcılara depresyon belirti düzeylerini ölçmek adına Beck depresyon ölçeği kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği (BD), bireylerde depresyon düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan yaygın bir psikolojik ölçektir. Dr. Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir ve 21 maddeden oluşur. Her madde, depresyonun farklı belirtilerini (örneğin, mutsuzluk, uyku

bozuklukları, enerji kaybı) değerlendirir ve kişi, belirtilerinin şiddetine göre puanlar. Türkçe'ye, 1970'lerde İbrahim Türkçapar ve arkadaşları tarafından çevrilmiş ve adaptasyon çalışmaları yapılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, psikiyatri ve psikoloji alanlarında depresyon tanısı ve tedavi sürecini değerlendirmek, araştırmalarda ise depresyonun yaygınlık ve şiddetini incelemek amacıyla kullanılmaktadır (Beck, 1961). Bu ölçek, depresyonun objektif ve güvenilir bir şekilde ölçülmesine olanak tanır, bu yüzden klinik ve araştırma ortamlarında yaygın olarak tercih edilmektedir. Bu çalışmada yapılan güvenirlik analizi sonuçlarına göre Beck Depresyon Ölçeği'ne ait cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur, ölçek oldukça güvenilirlerdir.

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Bu çalışmada katılımcılara anksiyete belirti düzeylerini ölçmek adına Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği (BA), bireylerde anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir psikolojik değerlendirme aracıdır. Dr. Aaron T. Beck tarafından 1988 yılında oluşturulmuştur ve 21 maddeden oluşur. Her madde, anksiyetenin farklı belirtilerini (örneğin, korku, endişe, fiziksel gerginlik) değerlendirir ve kişi belirtilerin şiddetine göre puanlar. Beck Anksiyete Ölçeği, Türkçeye 1991 yılında Durak ve arkadaşları tarafından çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçek, anksiyeteyi klinik ortamda değerlendirmek, tedavi süreçlerini izlemek ve araştırmalarda anksiyete düzeylerini karşılaştırmak amacıyla kullanılır (Beck, 1988). Beck Anksiyete Ölçeği, anksiyetenin sistematik bir şekilde ölçülmesini sağladığı için, klinik değerlendirmeler ve araştırmalar için önemli bir araçtır. Bu çalışmada Beck

Anksiyete Ölçeği'ne ait cronbach alfa değeri 0.94'tür, ölçek oldukça güvenilirlerdir.

3.4.5 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Katılımcıların nikotin bağımlılığı belirti düzeylerini taramak için anketimizde sadece sigara kullanan katılımcıların doldurabileceği şekilde tasarlanan Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNB) uygulanmıştır. Fagerström Nikotin

Bağımlılık Testi bireylerin tütün bağımlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan yaygın bir ölçektir. 1978 yılında Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiştir ve nikotin kullanımına ilişkin 6 madde içermektedir. Bu maddeler, kişilerin tütün kullanım sıklığı, sigara içme alışkanlıkları ve bağımlılık belirtilerini ölçer. Türkçeye 1995 yılında Kökön and arkadaşları tarafından çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi, tütün bağımlılığını değerlendirmek, tedavi süreçlerini izlemek ve araştırmalarda bağımlılık düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek, nikotin bağımlılığını objektif bir şekilde ölçmeye olanak sağlar ve klinik ortamlar ile araştırma çalışmalarında sıklıkla tercih edilmektedir (Fagerström, 1978). Bu çalışmada Fagerström Ölçeğine ait cronbach alfa değeri ise 0.87 bulunmuştur, ölçek oldukça güvenilirlerdir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır.

Normallik varsayımı değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin-1.5 ile +1.5 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ayrıca histogram grafikleri de incelenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi kullanılarak incelenmiş olup $\text{Ort} \pm \text{SS}$ gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği iki grup mevcut ise bağımsız gruplar t testi, ikiden fazla grup mevcut ise ANOVA ve Brown-Forsythe ile incelenmiş olup $\text{Ort} \pm \text{SS}$ gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği iki grup mevcut ise Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grup mevcut ise Kruskal Wallis ile incelenmiştir. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır (Tablolarda Medyan (1.Çeyreklik-3.Çeyreklik) şeklinde gösterilmiştir) (Field, 2013). Ölçekler arasındaki korelasyonun incelenmesi için normal dağılım göstermeleri durumunda Pearson Korelasyon

analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisinin incelenmesinde Ki-Kare ve Fisher Exact Test kullanılmıştır.

FNB bağımlı değişken kabul edilerek uygulanan lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenlerin FNB'nin %15'ini açıkladığı bir model elde edilmiştir ($p < 0.001$).



4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 1: Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler		Frekans n=167	Yüzde (%)
Yaş Grupları	18 – 34	86	51.5
	34 – 44	54	32.3
	45 +	27	16.2
Cinsiyet	Erkek	78	46.7
	Kadın	89	53.3
Eğitim Durumu	Lisansüstü	36	21.6
	Lise	17	10.2
	Lisans	114	68.3
Gelir Durumu (TL/Ay)	< 39.000	53	31.7
	40.000 - 69.000	86	51.5
	> 70.000	28	16.8
Medeni Hal	Bekar	94	56.3
	Evli	73	43.7

Tablo 2: İnsani Yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların yaş değişkenine göre farklılıkları
a: Exact Test b:Ki-kare

Soru 7: İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		Çalıştığım yer iş yükü açısından tatmin edicidir		İş yüküm oldukça fazladır		Kararsızım		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	28	32.6	18	20.9	27	31.4	13	15.1	0.01a
34 – 44	9	16.7	9	16.7	32	59.3	4	7.4	
+ 45	7	25.9	10	37	9	33.3	1	3.7	
n = 94.									

Soru 8: İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		İş güvencem var		Fikrim yok		Hiç düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	25	25	9	10.5	13	15.1	39	45.3	0.24a
34 – 44	16	16	6	11.1	2	3.7	30	55.6	
+ 45	10	10	5	18.5	1	3.7	11	40.7	
n = 94.									

Soru 9: İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Yaş Aralığı	Biraz (%)		Fikrim yok (%)		Hiç etkilenmiyorum (%)		Tamamen etkilendiğimi düşünüyorum (%)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	25	29.1	8	9.3	2	2.3	51	59.3	0.05a
34 – 44	16	29.6	0	0	0	0	38	70.4	
+ 45	13	48.1	0	0	0	0	14	51.9	
n = 94.									

Soru 10: İş yerinde kriz durumlarıyla ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

Yaş Aralığı	Ara sıra karşılaşıyorum (%)		Çok sık karşılaşıyoru m (%)		Fikrim yok (%)		Hiç karşılaşılmıyorum (%)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	40	46.5	40	46.5	5	5.8	1	1.2	0.67a
34 – 44	27	50	26	48.1	0	0	1	1.9	
+ 45	14	51.9	12	44.4	1	3.7	0	0	
n = 94.									

Soru 13: İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		Fikrim yok		Alabiliyorum		Hiç alamıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	24	27.9	3	3.5	3	8.1	3	60.5	0.95a
34 – 44	14	25.9	7	5.6	7	7.4	7	61.1	
+ 45	10	37	52	3.7	52	3.7	52	55.6	
n = 94.									

Soru 16: İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		Yeterince etkili olduğunu düşünüyorum		Fikrim yok		Hiç böyle düşünmüyorum		İş yerimde böyle bir işleyiş yok		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	27	31.4	9	10.5)	7	8.1	40	46.5	3	3.5	0.97a
34 – 44	17	31.5	6	11.1	2	3.7	27	50	2	3.7	
+ 45	7	25.9	3	11.1	2	7.4	13	48.1	2	7.4	
n = 94.											

Soru 17: İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		Fikrim yok		Hiç hissetmiyorum		Tamamıyla güvende hissediyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	35	40.7	4	4.7	39	45.3	8	9.3	0.47a
34 – 44	14	25.9	2	3.7	33	61.1	5	9.3	
+ 45	11	40.7	1	3.7	11	40.7	4	14.8	
n = 94.									

Soru 18: İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz (%)		Kesinlikle olumsuz etkileniyorum (%)		Fikrim yok (%)		Hiç etkilendiğimi düşünmüyorum (%)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	27	31.4	47	54.7	4	4.7	8	9.3	0.12a
34 – 44	28	51.9	24	44.4	1	1.9	1	1.9	
+ 45	14	51.9	11	40.7	0	0	2	7.4	
n = 94.									

Soru 19: Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?

Yaş Aralığı	Biraz		Kesinlikle olumsuz etkileniyorum		Fikrim yok		Hiç etkilemiyor		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	24	27.9	43	50	3	3.5	16	18.6	0.10a
34 – 44	11	20.4	30	55.6	3	5.6	10	18.5	
+ 45	13	48.1	7	25.9	0	0	7	25.9	
n = 94.									

Soru 20: İşyerinizde işleriniz sırasında sigara içme ihtiyacınızın arttığını hissediyor musunuz?

Yaş Aralığı	Biraz		Kesinlikle katılıyorum (%)		Fikrim yok		Katılmıyorum (%)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
18 – 34	11	12.8	54	62.8	2	2.3	19	22.1	0.13a
34 – 44	9	16.7	37	68.5	1	1.9	7	13	
+ 45	8	29.6	11	40.7	0	0	8	29.6	

$n = 94.$

Soru 21: Adana ilinde sahada göçmenlerle ya da Adana dışında saha dışı pozisyonlarda göçmenlerle çalışıp çalışmadığınızı işaretleyiniz.

Yaş Aralığı	Adana dışında göçmenlerle çalışanlar		Adana ilinde göçmenlerle çalışanlar		p değeri
	N	%	n	%	
18-34	34	39.5	52	60.5	$X^2=2.16$ 0.34b
34-44	24	44.4	30	55.6	
45+	15	55.6	12	44.4	

$n=167.$

Yaş ile Soru 7 arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0.01$). 18-34 yaş aralığındaki bireylerde iş yükünü biraz olarak belirtenlerin sayısı diğer yaş gruplarından daha fazladır. Yine aynı grupta iş yükünü tatmin edici bulanların ve kararsızların sayısı diğer yaş gruplarından daha fazladır. İş yükünü oldukça fazla bulanların sayısı 34-44 yaş grubundaki bireylerde diğer gruplardan daha fazladır.

Yaş ile diğer sorular arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 3: İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkları

a: Exact Test b: Ki-kare

Soru 7: İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Çalıştığım yer iş yükü açısından tatmin edicidir		İş yüküm oldukça fazladır		Kararsızım		p değeri
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	18	23.1	13	16.7	40	51.3	7	9	X ² =7.04 0.07b
Kadın	26	29.2	24	27	28	31.5	11	12.4	

n=94.

Soru 8: İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		İş güvencem var		Fikrim yok		Hiç düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	26	33.3	10	12.8	5	6.4	37	47.4	X ² =2.004 0.57b
Kadın	25	28.1	10	11.2	11	12.4	43	48.3	

n=94.

Soru 9: İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Cinsiyet	Biraz		Fikrim yok		Hiç etkilanmıyorum		Tamamen etkilendiğimi düşünüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	26	33.3	4	5.1	1	1.3	47	60.3	0.98a
Kadın	28	31.5	4	4.5	1	1.1	56	62.9	

n=94.

Soru 10: İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?

Cinsiyet	Ara sıra karşılaşıyorum		Çok sık karşılaşıyorum		Fikrim yok		Hiç karşılaşmıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	36	46.2	38	48.7	4	5.1	0	0	0.46a
Kadın	45	50.6	40	44.9	2	2.2	2	2.2	

n=94.

Soru 11 ve 12 ile ilgili anlamlı farklılıklar bulunmadığından analize dahil edilmemiştir.

Soru 13: İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Fikrim yok		Alabiliyorum		Hiç alamıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	21	26.9	6	7.7	5	6.4	46	59	0.22a
Kadın	27	30.3	1	1.1	7	7.9	54	60.7	

Soru 14 ve 15 ile ilgili anlamlı farklılıklar bulunmadığından analize dahil edilmemiştir.

Soru 16: İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Yeterince etkili olduğunu düşünüyorum		Fikrim yok		Hiç böyle düşünmüyorum		İş yerimde böyle bir işleyiş yok		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	25	32.1	7	9	6	7.7	38	48.7	2	2.6	0.81a
Kadın	26	29.2	11	12.4	5	5.6	42	47.2	5	5.6	

n=94.

Soru 17: İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Fikrim yok		Hiç hissetmiyorum		Tamamıyla güvende hissediyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	31	39.7	2	2.6	36	46.2	9	11.5	0.56a
Kadın	29	32.6	5	5.6	47	52.8	8	9	

n=94.

Soru 18: İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Fikrim yok		Hiç hissetmiyorum		Tamamıyla güvende hissediyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	32	41	40	51.3	3	3.8	3	3.8	0.57a
Kadın	37	41.6	42	47.2	2	2.2	8	9	

n=94.

Soru 19: Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?

Cinsiyet	Biraz		Kesinlikle çok etkiliyor		Fikrim yok		Hiç etkilemiyor		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	26	33.3	40	51.3	2	2.6	10	12.8	0.14a
Kadın	22	24.7	40	44.9	4	4.5	23	25.8	

n=94.

Soru 20: İşyerinizde işleriniz sırasında sigara içme ihtiyacınızın arttığını hissediyor musunuz?

Cinsiyet	Biraz		Kesinlikle katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Erkek	15	19.2	53	67.9	0	0	10	12.8	0.03a
Kadın	13	14.6	49	55.1	3	3.4	24	27	

n=94.

Cinsiyet ile Soru 20 arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0.03$). Sigara içme ihtiyacını biraz hissedenlerin sayısı, kesinlikle hissedenlerin sayısı erkeklerde kadınlardan daha fazladır.

Cinsiyet ile diğer sorular arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların gelir değişkenine göre farklılıkları
a: Exact Test

Soru 7: İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Çalıştığım yer iş yükü açısından tatmin edicidir		İş yüküm oldukça fazladır		Kararsızım		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	10	18.9	11	20.8	25	47.2	7	13.2	0.68a
40.000 - 69.000	27	31.4	18	20.9	32	37.2	9	10.5	
> 70.000	7	25	8	28.6	11	39.3	2	7.1	
n=94.									

Soru 8: İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		İş güvencem var		Fikrim yok		Hiç düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	12	22.6	2	3.8	6	11.3	33	62.3	0.002a
40.000 - 69.000	29	33.7	9	10.5	10	11.6	38	44.2	
> 70.000	10	35.7	9	32.1	0	0	9	32.1	
n=94.									

Soru 9: İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Fikrim yok		Hiç etkilenmiyorum		Tamamen etkilendiğimi düşünüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	14	26.4	3	5.7	0	0	36	67.9	0.15a
40.000 - 69.000	31	36	5	5.8	0	0	50	58.1	
> 70.000	9	32.1	0	0	2	7.1	17	60.7	
n=94.									

Soru 10: İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?

Gelir Durumu	Ara sıra karşılaşıyorum		Çok sık karşılaşıyorum		Fikrim yok		Hiç karşılaşıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	25	47.2	25	47.2	3	5.7	0	0	0.65a
40.000 - 69.000	40	46.5	42	48.8	3	3.5	1	1.2	
> 70.000	16	57.1	11	39.3	0	0	1	3.6	

n=94.

Soru 13: İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Fikrim yok		Alabiliyorum		Hiç alamıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	
< 39.000	15	28.3	2	3.8	1	1.9	35	66	0.12a
40.000 - 69.000	24	27.9	2	2.3	7	8.1	53	61.6	
> 70.000	9	32.1	3	10.7	4	14.3	12	42.9	

n=94.

Soru 16: İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Yeterince etkili olduğunu düşünüyorum		Fikrim yok		Hiç böyle düşünmüyorum		İş yerimde böyle bir işleyiş yok		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	14	26.4	4	7.5	6	11.3	26	49.1	3	5.7	0.54a
40.000 - 69.000	29	33.7	9	10.5	4	4.7	42	48.8	2	2.3	
> 70.000	8	28.6	5	17.9	1	3.6	12	42.9	2	7.1	

n=94.

Soru 17: İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Fikrim yok		Hiç hissetmiyorum		Tamamıyla güvende hissediyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	N	(%)	n	(%)	
< 39.000	15	28.3	4	7.5	29	54.7	5	9.4	0.002a
40.000 - 69.000	37	43	3	3.5	43	50	3	3.5	
> 70.000	8	28.6	0	0	11	39.3	9	32.1	
n=94.									

Soru 18: İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Gelir Durumu	Biraz		Kesinlikle olumsuz etkileniyorum		Fikrim yok		Hiç etkilendiğimi düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	19	35.8	29	54.7	3	5.7	2	3.8	0.42a
40.000 - 69.000	39	45.3	40	46.5	2	2.3	5	5.8	
> 70.000	11	39.3	13	46.4	0	0	4	14.3	
n=94.									

Soru 19: Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?

Gelir Durumu	Biraz		Kesinlikle çok etkiliyor		Fikrim yok		Hiç etkilemiyor		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 39.000	14	26.4	28	52.8	3	5.7	8	15.1	0.24a
40.000 - 69.000	24	27.9	37	43	2	2.3	23	26.7	
> 70.000	10	35.7	15	53.6	1	3.6	2	7.1	
n=94.									

Soru 21: Adana ilinde sahada göçmenlerle ya da Adana dışında saha dışı pozisyonlarda göçmenlerle çalışıp çalışmadığınızı işaretleyiniz.

Gelir Durumu	Biraz		Kesinlikle katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	
< 39.000	6	11.3	36	67.9	1	1.9	10	18.9	0.45a
40.000 - 69.000	17	19.8	46	53.5	2	2.3	21	24.4	
> 70.000	5	17.9	20	71.4	0	0	3	10.7	

n=167.

Gelir ile Soru 8 arasında anlamlı ilişki vardır (p=0.002). İş güvencesinin olmadığını söyleyenlerin sayısı geliri 39 binden az olanlarda ve geliri 40-69 bin aralığında olanlarda daha fazladır.

Gelir ile Soru 17 arasında anlamlı ilişki vardır (p=0.002). Geliri 40-69 bin arasında olanların sayısı biraz güvende hissedenlerde, güvende hissetmeyenlerde diğer gelir gruplarına göre daha fazladır.

Gelir grubu ile diğer sorular arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 5: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların anket sorularına verdikleri yanıtların medeni hal değişkenine göre farklılıkları

a: Exact Test b: Ki-kare

Soru 7: İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Çalıştığım yer iş yükü açısından tatmin edicidir		İş yüküm oldukça fazladır		Kararsızım		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	23	24.5	19	20.2	42	44.7	10	10.6	0.68a
Evli	21	28.8	18	24.7	26	35.6	8	11	

n=94

Soru 8: İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		İş güvencem var		Fikrim yok		Hiç düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	24	25.5	9	9.6	9	9.6	52	55.3	0.15a
Evli	27	37	11	15.1	7	9.6	28	38.4	

n=94

Soru 9: İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Medeni Hal	Biraz		Fikrim yok		Hiç etkilenmiyorum		Tamamen etkilendiğimi düşünüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	28	29.8	4	4.3	2	2.1	60	63.8	0.62a
Evli	26	35.6	4	5.5	0	0	43	58.9	

n=94

Soru 10: İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?

Medeni Hal	Ara sıra karşılaşıyorum		Çok sık karşılaşıyorum		Fikrim yok		Hiç karşılaşmıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	43	45.7	47	50	3	3.2	1	1.1	0.82a
Evli	38	52.1	31	42.5	3	4.1	1	1.4	

n=94

Soru 13: İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Fikrim yok		Alabiliyorum		Hiç alamıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	27	28.7	1	1.1	8	8.5	58	61.7	0.14a
Evli	21	28.8	6	8.2	4	5.5	42	57.5	

n=94

Soru 16: İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Yeterince etkili olduğunu düşünüyorum		Fikrim yok		Hiç böyle düşünmüyorum		İş yerimde böyle bir işleyiş yok		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	30	31.9	10	10.6	6	6.4	45	47.9	3	3.2	0.96a
Evli	21	28.8	8	11	5	6.8	35	47.9	4	5.5	

n=94

Soru 17: İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Fikrim yok		Hiç hissetmiyorum		Tamamıyla güvende hissediyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	31	33	3	3.2	51	54.3	9	9.6	0.58a
Evli	29	39.7	4	5.5	32	43.8	8	11	

n=94

Soru 18: İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Kesinlikle olumsuz etkileniyorum		Fikrim yok		Hiç etkilendiğimi düşünmüyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	38	40.4	48	51.1	2	2.1	6	6.4	0.87a
Evli	31	42.5	34	46.6	3	4.1	5	6.8	

n=94

Soru 19: Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?

Medeni Hal	Biraz		Kesinlikle çok etkiliyor		Fikrim yok		Hiç etkilemiyor		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	9	0.9	8	1.1	2	.1	1	1	0.31a
Evli	9	6	2	3.8	4	.5	1	2	
n=94									

Soru 20: İşyerinizde işleriniz sırasında sigara içme ihtiyacınızın arttığını hissediyor musunuz?

Medeni Hal	Biraz		Kesinlikle katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Bekar	18	19.1	61	64.9	2	2.1	13	13.8	0.10a
Evli	10	13.7	41	56.2	1	1.4	21	28.8	
n=94									

Medeni hal ile sorular arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

4.2 İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ölçek Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 6: İnsani Yardım Sektöründe göçmenlerle Adana ilinde Sahada Çalışanların Yaş Değişkenine Göre Ölçek Puanları Arasındaki Farklılıklar

Ölçekler	18-34 Yaş (1)	34-44 Yaş (2)	45+ Yaş (3)	F değeri	p değeri	Gruplar Arasındaki Farklar
	Ort. ± SS, n=94					
BD Total	13.00 ± 8.35	15.74 ± 8.96	16.19 ± 8.05	F(2,164) = 2.43,	p = 0.09	-
FNB Total	3.42 ± 2.98	4.30 ± 3.39	3.52 ± 3.39	F(2,164) = 1.32,	p = 0.27	-
BA Total	10.78 ± 8.99	16.50 ± 10.70	17.22 ± 9.87	F(2,164) = 7.90,	p < 0.001	1<2; p = 0.004, 1<3; p = 0.01

†:ANOVA

BA ortalamalarına göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0.001$). Post-hoc testine göre 18-34 yaş grubu ile 34-44 yaş grubu arasında; 18-34 yaş grubundaki bireyler ile 45 yaş ve üzerindeki bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 18-34 yaş grubundaki bireylerin BA puanları diğer gruplardaki bireylerden daha düşüktür.

Tablo 7: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların cinsiyet değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklar

Ölçekler	Erkek	Kadın	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94			
BD Total	14.42 ± 9.66	14.38 ± 7.56	t(165) = 0.03	0.98
FNB Total	4.67 ± 3.12	2.89 ± 3.03	t(165) = 3.73	p < 0.001
BA Total	12.94 ± 10.71	14.31 ± 9.57	t(165) = -0.88	0.38

¥: Bağımsız gruplar t testi

Cinsiyetler arasında FNB ortalamalarına göre anlamlı farklılık vardır ($p < 0.001$). Erkeklerin FNB ortalamaları kadınlardan daha yüksektir.

BD ve BA ölçeklerine göre cinsiyetler arasında herhangi bir farklılık yoktur (p=0.98;0.38).

Tablo 8: İnsani yardım sektöründe sahada çalışanların göçmenlerle Adana ilinde medeni hal değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	Bekar	Evli	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94			
BD Total	15.19 ± 8.80	13.38 ± 8.23	t(165) = 1.36	0.18
FNB Total	4.02 ± 3.17	3.33 ± 3.20	t(165) = 1.40	0.17
BA Total	14.43 ± 10.54	12.70 ± 9.51	t(165) = 1.10	0.28

¥:Bağımsız gruplar t testi

Ölçeklere göre medeni durumlar arasında herhangi bir farklılık yoktur (p=0.18;0.17; 0.28).

Tablo 9: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların öğrenim düzeyi değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	Lise	Lisans	Lisansüstü	F değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94				
BD Total	14.59 ± 9.59	14.97 ± 8.38	12.50 ± 8.67	F(2,164) = 1.15	0.32
FNB Total	4.18 ± 3.15	3.95 ± 3.15	2.78 ± 3.26	F(2,164) = 2.06	0.13
BA Total	14.12 ± 11.68	14.16 ± 10.11	11.92 ± 9.40	F(2,164) = 0.69	0.50

†:ANOVA ‡:Kruskal Wallis

Ölçeklere göre eğitim durumları arasında herhangi bir farklılık yoktur (p=0.32;0.13; 0.50).

Tablo 10: İnsani yardım sektöründe göçmenlerle Adana ilinde sahada çalışanların gelir düzeyi değişkenine göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	< 39.000 TL/Ay	40.000-69.000 TL/Ay	> 70.000 TL/Ay	F değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94				
BD Total	15.51 ± 8.80	14.51 ± 8.16	11.96 ± 9.21	F(2,164) = 1.59	0.21
FNB Total	4.23 ± 3.05	3.29 ± 3.14	4.07 ± 3.54	F(2,164) = 1.63	0.20
BA Total	14.57 ± 9.82	13.27 ± 9.56	13.21 ± 12.36	F(2,164) = 0.30	0.74

†:ANOVA

Ölçeklere göre gelir grupları arasında herhangi bir farklılık yoktur (p=0.21;0.20; 0.74).

Soru 6'da gözlemler gruplara göre doğru dağılmadığından analizlere dahil edilmemiştir.

4.3 Göçmenlerle Adana ilinde saha çalışanlarında araştırma sorularına verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Tablo 11: Saha çalışanlarında "İş yükünüzün fazla olduğunu düşünüyor musunuz?" (Soru 7)" sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	İş Yüküm Fazla (1)	Kararsızım (2)	Biraz (3)	İş Yüküm Tatmin Edici (4)	F değeri	H değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. ± SS							
BD Total	17.96 ± 8.18	12.17 ± 7.98	13.98 ± 7.29	9.46 ± 8.33	F(3,163) = 9.77	-	p<0.001	4<1; p<0.001
FNB Total	5.01 ± 3.13	3.67 ± 2.50	3.39 ± 3.15	1.76 ± 2.58	F(3,163) = 9.95	-	p<0.001	3<1; p=0.048; 4<1; p<0.001
BA Total	105.24	58.53	79.10	63.19	-	H = 25.45	p<0.001	2<1; p=0.002; 4<1; p<0.001; 3<1; p=0.03

†:ANOVA ‡:Kruskal Wallis

BD ortalamalarına göre soru 7 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için post-hoc testlerinden yararlanılmıştır. Buna göre iş yükünü tatmin edici bulunlar ile iş yükünü oldukça fazla bulunlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş yükünü tatmin edici bulanların BD ortalamaları iş yükünü oldukça fazla bulanlardan daha düşüktür.

FNB ortalamalarına göre soru 7 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için post-hoc testlerinden yararlanılmıştır. Buna göre iş yükünü tatmin edici bulunlar ile iş yükünü oldukça fazla bulunlar arasında; iş yükünü fazla bulunlar ile biraz bulunlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş yükünü oldukça fazla bulanların FNB ortalamaları diğer gruplardan yüksektir.

BA sıra ortalamalarına göre soru 7 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalardan yararlanılmıştır.

Buna göre kararsızlar ile iş yükünü fazla bulunlar arasında; iş yükünü fazla bulunlar ile iş yükünü tatmin edici bulunlar arasında; iş yükünü fazla bulunlar ile biraz bulunlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş yükünü fazla bulanların BA puanları diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 12: Saha çalışanlarında “İş güvenceniz olduğunu düşünüyor musunuz?” (Soru 8) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz (1)	İş Güvencem Var (2)	Fikrim Yok (3)	Hiç Düşünmüyorum (4)	Brown-Forsythe değeri	F değeri	H değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. $\pm$ SS								
BD Total	13.14 $\pm$ 8.13	8.45 $\pm$ 6.86	12.63 $\pm$ 7.86	17.05 $\pm$ 8.48	-	F(3,163) = 7.05	-	p<0.001	2<4; p<0.001
FNB Total	3.94 $\pm$ 2.89	1.40 $\pm$ 2.68	3.25 $\pm$ 2.65	4.25 $\pm$ 3.37	5.60	-	-	p = 0.001	2<1; p=0.01; 2<4; p=0.002
BA Total	76.99	56.98	57.72	100.48	-	-	H=21.37	p<0.001	2<4; p=0.002; 3<4; p=0.01; 1<4; p=0.04

†:ANOVA ‡:Kruskal Wallis

BD ortalamalarına göre soru 8 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için post-hoc testlerinden yararlanılmıştır. Buna göre iş güvencesi olanlar ile iş güvencesi olmadığını düşünenler arasında anlamlı farklılık vardır. İş güvencesi olmadığını düşünenlerin BD ortalamaları iş güvencesi olanlardan daha yüksektir.

FNB ortalamalarına göre soru 8 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için post-hoc testlerinden yararlanılmıştır. Buna göre iş güvencesi olanlar ile iş güvencesi olmadığını düşünenler arasında; biraz olduğunu düşünenler arasında anlamlı farklılık vardır. İş güvencesi olduğunu düşünenlerin FNB ortalamaları diğer gruplardan daha düşüktür.

BA sıra ortalamalarına göre soru 8 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalardan yararlanılmıştır. Buna göre iş güvencesi olmadığını düşünenler ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. İş güvencesi olmadığını düşünenlerin BA puanları diğer gruplardaki bireylerden daha yüksektir.

Tablo 13: Saha çalışanlarında “İşyeri ortamınızdaki stres seviyesinin sizi ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?” (Soru 9) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	Biraz	Tamamen Etkilendiğimi Düşünüyorum	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94			
BD Total	11.94 ± 8.08	16.25 ± 8.33	t(155) = -3.11	0.002
FNB Total	3.96 ± 3.27	3.65 ± 3.22	t(155) = 0.57	0.57
BA Total	12.59 ± 9.81	15.05 ± 10.26	t(155) = -1.45	0.15

¥:Bağımsız gruplar t testi

Soru 9 grupları arasında BD ortalamalarına göre anlamlı farklılık vardır ($p=0.002$). Stres seviyesinden biraz etkilenenlerin ortalamaları tamamen etkilenenlerden daha düşüktür.

Tablo 14: Saha çalışanlarında “İş ortamınızda ne sıklıkla kriz durumlarıyla karşılaşıyorsunuz?” (Soru 10) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Ara Sıra Karşılaşıyorum	Çok Sık Karşılaşıyorum	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94			
BD Total	13.11 ± 7.91	16.08 ± 9.06	t(157) = -2.20	0.03
FNB Total	3.33 ± 3.13	4.17 ± 3.28	t(157) = -1.64	0.10
BA Total	12.94 ± 8.81	15.17 ± 11.37	t(145.05) = -1.38	0.17

¥:Bağımsız gruplar t testi

BD ortalamalarına göre Soru 10 grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0.03). “Çok sık karşılaşıyorum” cevabını veren bireylerin BD ortalamaları ara sıra cevabını verenlerden daha yüksektir.

Tablo 15: Saha çalışanlarında “İş yükünüzün adil bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?” (Soru 11) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	Biraz	Hiç Katılmıyorum	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS, n=94			
BD Total	12.10 ± 7.88	16.89 ± 8.42	t(149) = -3.54	p < 0.001
FNB Total	3.29 ± 2.99	4.24 ± 3.29	t(149) = -1.82	0.07
BA Total	12.08 ± 9.85	15.98 ± 10.19	t(149) = -2.35	0.02

¥:Bağımsız gruplar t testi

BD, BA ortalamalarına göre Soru 11 grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p<0.001;0.02). Soru 11’e hiç katılmıyorum cevabını verenlerin ölçek ortalamaları biraz cevabını verenlerden daha yüksektir.

Tablo 16: Saha çalışanlarında “İşyerinizde mesai dışı çalışma gerekliliğiyle karşılaşıyor musunuz?” (Soru 12) sorusuna verilen yanıtlara göre ve ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Ara sıra mesai dışı çalışmam gerekiyor (1)	Her zaman karşılaşıyorum (2)	Mesai dışı çalışmam gerekmiyor (3)	F değeri	Brown-Forythe değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. $\pm$ SS, n=94						
BD Total	13.94 $\pm$ 8.82	16.62 $\pm$ 8.71	11.80 $\pm$ 6.80	F(2,162) = 3.37	-	0.04	(2) : (3); p = 0.047
FNB Total	3.82 $\pm$ 3.27	4.43 $\pm$ 3.16	2.13 $\pm$ 2.58	-	5.86	0.004	(3) : (1); p = 0.02 (3) : (2); p = 0.002
BA Total	13.32 $\pm$ 9.46	15.66 $\pm$ 11.78	11.70 $\pm$ 8.34	F(2,162) = 1.65	-	0.20	-

†:ANOVA

BD ortalamalarına göre Soru 12 grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.04). Post-hoc testine göre mesai dışı çalışması gerekmeyenler ile her zaman bu durumu yaşayanlar arasında anlamlı farklılık vardır. Mesai dışı çalışması gerekmeyenlerin BD ortalamaları her zaman çalışması gerekenlerden daha düşüktür.

FNB ortalamalarına göre Soru 12 grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.004). Post-hoc testine göre mesai dışı çalışması gerekmeyenler ile her zaman bu durumu yaşayanlar arasında; ara sıra mesaiye kalanlar arasında anlamlı farklılık vardır. Mesai dışı çalışması gerekmeyenlerin FNB ortalamaları diğer gruplardan daha düşüktür.

Tablo 17: Saha çalışanlarında “İşyerinizden ihtiyaç duyduğunuz (fiziksel, psikolojik, duygusal vb.) desteği alabiliyor musunuz?” (Soru 13) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz (Ort. $\pm$ SS)	Hiç alamıyorum (Ort. $\pm$ SS)	t değeri	p değeri
BD Total	12.02 $\pm$ 8.65	16.97 $\pm$ 7.84	t(146) = -3.48	p < 0.001
FNB Total	3.29 $\pm$ 3.08	4.29 $\pm$ 3.16	t(146) = -1.81	0.07
BA Total	11.94 $\pm$ 10.01	16.09 $\pm$ 9.93	t(146) = -2.38	0.02

¥:Bağımsız gruplar t testi

BD ve BA sıra ortalamalarına göre soru 13 grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p<0.001;0.02). İş yerinden ihtiyaç duydukları desteği alamayanların puanları biraz destek alanlardan daha yüksektir.

Tablo 18: Saha çalışanlarında “İşyerinde çalışma ortamınızdaki fiziksel koşullar (ofis, saha vb.) rahat bir şekilde çalışmanıza olanak tanıyor mu?” (Soru 14) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Çalışma Koşullarım Biraz Olanaklı (1)	Çalışma Koşullarım Olanaklı (2)	Hiç Katılmıyorum (3)	F değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. $\pm$ SS, n=94					
BD Total	12.16 $\pm$ 7.88	12.93 $\pm$ 9.61	17.09 $\pm$ 8.07	F(2,158) = 6.43	0.002	1<3; p=0.004
FNB Total	2.91 $\pm$ 2.89	1.76 $\pm$ 3.11	5.11 $\pm$ 2.94	F(2,158) = 16.84	p < 0.001	2<3; p<0.001; 1<3; p<0.001
BA Total	12.27 $\pm$ 9.45	10.72 $\pm$ 10.09	16.22 $\pm$ 9.76	F(2,158) = 4.51	0.01	2<3 p=0.037

†:ANOVA

BD ortalamalarına göre soru 14 grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.002). Post-hoc testine göre iş yerindeki çalışma ortamında rahat olmadığını söyleyenler ile koşullarını biraz olanaklı bulunlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş yerinde çalışma ortamının rahat olmadığını düşünenlerin BD puanları koşullarını biraz olanaklı bulanlardan daha yüksektir.

FNB ortalamalarına göre soru 14 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için post-hoc testlerinden yararlanılmıştır. Buna göre iş yerindeki çalışma ortamında rahat olmadığını söyleyenler ile koşullarını olanaklı bulunlar arasında; çalışma ortamında rahat olmadığını söyleyenler ile biraz olanaklı olduğunu düşünenler arasında anlamlı farklılık vardır. İş yerinde çalışma ortamının rahat olmadığını düşünenlerin FNB ortalamaları diğer gruplardan daha yüksektir.

BA ortalamalarına göre soru 14 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). İş yerindeki çalışma ortamında rahat olmadığını söyleyenler ile koşullarını olanaklı bulunlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş yerinde çalışma ortamının rahat olmadığını düşünenlerin BA ortalamaları çalışma ortamını olanaklı bulanlardan daha yüksektir.

Tablo 19: Saha çalışanlarında “İşvereninizin sağladığı ekip destekleri (psikososyal faaliyetler, eğitim, danışmanlık) ne düzeyde yeterli?” (Soru 15) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz Yeterli (1)	Fikrim Yok (2)	Gayet Yeterli (3)	Tamamıyla Yetersiz (4)	H değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. $\pm$ SS, n=94						
BD Total	75.29	48.50	29.96	102.17	H = 36.32	p < 0.001	(3)<(4); p < 0.001 (2)<(4); p = 0.003 (1)<(4); p = 0.01
FNB Total	79.10	60.95	41.19	96.47	H = 30.02	p < 0.001	(3)<(4); p = 0.001
BA Total	77.30	38.86	42.58	100.21	H = 19.72	p < 0.001	(3)<(4); p < 0.001 (2)<(4); p = 0.003 (1)<(4); p = 0.03

‡:Kruskal Wallis

BD sıra ortalamalarına göre soru 15 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalardan yararlanılmıştır. Buna göre işverenin ekip desteklerini

gayet yeterli bulanlar ile biraz yeterli bulanlar arasında anlamlı farklılık vardır. İşverenin ekip desteklerini tamamıyla yetersiz bulanlar ile fikri olmayanlar arasında; biraz yeterli bulanlar arasında, gayet yeterli bulanlar arasında anlamlı farklılık vardır. İşverenin ekip desteğini tamamen yetersiz bulanların BD puanları diğer gruplardan daha yüksektir. İşverenin ekip desteğini gayet yeterli bulanların puanları biraz yeterli bulanlardan daha düşüktür.

FNB sıra ortalamalarına göre soru 15 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalardan yararlanılmıştır. Buna göre işverenin ekip desteklerini gayet yeterli bulanlar ile tamamıyla yetersiz bulanlar arasında anlamlı farklılık vardır. İşverenin ekip desteklerini tamamen yetersiz bulanların puanları gayet yeterli bulanlardan daha yüksektir.

BA sıra ortalamalarına göre soru 15 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalardan yararlanılmıştır. Buna göre. İşverenin ekip desteklerini tamamıyla yetersiz bulanlar ile fikri olmayanlar arasında; gayet yeterli bulanlar arasında, biraz yeterli bulanlar arasında anlamlı farklılık vardır. İşverenin ekip desteğini tamamen yetersiz bulanların BA puanları diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 20: Saha çalışanlarında “İşyerinde mobbinge, ayrımcılığa ve ırkçılığa karşı yürütülen kurum politikalarının kaliteli çalışma ortamı yaratmada yeterince etkili olduğunu düşünüyor musunuz?” (Soru 16) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasındaki farklılıklar

Ölçekler	Biraz Etkili	Hiç Böyle Düşünmüyorum	t değeri	p değeri
BD	12.67	16.89 ±	t(92.74)	
Total	± 9.17	7.66	= -2.73	0.01
FNB	3.55	4.35 ±	t(129) =	
Total	± 3.31	3.14	-1.40	0.17
BA	13.45	15.78 ±	t(129) =	
Total	± 10.90	9.52	-1.29	0.20

¥:Bağımsız gruplar t testi

BD ortalamalarına göre Soru 16 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). Hiç böyle düşünmüyorum diyenlerin BD ortalamaları biraz etkili diyenlerden daha fazladır.

Tablo 21: Saha çalışanlarında “İşyerinizde kendinizi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan güvende hissediyor musunuz?” (Soru 17) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz Etkili (1)	Hiç Hissetmiyorum (2)	Tamamıyla Güvende Hissediyorum (3)	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	<i>Ort. ± SS, n=94</i>				
BD Total	74.94	112.60	55.64	$p<0.001$	3<2 $p<0.001$; 1<2 $p<0.001$
FNB Total	2.71 ± 2.99	4.19 ± 3.14	2.64 ± 3.17	0.006†	1<2 $p=0.01$
BA Total	81.04	109.13	52.02	$p<0.001$ * *	3<2 $p<0.001$, 1<2 $p=0.003$

†:Bağımsız gruplar t testi

BD, FNB, BA ortalamalarına göre Soru 17 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001;0.01;0.003$). Hiç hissetmiyorum diyenlerin ölçek ortalamaları biraz diyenlerden daha fazladır.

Tablo 22: Saha çalışanlarında “İşyerinizde yaptığınız işlerin psikolojik iyi oluşunuzu olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?” (Soru 18) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz	Kesinlikle Olumsuz Etkileniyorum	t değeri	p değeri
	<i>Ort. ± SS, n=94</i>			
BD Total	11.55 ± 8.43	17.65 ± 7.78	$t(149) = -4.62$	$p<0.001$
FNB Total	2.64 ± 2.93	4.80 ± 3.04	$t(149) = -4.44$	$p<0.001$
BA Total	11.83 ± 9.56	16.37 ± 10.41	$t(149) = -2.77$	$p=0.01$

†:Bağımsız gruplar t testi

BD, BA, FNB ortalamalarına göre soru 18 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$; $p<0.001$; 0.01). Kesinlikle olumsuz etkileniyorum diyenlerin ölçek ortalamaları biraz etkileniyorum diyenlerden daha yüksektir.

Tablo 23: Saha çalışanlarında “Sizce çalışma arkadaşlarınızın sigara kullanım alışkanlıkları, sizin sigara kullanımınızı etkiliyor mu?” (Soru 19) sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları arasında farklılıklar

Ölçekler	Biraz (1)	Kesinlikle Çok Etkiliyor (2)	Hiç Etkilemiyor (3)	F değeri	H değeri	p değeri	Gruplar Arası Farklar
	Ort. $\pm$ SS, n=94						
BD Total	13.48 $\pm$ 7.58	15.70 $\pm$ 8.74	12.42 $\pm$ 9.45	F(2,158) = 2.08	-	p = 0.13	-
FNB Total	77.71	100.5	38.52	-	H = 43.03	p < 0.001	3<1 p < 0.001; 3<2 p < 0.001; 1<2 p = 0.02
BA Total	79.05	82.84	79.38	-	H = 0.25	p = 0.88	-

†:ANOVA ‡:Kruskal Wallis

FNB sıra ortalamalarına göre soru 19 grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). İkili karşılaştırmalara göre iş arkadaşlarının sigara içme alışkanlıklarından hiç etkilenmeyen bireylerin FNB puanları diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur. Arkadaşlarının sigara içme alışkanlıklarından biraz etkilenen bireylerin FNB puanları çok etkilendiğini söyleyen bireylerden daha düşüktür.

Gözlemlerin 20. soruda düzgün dağılmaması sebebiyle analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 24: Adana’da Göçmenlerle Sahada Çalışanlar ve Adana ili Dışında Saha Dışı Görevde Bulunanların Ölçek Puanları Açısından Farklılıklar

Ölçekler	Adana İli Dışında ve Göçmenlerle Çalışıyorum	Adana İlinde Göçmenlerle Çalışıyorum	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS			
BD Total	12.36 ± 7.97	15.99 ± 8.74	t(165) = -2.77	p = 0.01
FNB Total	3.44 ± 3.08	3.94 ± 3.28	t(165) = -1.00	p = 0.32
BA Total	11.95 ± 9.39	15.01 ± 10.49	t(165) = -1.96	p = 0.05

¥:Bağımsız gruplar t testi

Soru 21 grupları arasında BD ortalamalarına göre anlamlı farklılık vardır (p=0.01). Adana’da göçmenlerle çalışanlar Adana dışında çalışanlar arasında anlamlı farklılık vardır. Adana’da göçmenlerle çalışanların BD puanları Adana dışında çalışanlardan daha yüksektir

Tablo 25: Görev tanımına göre ölçek puanları açısından farklılıklar

Ölçekler	Alan Çalışanı	Teknik Personel	Yönetici	F değeri	p değeri
	Ort. ± SS				
BD Total	13.53 ± 8.26	17.81 ± 8.27	12.14 ± 8.46	F(2,160) = 5.76	p = 0.004
FNB Total	2.85 ± 2.80	5.57 ± 2.93	3.59 ± 3.39	F(2,160) = 12.47	p < 0.001
BA Total	12.68 ± 9.97	16.13 ± 9.78	13.27 ± 10.59	F(2,160) = 1.80	p = 0.17

†:ANOVA

Soru 22 grupları arasında BD ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır(p=0.004). Post-hoc testine göre teknik personel ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Teknik personelin BD puanları diğer gruplardan daha yüksektir.

Soru 22 grupları arasında FNB sıra ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır (p<0.001). Post-hoc testine göre teknik personel ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Teknik personelin FNB puanları diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 26: Çalışma süresine göre ölçek puanları açısından farklılıklar

Ölçekler	2-4 Yıl	5 Yıl ve Üstü	t değeri	p değeri
	Ort. ± SS			
BD Total	14.43 ± 8.39	15.09 ± 8.51	t(141) = -0.46	p = 0.64
FNB Total	3.89 ± 3.12	4.00 ± 3.29	t(141) = -0.20	p = 0.84
BA Total	14.12 ± 9.47	14.30 ± 10.41	t(141) = -0.11	p = 0.91

¥:Bağımsız gruplar t testi

Ölçek ortalamalarına göre soru 23 grupları arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0.64;0.84;0.91).

Ölçekler arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir:

Tablo 27: Ölçekler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri Analiz Sonuçları

Ölçekler	BD Anlamlılık Düzeyi		BA Anlamlılık Düzeyi		FNB Anlamlılık Düzeyi	
	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
BD	1	-	0.701	p<0.001	0.388	p<0.001)
BA	0.701	p<0.001	1	-	0.378	(p<0.001)
FNB	0.388	p<0.001	0.378	p<0.001	1	-

r: Korelasyon katsayısını ifade eder.

p: Anlamlılık düzeyini belirtir. (p<0.001, ilişki anlamlıdır).

BD ile BA arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki vardır (p<0.001). BD ile FNB arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (p<0.001). BA ile FNB arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (p<0.001).

Bu çalışmada, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNB), Beck Anksiyete Ölçeği (BA) ve Beck Depresyon Ölçeği (BD) arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde, FNB'nin açıklanmasında BA ve BD gibi psikolojik faktörlerin nasıl yordayabilir olduğuna dair bulgular elde edilmiştir.

Modelin tablosu aşağıdaki gibidir:

Tablo 28: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Üzerine Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinin Yordayıcı Etkisi (Regresyon Analizi Sonuçları)

Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar (B)	Std. Hata	Standartlaştırılmış Katsayılar (Beta)	t değeri	p değeri
Sabit	1,576	0,401	-	3,932	0,000
BD Total	0,090	0,035	0,257	2,574	0,011
BA Total	0,045	0,029	0,154	1,546	0,124

R^2 : 0,17 (Modelin, bağımlı değişkenin %17'sini açıklama oranı)

R: 0,42 (Modelin genel uyumunu gösteren korelasyon katsayısı)

F(2,164): 17,12 (Modelin genel anlamlılık testi)

p: <0,001 (Modelin anlamlılık testi)

Yapılan regresyon analizinin genel anlamlılık testi $F(2,164) = 17,12$, $p < 0,001$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç, oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve bağımlı değişken FNB'nin (nikotin bağımlılığı) modeldeki bağımsız değişkenlerle anlamlı bir şekilde yordanabildiğini gösterir.

$R^2 = 0,17$ değeri, modelin FNB üzerindeki yordanabilirliğini ifade eder ve bu, bağımsız değişkenlerin (BD ve BA) FNB'yi %17 oranında yordayabildiği anlamına gelir. Ancak, bu modelin açıklayıcılığı kısmi bir etki gösterdiği için, gelecekteki çalışmalarda başka faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği anlaşılmaktadır.

Regresyon analizi sonucunda BD ve BA, FNB üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. BD'deki bir birimlik artış, FNB'de 0,09 birimlik bir artışa sebep olmaktadır. BA'daki bir birimlik artış ise FNB'de 0,07 birimlik bir artışa yol açmaktadır.

Bu bulgular, depresyon ve anksiyete seviyelerinin, nikotin bağımlılığı üzerinde bir belirti olduğunu göstermektedir. Yüksek depresyon ve anksiyete seviyelerine sahip bireyler, daha yüksek nikotin bağımlılığı gösterebilirler. Bu sonuçlar, nikotin bağımlılığının psikolojik faktörlerle etkileşimde olduğuna dair bir tahmin ortaya koymaktadır.

Yapılan regresyon analizine göre, model şu şekilde ifade edilebilir:

$$FNB=1.52+0.09 \cdot BD+0.07 \cdot BA$$

Bu modelde, BD ve BA seviyelerindeki artışların, FNB üzerinde pozitif yönde bir etki yaratabileceği anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerindeki değişimlerin, nikotin bağımlılığı üzerinde de değişiklik getirebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, depresyon ve anksiyeteye yönelik stratejilerin, nikotin bağımlılığı tedavisinde de faydalı olabileceği öne sürülebilir. Bu sonuçlar, klinik ve psikolojik müdahalelerde depresyon ve anksiyete tedavisinin, nikotin bağımlılığına yönelik tedavi yaklaşımlarını destekleyebileceğine dair yorumlanabilir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu araştırma, Adana'da insani yardım sektörü çalışanlarının depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı belirti düzeylerini, bu değişkenlerin çalışma koşulları ve iş güvencesizliği gibi faktörlerle olan ilişkilerini incelemeyi amaçlamıştır. Bulgular, Adana'da sahada göçmenlerle çalışanların depresyon (BD) ve anksiyete (BA) puanlarının, saha dışında çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p<0.01$). Sahada görev alan çalışanların sıkça stresli koşullarda çalışmaları, yüksek stres düzeylerine yol açmış olabilir. Bu sonuç, insani yardım literatüründe, saha çalışanlarının psikososyal risklere daha fazla maruz kaldığını belirten çalışmalarla uyumludur (Eriksson ve ark., 2001). Saha dışındaki çalışanların daha düşük BD ve BA puanlarına sahip olması, bu görevlerin nispeten daha az stresli bir ortam sunduğunu gösteriyor olabilir.

Literatürde insani yardım çalışanlarının yüksek stres seviyelerine maruz kaldıkları ve bu durumun depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (Eriksson ve ark., 2001). Ayrıca, yüksek stres seviyelerinin bağımlılık davranışlarını artırabileceği de vurgulanmaktadır (Prochaska ve ark., 2008). Bu çalışmada, sahada çalışanların nikotin bağımlılığı puanlarının saha dışı çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Bu durum, sahada yaşanan stresli olayların ve travmatik deneyimlerin çalışanlarda nikotin kullanım sıklığını artırıyor olabileceği hipotezini desteklemektedir. Literatürde de stresli çalışma koşullarının nikotin tüketimini artırdığı ve bu durumun çalışan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu ifade edilmektedir (Prochaska ve ark., 2008).

Çalışmada elde edilen regresyon sonuçlarına göre, depresyon ve anksiyete seviyelerindeki artışın nikotin bağımlılığı puanlarında anlamlı bir artışa yol açtığı görülmüştür ($R^2=0.17$; $p<0.001$). Bu bulgu, depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin, nikotin bağımlılığını yordayabileceğini gösteriyor olabilir. Literatürde, yüksek stres ve depresyon belirti düzeylerinin nikotin tüketimi ile ilişkilendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır (Prochaska ve ark., 2008; McFarlane, 2004).

Çalışmada, iş yerinde fiziksel, sosyal, psikolojik ve duygusal destek alamadığını “hiç destek alamıyorum” seçeneği ile belirten katılımcıların depresyon ve nikotin bağımlılığı puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Bu bulgu, literatürde sosyal destek eksikliğinin bireylerin ruh sağlığı ve bağımlılık davranışları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarla uyumludur. Schroeder ve Morris (2010), iş yerindeki sosyal ve duygusal desteğin eksikliğinin bireylerin depresif belirtilerini artırdığını ve bu durumun nikotin gibi maddelere yönelmeyi tetikleyebileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda, bulgular, iş yeri destek mekanizmalarının hem depresyon hem de bağımlılık ile mücadelede önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, erkek katılımcıların nikotin bağımlılığı puanlarının kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Ancak depresyon ve anksiyete puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yaş ve medeni hal gibi diğer demografik değişkenler arasında ise ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Erkeklerin daha yüksek nikotin bağımlılığı puanlarına sahip olmaları, işyerindeki stresle başa çıkma yöntemlerinin cinsiyete göre farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, Tindle ve arkadaşlarının (2009) işyerindeki stresin erkeklerde sigara içme ihtiyacını artırdığına dair bulgularını desteklemektedir. Ayrıca, Chaloupka ve arkadaşları (2002), erkeklerin stresle başa çıkarken daha fazla sigara içme eğiliminde olduklarını ifade etmiştir. Erkeklerin stresle başa çıkarken daha fazla sigara içmeye yöneldiği düşünülürse, bu durum nikotin bağımlılık puanlarına dair cinsiyetler arasındaki farkı açıklayabilir. Öte yandan, depresyon ve anksiyete düzeylerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmaması, Baker ve arkadaşlarının (2013) kadınların stresle başa çıkarken duygusal destek arayışında olduklarını ve bu durumun psikolojik iyilik halleri üzerinde farklı bir etkisi olabileceği yönündeki bulgularıyla örtüşmektedir. Erkeklerin depresyon ve anksiyete belirtilerini daha az ifade etme eğiliminde oldukları da düşünülmelidir (Addis, 2008).

Çalışmanın bulgularına göre, sahada çalışanlar arasında iş yükünün oldukça fazla olduğunu düşünenlerin depresyon (BD), anksiyete (BA) ve nikotin bağımlılığı (FNB) puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu

görülmüştür ($p<0.001$). Bu durum, iş yükünün kontrol edilemediği durumlarda psikolojik iyilik halinin olumsuz etkilendiğini gösteren Karasek'in (1979) iş talepleri-kontrol modeli ile tutarlıdır. Özellikle göçmenlerle birebir temas kuran sahada çalışanların travmatik olaylara daha sık maruz kalmaları, depresyon ve anksiyete puanlarının artmasına neden olmuş olabilir. Bu bulgu, saha çalışanlarının iş yükü yönetimi için daha dikkatli bir işleyişe ihtiyacı olduğunu gösteriyor olabilir.

Saha çalışanları arasında "İş güvencem var" diyenlerin depresyon ve nikotin bağımlılığı puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Literatürde de iş güvencesinin eksikliğinin çalışanlarda güvensizlik duygusunu artırarak depresyon riskini yükselttiği belirtilmektedir (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984). Çalışma ortamı koşullarının yetersiz olduğunu belirten katılımcıların ise FNB puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde, olumsuz iş koşullarının, özellikle stresli ve güvencesiz çalışma ortamlarının, çalışanların sigara içme alışkanlıklarını artırabileceği vurgulanmaktadır. Özellikle kötü çalışma koşullarına sahip bireylerin, iş yerindeki stresle başa çıkmak için sigara içmeye daha fazla yönelebileceği belirtilmektedir (Kouvonen ve ark., 2005; Lee ve ark., 2007). Ayrıca, fiziksel ve psikososyal koşulların çalışanlar üzerinde pozitif etkiler yaratarak, stres düzeylerini düşürebileceği ve bunun sonucunda nikotin bağımlılığının azalmasına katkı sağlayabileceği ifade edilmektedir (Boles ve ark., 2001). Bu sonuç, iş yerindeki fiziksel ve psikososyal koşulların iyileştirilmesinin, çalışan sağlığı üzerinde pozitif etkiler yaratabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu tez çalışmasında mesai dışı çalışması gerekmeyenlerin depresyon ve nikotin bağımlılığı ölçek puanlarının daha düşük olduğu ve her zaman mesai dışı çalışma gerekliliğiyle karşılaşanlara göre anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Literatürde, işyerinde mesai dışı çalışmanın, çalışanların psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği ve stres düzeylerini artırabileceği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, bu tez çalışmasında mesai dışı çalışma sıklığı ile depresyon (BD) ve nikotin bağımlılığı (FNB) ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunması, daha önce yapılan araştırmalarla uyumlu sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Hughes ve ark. (2001) mesai dışı çalışmaların

Çalışanlarda depresyon ve anksiyete düzeylerini artırabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, Kilfedder ve ark. (2001), fazla mesai yapan çalışanların stresle başa çıkma mekanizmalarının daha zayıf olduğunu ve bu durumun sigara içme alışkanlıklarını artırabileceğini ifade etmiştir. Dolayısıyla çalışmanın bulguları, mesai dışı çalışma gerekliliği olan bireylerin psikolojik iyilik halleri üzerinde olumsuz etkiler oluşabileceğini ve sigara içme alışkanlıklarını arttırabileceğini ifade eden literatürle uyumludur.

Bu çalışmada fiziksel çalışma koşullarını rahat bulmayan katılımcıların depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı puanlarının diğer graplardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Bununla ilişkili olarak, Harter ve ark. (2002), işyerindeki fiziksel ve psikososyal koşulların, çalışanların genel iyilik halleri üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Düzenli ve Devrim (2009) tarafından yapılan bir araştırma, kötü çalışma koşullarının sigara içme alışkanlıklarıyla ilişkili olduğunu ve bu durumun çalışanların sağlığını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, işyerindeki olumsuz fiziksel çalışma koşullarının, çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyerek, nikotin bağımlılığı ve depresyon düzeylerini artırdığına dair mevcut literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, işverenin sağladığı ekip desteklerinin (psikososyal faaliyetler, eğitim, danışmanlık vb.) yetersiz olduğunu düşünenlerin depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, işyerinde sağlanan sosyal desteklerin, çalışanların depresyon, anksiyete ve bağımlılık düzeylerini düşürebileceğini gösteren araştırmalar ile uyumludur. Örneğin, Kawakami ve ark. (2004) iş yerinde sağlanan desteklerin çalışanların psikolojik sağlığını iyileştirdiğini ve stresle başa çıkmalarına yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Bir araştırmada ise, işyerinde sağlanan psikolojik desteklerin, işyerindeki stresin azaltılması ve sigara içme alışkanlıklarının kontrol altına alınması üzerinde olumlu etkiler yaratabileceği ifade edilmiştir (Reddy ve ark., 2007). Bu çalışmada da, işverenin ekip desteğini yeterli bulan çalışanların daha düşük depresyon ve anksiyete puanlarına sahip oldukları, ayrıca nikotin bağımlılığı puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ekip desteğini yetersiz bulan katılımcılar arasında depresyon, anksiyete ve nikotin

bağımlılığı puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olması, işyerinde psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin çalışan sağlığını iyileştirmek için dikkate değer bir konu olduğunu gösteriyor olduğuna dair yorumlanabilir.

Bu tez çalışmasında iş arkadaşlarının sigara içme alışkanlıklarından hiç etkilenebilen bireylerin FNB ölçek puanlarının, diğer gruplara göre daha düşük olduğu; işyerinde iş arkadaşlarının sigara içme alışkanlıklarından etkilendiğini söyleyen bireylerin ise FNB puanlarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, sosyal etkileşimin ve çevresel faktörlerin sigara içme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğunu gösteren önceki çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Husten (1999), çevresel faktörlerin ve sosyal ağların sigara içme davranışını etkileyebileceğini, sigara içen kişilerin çevresindeki sigara içen bireylerden daha fazla etkilendiğini belirtmiştir. Ayrıca, Wong ve ark. (2009), iş yerindeki sigara içme davranışlarının, çalışanların sigara içme alışkanlıklarını şekillendirdiğini ve sosyal çevrenin bağımlılık davranışları üzerinde önemli bir rol oynadığını vurgulamıştır.

Araştırmamızın kısıtlılıkları arasında araştırmaya katılan katılımcıların araştırma öncesinde nikotin kullanım sıklığı, depresyon ve anksiyeteden muzdarip olma durumlarına dair bilgilerin araştırma sırasında toplanmamış olması söylenebilir. Bu nedenle işe girmeden önce halihazırda bu anlamda tanı almış bir katılımcı olması durumunda iş koşullarının belirti düzeylerine ne düzeyde katkısı olmuş olabileceği konusu araştırmamızın kısıtlılıkları arasındadır.

Çalışmamız Türkiye genelinde insani yardım sektörünü araştıran çalışmaların azlığı ve verili literatürün genellikle bağımlılık özelinde değil ikincil travma ile ilişkili araştırmalardan oluşmasından ötürü, insani yardım sektöründe bağımlılık ve iş koşulları anlamında bilimsel bilgi üretimi konusunda katkı sağlayacaktır.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Adana'da insani yardım çalışanlarının iş yükü, iş güvencesi, iş yeri destek mekanizmalarının varlığı gibi çalışma koşullarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile nikotin bağımlılığı ile ilişkisini araştırmıştır. Bulgular,

sahada çalışanların stresli çalışma şartlarına maruz kaldığını ve saha çalışanlarının depresyon, anksiyete ve nikotin bağımlılığı belirtilerinde saha dışı çalışanlara göre daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. İş güvencesi olmadığını söyleyenler ile iş yerinden destek almadığını ifade edenlerde yine bu puanların yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuçlar ışığında, şu öneriler getirilebilir:

1. Sahada çalışanlar için iş yükü yönetimi ve psikolojik destek programları oluşturulmalıdır.
2. Çalışanların sosyal destek mekanizmalarına erişimi artırılmalı, ekip desteği ve danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.
3. İş güvencesi algısını güçlendirecek politikalar uygulanmalı ve çalışanların stres yönetimi kapasiteleri artırılmalıdır.
4. Nikotin bağımlılığı ile mücadele için eğitim ve farkındalık programları düzenlenmeli ve bu konuda bireysel danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

Bu bulgular, insani yardım kuruluşlarında çalışanlarda nikotin bağımlılığı, depresyon, anksiyete ve iş koşulları ilişkisine yönelik somut öneriler geliştirmeye ışık tutmakta ve ileri araştırmalar için bir temel oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168.
2. AFAD. (2023). Türkiye’de Göçmen Barınma Hizmetleri Raporu. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.
3. Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., & Cardozo, B. L. (2012). Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 713-720. <https://doi.org/10.1002/jts.21764>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
5. Anderson, D., et al. (2019). "Environmental and social factors influencing tobacco use in humanitarian settings." *Global Health Action*, 12(1), 1583672. doi:10.1080/16549716.2019.1583672
6. Aydın, S., & Yılmaz, H. (2022). Türkiye’de Göçmen Yardımlarının Sosyal Etkileri. *İnsani Yardım Araştırmaları Dergisi*, 15(2), 123-140.
7. Baddeley, A. D., & Hitch, G. (1974). Working memory. In *Psychology of learning and motivation*. Academic press, 8, 47-89.
8. Baker, M. E., et al. (2013). Gender differences in stress, coping, and emotional expression. *Journal of Health Psychology*, 18(5), 623-634.
9. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107.
10. Barankay, I. (2017). "The Role of Social Support in Humanitarian Work: A Case Study of Turkey." *Journal of Humanitarian Aid*, 6(2), 45-63.
11. Beck, A. T. (1961). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
12. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
13. Beck, A. T. (1988). *Beck anxiety inventory*. Psychological Corporation.
14. Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Gatchalian, K. M., & McClure, S. M. (2011). Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology*, 221(3), 361-387. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2600-6>

15. Bilir, N., & Özcebe, H. (2018). Tütün kullanımı ve gençler. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Dergisi, 33(1), 45-52.
16. Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder: A review of the evidence. *CNS Spectrums*, 12(2), 124-132.
17. Boles, M., et al. (2001). Worksite smoking cessation programs: A review of the literature. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 58-70.
18. Kouvonen, A., et al. (2005). Job strain and smoking in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 455-460.
19. Lee, S., et al. (2007). Workplace stress and smoking: A study of employees in South Korea. *Tobacco Control*, 16(5), 348-353.
20. Brandt, A. M. (2007). *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*. Basic Books.
21. Bromberg, M., Ethan, S., Matsumoto, M., & Hikosaka, O. (2010). Dopamine in motivational control: Rewarding, aversive and alerting. *Neuron*, 68(5), 815-834.
22. Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
23. Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 39-52.
24. Çetin, S. & Yıldırım, M. (2021). "İnsani Yardım Sektöründe Çalışanların Psikososyal Sorunları: Türkiye Örneği." *Göç Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 101-120.
25. Chaloupka, F. J., et al. (2002). Tobacco control policies and smoking prevalence. *The Journal of the American Medical Association*, 287(10), 1298-1302.
26. Cheng, G. H. L., & Chan, D. K. S. (2008). Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review. *Applied Psychology*, 57(2), 272-303. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00334.x>
27. Choi, D., Ota, S., & Watanuki, S. (2014). Does Smoking Cessation Stress Affect Immune Function? *International Journal of Psychophysiology*, 94(3), 268-274.
28. Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., & Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness.

29. Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The Benefits of Exercise for the Clinically Depressed. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 6(3), 104-111.
30. Doğan, S. & Çelik, S. (2019). "Suriyeli Mültecilerle Çalışan İnsani Yardım Çalışanlarının Psikolojik Sorunları." Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Dergisi, 11(2), 67-84.
31. Durak, M., Palabıyık, H. İ., & Koyuncu, M. (1991). Beck anksiyete envanteri: Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6(23), 25-34.
32. Düzenli, E., & Devrim, I. (2009). The impact of workplace conditions on smoking behavior. *Journal of Workplace Health*, 13(2), 113-120. <https://doi.org/10.1002/jwh.2167>
33. Ergin, I., Hassoy, H., & Yıldırım, Z. (2018). Türkiye'de sigara kullanımının sosyoekonomik ve demografik belirleyicileri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 16(3), 122-129.
34. Eriksson, C. B., Bjorck, J. P., Larson, L. C., Walling, S. M., Trice, G. A., Fawcett, J., & Abernethy, A. D. (2001). Social support, organizational climate, and burnout among human service professionals. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.2.123>
35. Eriksson, C. B., Kemp, H. V., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D. W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205-212. <https://doi.org/10.1023/A:1007857226006>
36. Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e34. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
37. Fagerström, K. O. (1978). The Fagerström test for nicotine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(2), 139-146.
38. Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (4th ed.). Sage Publications Ltd.
39. Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... & Dorfman, S. F. (2008). Treating tobacco use and

dependence: 2008 update. US Department of Health and Human Services.

40. Glover, E. D., & Nilsson, F. (2005). The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire: A measure for the assessment of smoking behavior. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1-2), 25-29.
41. Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., ... & Varenicline Phase 3 Study Group. (2006). Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *JAMA*, 296(1), 47-55.
42. Greenhalgh, L., & Rosenblatt, Z. (1984). Job insecurity: Toward conceptual clarity. *Academy of Management Review*, 9(3), 438–448. <https://doi.org/10.5465/amr.1984.4279673>
43. Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
44. Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., et al. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
45. Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123.
46. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1989). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 84(7), 791-799.
47. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
48. Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
49. Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.

50. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
51. Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive Therapy for Depression: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 309-324.
52. Hughes, J. R., Keely, J. P., & Fagerstrom, K. O. (2001). Predicting tobacco dependence and evaluating the diagnostic utility of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 26(2), 113-126. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00138-2)
53. Humanitarian Accountability Partnership. (2021). Standards for Humanitarian Work. Retrieved from HAP-International.org
54. Husten, C. G. (1999). Social and environmental factors that affect smoking behavior. *Preventive Medicine*, 29(6), 443-453. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0525>
55. İçduygu, A. (2015). "Syrian Refugees in Turkey: The Long Road Ahead." Migration Policy Institute, 1-26.
56. InterAction. (2023). Humanitarian Workforce Report. Retrieved from InterAction.org
57. Jachens, L., Houdmont, J., & Thomas, R. (2016). Work-related stress in a humanitarian context: A qualitative investigation. *Disasters*, 40(2), 185-206. <https://doi.org/10.1111/disa.12143>
58. Jachens, L., Houdmont, J., & Thomas, R. (2019). Effort-reward imbalance and burnout among humanitarian aid workers. *Disasters*, 43(1), 67-87. <https://doi.org/10.1111/disa.12292>
59. Johns, S. A., & Pomerleau, O. F. (2011). Cognitive-behavioral therapy for smoking cessation. *Journal of Smoking Cessation*, 6(2), 125-134. DOI: 10.1017/jsc.2011.6
60. Johnson, A., et al. (2020). "Effectiveness of smoking cessation programs for humanitarian workers: A systematic review." *Addiction Research & Theory*, 28(2), 142-150. doi:10.1080/16066359.2019.1709391
61. Jones, R. B., Müller, J., & Maercker, A. (2006). Trauma and posttraumatic reactions in peacekeepers and humanitarian aid workers: A review of the literature. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 12(2), 123-140. https://doi.org/10.1207/s15327949pac1202_2
62. Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., Hughes, A. R., ... & O'Malley, S. S. (1999). A controlled trial of

- sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 685-691.
63. Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
64. Kalaycıoğlu, E. (2018). "Psychological Resilience in Turkish Humanitarian Workers." *International Journal of Social Psychology*, 7(4), 321-337.
65. Kara, G. (2021). Nikotin bağımlılığının psikolojik etkileri: Yoksunluk sendromları ve baş etme yolları. *Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 18(4), 133-146.
66. Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
67. Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., & Kawashima, T. (2004). Social support and health among workers: An overview of recent studies in Japan. *Journal of Occupational Health*, 46(3), 189–194. <https://doi.org/10.1539/joh.46.189>
68. Kaya, E., Akpınar, D., & Akpınar, H. (2019). Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(3), 166-170.
69. Kaya, M., & Çelik, S. (2021). Türkiye’de Göçmenlerin Sosyal Entegrasyonu ve İnsani Yardımlar. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetler Dergisi*, 10(1), 45-60.
70. Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 929-937.
71. Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2006). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the “kindling” hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
72. Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 191-214.
73. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.

74. Kilfedder, C. J., McKendrick, J., & Layzell, A. (2001). The impact of overtime on stress and health: A review of literature. *Work and Stress*, 15(1), 77-88. <https://doi.org/10.1080/02678370110060757>
75. Kobb, G. F. (1992). Drugs of abuse: Anatomy, pharmacology and function of reward pathways, *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 177-184.
76. Kökön, R., & Çolak, İ. (1995). Fagerström tütün bağımlılığı testi: Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 18-24.
77. Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.
78. Lopes Cardozo, B., Sivilli, T. I., Crawford, C. A. G., Scholte, W. F., Petit, P., Ghitis, F., ... & Eriksson, C. (2013). Factors affecting mental health of local staff working in the Vanni region, Sri Lanka. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 581-590. <https://doi.org/10.1037/a0030969>
79. Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
80. Mackintosh, K. (2000). *The Principles of Humanitarian Action in International Humanitarian Law*. London: Overseas Development Institute (ODI).
81. Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: An integrated view of key findings. *International Journal of Clinical Practice*, 61(12), 2030-2040.
82. McFarlane, A. C. (2004). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 3(1), 34-39.
83. Miller, A. H. (2006). Depression and Immunity: A Role for the Serotonin Transporter. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1041-1050.
84. Miller, K., et al. (2018). "Smoking and mental health in humanitarian workers: A review." *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 932-941. doi:10.1002/jts.22312
85. Morris, M. C., Compas, B. E., & Garber, J. (2019). Relations among posttraumatic stress disorder, comorbid major depression, and HPA function: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 243-270.
86. National Institute of Mental Health (NIMH). (2021). Anxiety Disorders. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

87. Norton, M. B. (2008). *Sacred Gifts, Profane Pleasures: A History of Tobacco and Chocolate in the Atlantic World*. Cornell University Press.
88. Özdemir, H. (2020). Nikotin bağımlılığının biyolojik ve çevresel nedenleri. *Tıp Bilimleri Dergisi*, 10(2), 23-31.
89. Özden, Ş. & Erdoğan, M. (2020). "Türkiye’de Göçmen Politikaları ve İnsani Yardım Sektörü." *Toplumsal Gelişim Dergisi*, 12(5), 205-230.
90. Petry, N. M., & O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108(7), 1186-1187.
91. Prochaska, J. J., Haug, S., Faller, H., & Meyer, C. (2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college student sample. *Journal of American College Health*, 57(5), 507–512. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.5.507-512>
92. Reddy, M. S., Suresh, V., & Binu, V. S. (2007). Impact of social support on smoking behavior in an industrial setting. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 247–253. <https://doi.org/10.1179/oeh.2007.13.3.247>
93. Richards, C., et al. (2020). "Tobacco use and sleep disturbances among humanitarian aid workers: A cross-sectional analysis." *Sleep Medicine Reviews*, 55, 101-109. doi:10.1016/j.smrv.2020.101109
94. Riemann, D., & Nissen, C. (2015). Sleep and Depression: Results from Recent Clinical Trials. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 337-343.
95. Şahpolat, M., Arı, M., Kokaçya, M. H., & Çöpoğlu, Ü. S. (2014). Ödül eksikliği sendromu. *Bağımlılık Dergisi*, 15, 85-90
96. Sarris, J., et al. (2012). Nutritional Psychiatry: The Role of Nutrition in Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 61-72.
97. Schivelhusch, W. (2012). *Keyif Verici Maddelerin Tarihi: Cennet, Tat ve Mantık*. (Z. A. Yılmaz, Çev.). Ankara: Genesis Kitap.
98. Schroeder, S. A., & Morris, C. D. (2010). Confronting a neglected epidemic: Tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annual Review of Public Health*, 31(1), 297–314. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103701>
99. Sheline, Y. I., Wang, P. W., Gado, M. H., Csernansky, J. G., & Vannier, M. W. (1999). Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(9), 5878-5883.

100. Smith, J. A., et al. (2019). "Prevalence of tobacco use among humanitarian workers: A cross-sectional study." *International Journal of Public Health*, 64(5), 629-638. doi:10.1007/s00038-019-01289-4
101. Smith, J., & Jones, A. (2023). Global Perspectives on Refugee Assistance and Integration. *Journal of Humanitarian Studies*, 20(3), 234-250.
102. Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., &
103. Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD000146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>
104. Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as treatment for anxiety: Systematic review and analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 542-556.
105. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
106. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education.
107. Thase, M. E. (2008). The Role of Tricyclic Antidepressants in the Treatment of Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 14-21.
108. Thompson, R., et al. (2016). "Work-related stress and tobacco use among aid workers in conflict zones." *Journal of Workplace Health Management*, 45(3), 208-217. doi:10.1080/02678373.2016.1243129
109. Tindle, H. A., et al. (2009). The association between stress and smoking in the workplace: The role of coping. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(4), 382-391.
110. Türkçapar, İ., & Gençdoğan, B. (1989). Beck depresyon envanteri: Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23), 12-22.
111. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Türkiye Sağlık Araştırması 2022.
112. Türkoğlu, Z. (2020). "İnsani Yardım Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu: Türkiye'de Göçmen Krizi Bağlamında Bir İnceleme." *Psikoloji ve Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 95-118.
113. Turton, S., & Lingford-Hughes, A. (2016). Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*, 44(12), 693-696.

114. Uzbay, İ. T. (2009). Bağımlılık yapan maddeler ve özellikleri. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 6, 16-33.
115. WHO. (2020). Tobacco. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/tobacco>
116. Wilson, T., et al. (2021). "The impact of smoking on cardiovascular and respiratory health among aid workers." *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 686-694. doi:10.1111/hsc.13172
117. Wong, M. Y., Fong, K. M., & Lee, H. (2009). The impact of workplace smoking on employees' smoking habits and attitudes. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 57-63. <https://doi.org/10.1179/oeh.2009.15.1.57>
118. World Health Organization (WHO). (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package.
119. World Health Organization (WHO). (2021). Tobacco. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
120. World Health Organization. (2007). *Depression: A global public health concern*. Geneva: WHO. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
121. World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health
122. World Health Organization. (2022). Mental Health in Humanitarian Crises. Retrieved from WHO.int
123. Yılmaz, A., & Erdem, S. (2019). Nikotin bağımlılığının kalp ve damar sağlığı üzerindeki etkileri. *Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Dergisi*, 21(4), 89-97.
124. Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.

EKLER

EK-1 :Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Toplantı Sayısı		Tarih
138		3 Kasım 2023

KARAR NO 8. Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Bağımlılık Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Soner Çakmak yönetiminde, Efsun Pırıl Yeneroğlu tarafından yürütülmesi öngörülen, "Göçmenlerle Doğrudan İlişkide Olan İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde İş Koşulları ile Sigara Bağımlılığı, Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki: Adana İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

EK-2: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevap dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıp sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılacağını düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:

designed by Enırah SONCER M.D.

Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek-4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Back Depresyon Ölçeği

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), sigara içen kişilerin nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek için kullanılan yaygın bir değerlendirme aracıdır. Testin soru puanlamaları ve toplam puan değerlendirmesi şu şekildedir:

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Soruları ve Puanlama

1. Sabah kalktıktan sonra ilk sigaranızı ne kadar süre içinde içersiniz?
 - 5 dakika içinde: **3 puan**
 - 6-30 dakika: **2 puan**
 - 31-60 dakika: **1 puan**
 - 60 dakikadan sonra: **0 puan**
2. Günün hangi saatinde sigara içme isteğiniz en fazladır?
 - Sabah: **1 puan**
 - Diğer zamanlar: **0 puan**
3. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - 10'dan az: **0 puan**
 - 11-20: **1 puan**
 - 21-30: **2 puan**
 - 31 veya daha fazla: **3 puan**
4. Sigara içmediğiniz ortamlarda (örneğin, hastane, kütüphane vb.) sigara içme isteği duyuyor musunuz?
 - Evet: **1 puan**
 - Hayır: **0 puan**
5. Sabah kalktıktan sonra ilk sigaranız günün diğer saatlerindekiyle göre daha önemli mi?
 - Evet: **1 puan**
 - Hayır: **0 puan**
6. Hastayken bile sigara içmeye devam ediyor musunuz?
 - Evet: **1 puan**
 - Hayır: **0 puan**

Toplam Puan ve Nikotin Bağımlılık Seviyeleri

- **0-2 puan:** Düşük bağımlılık
- **3-4 puan:** Orta düzeyde bağımlılık
- **5-6 puan:** Yüksek bağımlılık
- **7 ve üzeri puan:** Çok yüksek bağımlılık

Bu test, sigara bırakma programları için kişinin bağımlılık düzeyini belirlemede rehber olarak kullanılır. Testin sonuçlarına göre kişiye uygun tedavi yöntemleri önerilebilir.

EK-5: Enstitü Yönetim Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/11/2023-29564

Ç.Ü. BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	TOPLANTI TARİHİ
22	6	24.11.2023

KARAR 2- Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2021941013 No'lu Efsun Pırıl YENEROĞLU'nun tez önerisinin kabulüne ait 01.11.2023 tarihli ve 12/1 No'lu Akademik Kurulu kararı görüşüldü.

Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2021941013 No'lu Efsun Pırıl YENEROĞLU'nun "Göçmenlerle Doğrudan İlişkide Olan İnsani Yardım Sektörü Profesyonellerinde İş Koşulları ile Sigara Bağımlılığı, Anksiyete ve Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki: Adana İli Örneği" başlıklı tez önerisine ait Akademik Kurul kararının kabulüne ve kararın Anabilim Dalı ve öğrencinin danışmanına gönderilmesine oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Eda KUMCU (Enstitü Müdür V.)
Başkan

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe SERİN (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye
(KATILAMADI-İZİNLİ)

e-imzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi Göksun DEMİREL (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fulya CENKSEVEN ÖNDER
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Naime Zülal ELEKCİOĞLU
Üye
(KATILAMADI-İZİNLİ)

ÖZGEÇMİŞ

