

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE DAVRANIŞ
DEĞİŞTİRME AÇISINDAN SİGARA BAĞIMLILIĞI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Fatma DİREK

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE DAVRANIŞ
DEĞİŞTİRME AÇISINDAN SİGARA BAĞIMLILIĞI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Fatma DİREK

Öğrenci No:

150746067

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Ali SAYGILI

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Davranışları ve Davranış Değişirme Açısından Sigara Bağımlılığı” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12/09/2019

Fatma DİREK

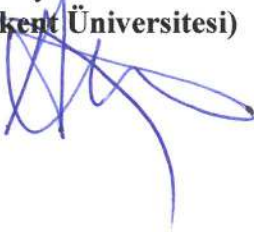
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

17/09/2019

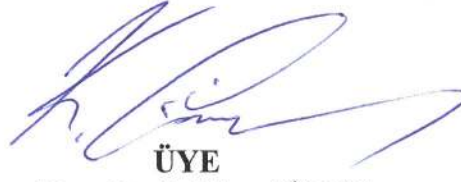
Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **150746067** numaralı **Fatma DİREK**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Davranışları ve Davranış Değiştirme Açısından Sigara Bağımlılığı*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (55) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~uygunluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red~~ *Kabul* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ali SAYGILI
(Beykent Üniversitesi)




ÜYE
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Doç. Dr. Kubilay ÇİMEN
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)

Adı ve Soyadı: Fatma DİREK
Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ali SAYGILI
Tür ve Tarihi: Yüksek Lisans/Tez, 2019
Alanı: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler: Sağlık Davranışı, Bağımlılık, Sigara Bağımlılığı

ÖZ

SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE DAVRANIŞ DEĞİŞTİRME AÇISINDAN SİGARA BAĞIMLILIĞI

Sigara kullanımı birçok hastalığa sebep olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu araştırmada sigara bağımlılarının sağlık davranışları ve davranış değiştirme açısından sigarayı bırakmaya yönelik yapılan etkinliklere uyum sürecinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sigarayı bırakan ve sigarayı bırakamayan bağımlıların sağlık davranışı değiştirmesindeki ana nedenlerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. Sigara sağlığı olumsuz etkileyerek bireylerin yaşam kalitesini bozmaktadır. Sigara bağımlılarındaki sağlık davranışlarının ve değiştirme sürecindeki sebeplerin tespit edilip gerekli önlemleri almak için araştırma konusu seçilmiştir.

Sigarayı bırakan ve bırakamayan bağımlılarda riskli sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Daha sonra 5 sigarayı bırakan ve 5 sigarayı bırakamayan bağımlılara odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak Grup Görüşmesi sonrasında sağlık davranışı ve davranış değiştirme açısından sigara bağımlılarının uyum sürecindeki farklılıkları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak sigarayı bırakan ve sigarayı bırakamayan bağımlıların sağlık davranışını değiştirme sürecinde davranışın değişmesini etkileyen sosyo- demografik, sosyo-ekonomik, kronik hastalık ya da hasta olma durumu, sağlık davranışlarını değiştirmedeki inanç psikolojisi farklılıkları, sağlıklı birey olma arzusu, sigara içen bireye çocukların bakış açısı gibi faktörlerin davranışı değiştirmeyi etkilediği saptanmıştır.

Name and Surname : Fatma DİREK

Supervisor : Assist Prof. Ali SAYGILI

Degree and Date : Master's Degree / 2019

Major : Hospital and Health Care Management

Keywords : Health Behavior, Addiction, Cigarette Addiction

ABSTRACT

HEALTH BEHAVIORS AND SMOKING ADDICTION OF BEHAVIOR CHANGE

Smoking is an important health problem causing many diseases. In this study, it was aimed to evaluate the adaptation process of smoking addicts to the activities related to health behaviors and behavior change. The main reasons for the change of health behavior of addicts who quit smoking and cannot quit smoking are aimed. Smoking adversely affects the quality of individuals' lives. This research topic has been selected in order to determine the health behaviors and the reasons in the process of change and to take the necessary precautions.

Literature review was done first in order to evaluate the factors affecting risky health behaviors in addicts who quit and cannot quit smoking. Afterwards, the Focus Group Interview was done to 5 addicts who were able to quit smoking and 5 addicts who were not able to quit smoking. After the Focus Group Interview, the differences in the adaptation process of the addicts were determined in terms of their health behaviors and behavior changes.

As a result, it has been observed the affecting factors of the change in behavior in the process of changing health behavior of addicts who quit smoking and cannot smoking. The affecting factors are socio-demographic, socio-economic, chronic illness or patient status, differences in belief psychology in changing health behaviors, desire to be healthy individuals, factors such as children's point of view to the smokers.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ	i
ABSTRACT.....	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ LİTERATÜRÜ

1. SAĞLIK PSİKOLOJİSİNİN TARİHÇESİ	3
1.1. Biyomedikal Model (19 yy)	3
1.2. Psikosomatik Model (20 yy)	4
1.3. Davranışsal Tıp (21 yy).....	5
2. SAĞLIK PSİKOLOJİSİNİN ODAK NOKTASI	5
2.1. Biyopsikososyal Model	7
2.2. Bir Süreklilik Olarak Sağlık	8
2.3. Psikoloji ve Sağlık Arasındaki Doğrudanlık, Dolaylılık ve Değişkenlik	9
3. SAĞLIK DAVRANIŞLARI	10
3.1. Sağlığı Bozan Alışkanlıklar	10
3.2. Sağlığı Koruyan Davranışlar	11
4. SAĞLIK İNANÇLARI	13
4.1. Atıf Kuramı	15
4.2. Gerçekçi Olmayan İyimserlik Açısından İncelenen Risk Algısı, Riski Telafi Etme ve Kendini Onaylama Kuramı	16
4.3. Güdü ve Öz Belirleme Kuramı	17
4.4. Öz Yeterlilik.....	17
4.5. Aşama Modelleri.....	18

İKİNCİ BÖLÜM

SİGARA BAĞIMLILIĞI

1. BAĞIMLILIK KAVRAMI	19
1.1 Bağımlılığın Bileşenleri	21
1.1.1.Tolerans	21
1.1.2.Yoksunluk	21
1.1.3.Başarısız Bırakma Girişimleri	22
1.1.4.Zarar Görmesine Rağmen Kullanmaya Devam Etme	23
1.1.5.Zamanın Büyük Bölümünü Ayırmak	23
1.1.6.Tasarlandığından Fazla Kullanmak Kontrol Edememek	23
1.1.7.Madde Kullanım İsteği	23
1.2. Bağımlılığın Düzeyleri	24
1.3. Fiziksel ve Ruhsal Bağımlılık	24
1.4. Bağımlılığın Evreleri	25
1.4.1.Hazırlık Evresi	25
1.4.2.İlk Madde Kullanımı	25
1.4.3.Madde Kullanmayı Sürdürme	25
1.4.4.İlerleme Evresi	25
1.4.5.Bırakma Evresi	25
1.4.6.Tekrar Madde Kullanmayı Düşünme (Prolapse)	26
1.4.7.Tekrar Madde Kullanımı (Lapse)	26
1.4.8.Tekrar Başlama (Relapse)	26
1.5. Bağımlılığın Seyri	26
1.6. Neler Bağımlılık Yapar?	27
1.7. Madde Tiplerine Göre Bağımlılık Gelişimi	27
1.8. Bağımlılık Bir Hastalık Mıdır?	27
2. BAĞIMLILIĞA NEDEN OLAN ETKENLER.....	27
2.1. Psikolojik Etkenler	27
2.2. Biyolojik Etkenler	28
2.3. Sosyokültürel Etkenler	28
2.4. Kalıtsal Etkenler	29
2.5. Kişisel Özellikler	29

2.6. Ruhsal Sorunlar.....	30
3. SİĞARA BAĞIMLILIĞI	31
3.1. Tütün ve Sigara	31
3.2. Tütünün Farmakolojik Etkisi	33
3.3. Sigara Bağımlılığı	33
3.3.1. Sigaraya Başlama Nedenleri.....	34
3.3.2. Sigaranın Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkileri	36
3.3.3. Pasif İçicilik.....	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SİĞARA BAĞIMLILARININ SAĞLIK DAVRANIŞLARINI DEĞİŞTİRME AÇISINDAN SİĞARAYI BIRAKMA VE BIRAKAMAMA DENEYİMLERİ: SİĞARAYI BIRAKAN VE BIRAKAMAYAN BAĞIMLILAR

1. SAHA ARAŞTIRMA SÜRECİ.....	38
2. GÖRÜŞMECİ PROFİLİ VE GÖRÜŞME SONUÇLARI	39
2.1. Görüşmecİ Profİli	39
2.2. Sigarayı Bırakan Bağımlıların Görüşme Sonuçları	40
SONUÇ.....	50
EKLER.....	57
Ek 1. Odak Grup Görüşme Soruları	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1 :Sağlık ve Hastalığın Biyopsikososyal Modeli	7
Şekil 2. Bir Süreklilik Olarak Sağlık Ve Yaşam Boyu Psikoloji	8
Şekil 3 Psikoloji ve Sağlık: Doğrudan ve Dolaylı Yollar	9
Şekil 4 Sağlık İnanç Modeli	14
Şekil.5 Bağımlılık Döngüsü	22



KISALTMALAR

DAM	:Değişim Aşamaları Modeli
DSM IV	:Diagnostic Statistical Manual Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı)
S.	:Sayı
s.	:Sayfa sayısı
S.K	:Sayılı Kanun
SESY	:Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı
SİM	:Sağlık İnanç Modeli
ss.	:Sayfa sayıları
vb.	:ve benzeri, benzerleri
yy.	:Yüzyıl

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Sigara bağımlılarının sağlık davranışları ve davranış değiştirme açısından sigarayı bırakmaya yönelik etkinliklere uyum sürecindeki sigarayı bırakan ve bırakmayan bağımlıların davranışı değiştirmedeki farklılıklarını saptamak için araştırmanın konusu belirlenmiştir. Bireylerin sağlıklı olmaları için sigarayı bırakmaları ve sağlık davranışı değiştirmenin altında yatan faktörleri belirlemek için bu konu belirlenmiştir. Riskli sağlık davranışının sağlığını olumsuz etkilediğini bilmesi, bireyin sağlığının hayati önem taşıdığı bilinen bir gerçektir.

- **Çalışma Konusunun Amacı:** Araştırmanın amacı sigarayı bırakan ve bırakmayan bağımlıların sağlık davranışlarını değiştirmelerindeki uyum sürecini etkileyen farklı değişkenleri belirlemek açısından incelemektir. Bu araştırma ülkemizde sigarayı bırakan ve bırakmayan bağımlıların sağlık davranışını değiştirmesini etkileyen faktörlerdeki farklılıkları ortaya çıkarmak için hazırlanmıştır. Araştırma sigarayı bırakan ve bırakmayan bağımlıların sağlık davranışlarını değiştirmek istemelerindeki nedeni saptamak, bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmalarına katkı sağlamak ve hastalıkları önlemek amacıyla yapılmış bir araştırmadır.

- **Çalışmanın Önemi:** Sigarayı bırakan ve bırakmayan bağımlıların sağlık davranışını değiştirmesini etkileyen faktörlerin bireyler tarafından bilinmesi ve var olan süreçte olumlu davranışların geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu çalışma bireylerin sigara bağımlılıklarından vazgeçerken kendilerini etkileyen faktörler hakkında bilinçlenmesinde yarar sağlayacaktır. Davranışı değiştirmenin, sürece uyum sağlamanın basamakları hakkında bilgi donanımına sahip olacaklardır. Bağımlılığın bir süreç olduğunu ve isterse kişinin bu sürece müdahalede bulunabileceği konusunda kendine güvenmenin önemi son derece etkilidir. Sigara bağımlısı bireyin bağımlılıktan kurtulması için riskli davranışlardan uzaklaşmasını ve sağlığını iyileştiren davranışlara yönelmesini sağlayacaktır.

- **Çalışmanın Planı:** Bu çalışma, Sigara bağımlılarının sağlık davranışları ve davranış değiştirme açısından sigarayı bırakmayı yönelik yapılan etkinliklere uyum sürecinde sigarayı bırakan ve bırakamayan bağımlıları etkileyen farklı değişkenleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma, sigarayı bırakan 5 bağımlı kişi ve sigarayı bırakamayan 5 bağımlı kişi ile yürütülmüştür. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık psikolojisi literatür taraması, ikinci bölümde sigara bağımlılığı hakkında literatür taraması yapılmıştır. Üçüncü bölümde ise alan çalışmasında elde edilen veriler analiz edilmiş ve nitel araştırma yöntemi ile konu sonuca bağlanmıştır.

- **Kullanılan Metod ve Teknikler:** Çalışmanın teorik kısmında tarihsel metod yani kaynak taraması tekniği kullanılmıştır. Saha çalışmamızda ise nitel bir araştırma yöntemi olan odak grup görüşmesi tekniği kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kişilere uygulanan tanıtıcı Odak Grup Görüşme Soru Formu 32 sorudan oluşmaktadır. Bu odak grup görüşmesine katılan kişilere öğrenim gördüğü eğitim düzeyi, cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, mesleği, anne ve baba sigara içme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumları sağlık problemleri ve sağlığı hakkında bilgileri sorgulanmıştır. Odak Grup görüşmesinin sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmış ve elde edilen bulgular dile getirilmiştir.

- **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, sigarayı bırakabilen 5 bağımlı ve sigarayı bırakamayan beş bağımlı kişi ile sınırlıdır. Odak grup görüşmelerindeki bireylerin kendilerine yöneltilen sorulara içtenlikle cevaplandırdıkları görecelidir. Araştırma verileri, sigarayı bırakan ve bırakamayan bireylerin sorulara verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Çalışma için yeterli kaynak bulunmuştur. Kaynaklar, üniversite kütüphanelerinden, kitapevlerinden ve yayınevlerinden temin edilmiştir. Çalışmada Türkiye’de yayınlanan çalışmalardan yararlanılmıştır. Büyük bir titizlikle dipnotlarda özen gösterilerek gerekli atıflar yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ LİTERATÜRÜ

1. SAĞLIK PSİKOLOJİSİNİN TARİHÇESİ

1.1. Biyomedikal Model (19 yy)

Modern tıp 19.Yüzyılda kuruldu. 19 yy döneminde insan parçalara ayrılarak, tıbbi muayene ve fiziksel inceleme metotları ile incelendi. 1856'da yayınlanan evrim kuramını açıklayan Darwin'in tezi olan Türlerin Kökeni yayınlandı. Yeni bir devrim olarak kabul gören kuram, insanın doğa içindeki yerini tanımladı. İnsanın; doğadan geldiğini, onun bir parçası olduğunu ve biyolojik varlıklar olduğumuzu ileri sürdü (Ogden 2016, 4).

Ogden (2016) Biyomedikal Modelin tanımlanması için birtakım sorulara cevap vermesi gerektiğini belirtmiştir. Bu sorular aşağıda belirtilmiştir (Ogden 2016, 4).

- Hastalığın sebebi nedir?
- Kim hastalıktan sorumludur?
- Hastalığın tedavi şekli nasıl olmalıdır?
- Kim tedaviden sorumludur?
- Hastalık ve sağlık arasındaki bağlantı nedir?
- Beden ve zihin arasındaki ilişki nasıl tanımlanır?
- Psikolojinin sağlık ve hastalıktaki rolü nedir?

Tıbbın biyomedikal modeline göre hastalığa neden olan faktörler vücuda dışardan giren, vücudun fiziksel bütünlüğü bozan (virüs, bakteri, vs...) ve aynı zamanda vücutta meydana gelen biyolojik değişikliklerdir. Biyolojik değişikliklerden kaynaklanan hastalıklarda hasta olan birey hastalıktan sorumlu tutulamaz. Biyomedikal Modelde tedavi şekilleri aşı, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi girişimlerdir. Bu tedavi girişimlerinden beklenen sonuç var olan hastalığı iyileştirmeye yönelik gelişmeler göstermesidir. İnsan ya sağlıklıdır ya da hastadır. Sağlık ve hastalık süreklilik arz etmez. Zihin ve beden iki farklı sistemdir. Zihin soyut duygu ve düşünceleri ifade ederken beden ise kaslardan, kemiklerden, organlardan ve cilt gibi

fiziksel maddelerden oluşmaktadır. Hasta olan bireylerde psikolojik sıkıntılar olabilir. Kişi kendini mutsuz hissedebilir ve duygu durum değişiklikleri yaşayabilir. Örneklendirecek olursak kişi kanser olduğu için mutsuzdur. Hastalığa neden olan ana faktörler psikolojik değildir. Hastalık insanın psikolojik durumunu etkilemektedir (Ogden 2016, 4-5).

1.2. Psikosomatik Model (20 yy)

Tedavide modern tıp içinde yer alan bazı yaklaşımlar, sadece bedenin hastalıklı bölgesini değil hastada meydana gelen ruhsal değişiklikleri de dikkate almaktadır. Modern tıpta kendini bulan “psikosomatik tıp” bütüncül yaklaşımları temsil eder. Bütüncül yaklaşımın bir parçası olan psikosomatik tıp, insan sağlığının bir bütün olduğunu (beden ve ruh), psikolojik süreçleri fizyolojik hastalığın kaynağı olarak görür. Heinroth psikosomatikten ilk kez söz eden kişidir. Bedensel hastalıkların ruhsal kökeni üzerinde duran Henrioth pek yankı uyandırmamıştır. 20. yüzyılın başında psikanalistler (Freud, Abraham, Federn, Groddeck), dâhiliyeciler (Uv. Weizcöcker, Bizli, Hayer) ve psikologlar (Cannon W.R. Hess) psikosomatiğe ilişkin kavram, kuram ve tedavi yöntemlerini yeniden ele almışlardır. Ruh sağlığının bedensel hastalıklara etkisi psikosomatik tıbbın ilk dönemlerinde ele alınmış ve tedavi sürecinde doktor görüşmeleri, psikanaliz, hipnoz ve grup tedavisi önerilmiştir. Bu alandaki çalışmaların kurumsallaşması 1940’ların başında American “Psychosomatic Society”nin kurulması ile sağlanmıştır. 2003 yılında ABD’de psikiyatrinin yeni bir üst uzmanlık alanı olarak kabul edilen psikosomatik tıp; tıbbi hastalığı olan hastalardaki psikiyatrik hastalıklar üzerine çalışmaktadır. Psikosomatik tıbbın en eski uygulayıcılarından olan Platon da, tedavide ruh ve bedenin bir bütün olarak ele alınmasını savunan taraflardan olmuştur (Saltık Özkan 2012).

Psikosomatik tıp biyomedikal modele karşı çıkan taraf oldu. 20. yy’da Freud’un teorilerini fiziki hastalıklara uygulanabildiğini telkin eden Ferenczi, Groddeck, Adler’i kapsayan psikanalistler bu fikri destekleyen vaka çalışmaları sunmuşlardır. Bu başlangıç aslında pratikte psikosomatik tıp olarak bilinen teorinin temeli oluşturmaktadır (Bağcı Kurt 2010).

20 yy başında Freud uzuvlarda (kol ve bacaklar) görünen fiziksel bir nedene bağlı olmayan felcin yaşandığını ve sinirlerin yapısını yansıtmayan “histerik felç” olarak adlandırılan bir durum tanımladı (Ogden 2016, 5).

1.3. Davranışsal Tıp (21 yy)

Pomerleau ve Brady (1979) tarafından tanımlanan davranışsal tıp; davranışların deneysel analizinden elde edilen yöntemlerin sonucunda fiziksel hastalık ya da fizyolojik işlev bozukluğunun (örneğin obezite, esansiyel hipertansiyon, bağımlılık davranışları) değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisi olarak ifade edilmektedir (Ogden 2016, 5).

2. SAĞLIK PSİKOLOJİSİNİN ODAK NOKTASI

Matarazzo tarafından tanımlanan psikoloji disiplinin kendine özgü bilimsel, eğitimsel ve mesleki katkılarının toplamı olarak ifade edilen sağlık psikolojisi; hastalıkların ve ilişkili işlev kayıplarının azaltılması, sağlığın geliştirilmesi var olan sağlık durumunun sürdürülmesi ve tedavisidir (Ogden 2016, 5).

Sağlık psikolojisinin tanımı Biyomedikal Modeldeki sorulara verilen cevaplarla sağlanabilmektedir. Hastalığa ne neden olur sorusuna verilen yanıt hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal sebepleri bulunmasıdır. Biyomedikal modelde belirttiğimiz üzere hastalıktan kişi sorumlu değildir. Fakat sağlık psikolojisinde bireyin sağlık davranışının hastalık üzerindeki etkisi düşünüldüğünde aslında kişi hastalık oluşmasından sorumludur. Hastalık nasıl tedavi edilmelidir diye düşündüğümüzde bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir. Birey hem fiziksel hem de ruhsal açıdan baş etme stratejileri donanımına sahip olmalıdır. Tedaviden kim sorumludur sorusuna verilen yanıt ise kişi hem ilaçlarını alarak hem de beslenmesine dikkat ederek aslında tedavi sürecinde sorumlu pozisyona gelmiştir. Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki sağlıktan hastalığa geçiş doğrultusunda ileri geri bir yol izlemektedir. Zihin ve beden arasındaki ilişki karşılıklı etkileşim halinde devam etmektedir. Sağlık psikolojisi, psikolojik etkenleri hastalık oluşmasında sonuç olarak değil, sağlıklı bireyler olmaktan hasta bireyler olmaya kadar uzanan süreçteki bütün aşamalarına katkı sağlayan faktörler olarak görmektedir. Hastalığın oluşması ve oluşan hastalığın

iyileşmesi için kişinin psikolojik durumunun etkili olduğu dile getirilmektedir. Asıl var olan hastalığı ortadan kaldırmaksa kişinin bedeninin ve ruhunun birlikte sentezlenmesi kişiyi hem rahatlatacak hem de sürecin hızlanmasını sağlayacaktır (Ogden 2016, 6-7).

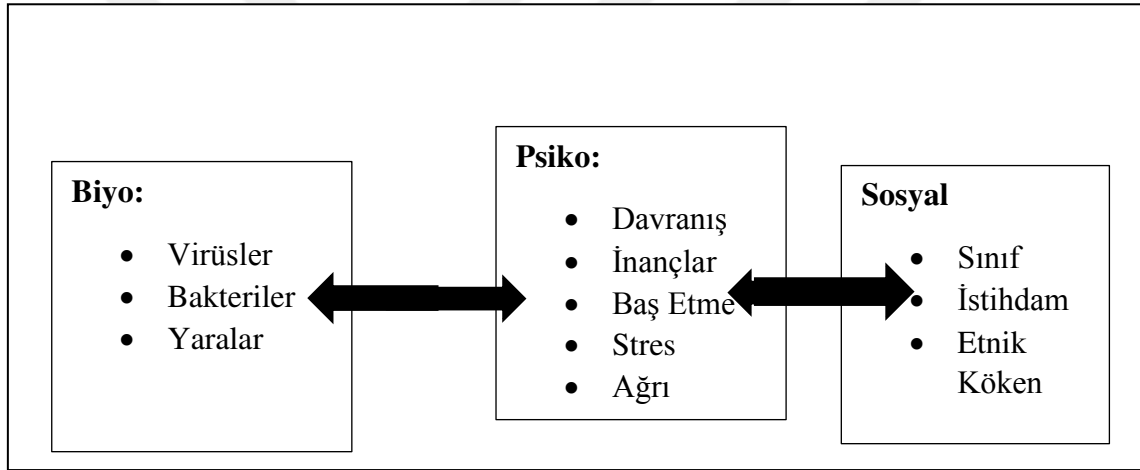
Tanrıbilimciler miskinliği; insanın gücü yetmesine karşın bir şeyi bile bile boşlaması günahı olarak adlandırmaktadırlar. Freud'un bize psikolojinin sayrıl (hastalıklı) yönünü göstermesi aynı zamanda bizimde artık psikolojinin sağlıklı yanını da açığa çıkarmamız gerektiğini ifade etmektedir. Sağlık psikolojisi yaşamlarımızı denetleme ve geliştirmemizde, bizlere yardımcı olacaktır. Bu yöntem belki de, hastalıktan nasıl kurtulabilirizi sorgulamaktansa hastalık oluşmaması için bizlere çok daha fazla yarar sağlayacaktır. Bireyleri özgür gelişime nasıl özendirebiliriz? Özgür gelişim için eğitim koşulları neler olmalıdır? Cinsel mi? Ekonomik mi? Politik mi? Politik, ekonomik ve cinsel insanların yaşamlarına uygun bir dünya nasıl olabilir? Bu tip insanlar nasıl bir dünya yaratacaklardır? Hasta bir kültürün ürünleri hasta insanlardır. Sağlıklı bir kültürde ancak sağlıklı insanlar yetişebilir. Bunun yanı sıra hasta insanların yaşadıkları kültürü olumsuz etkilediği ve daha da bozduğu, sağlıklı insanların ise bulundukları ortamı olumlu etkileyerek daha sağlıklı bir kültür yarattığı da bir gerçektir. Daha iyi bir dünya yaratmanın yollarından biri bireyin sağlığını geliştirmektir. Kişisel gelişimin özendirilmesi sağlığın geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Kendi takıntı ve saplantılarını sağaltmaya çalışmasından bir insanın daha dürüst olmayı seçmesi çok daha kolaydır. Aslında en doğru olan hastalıktan nasıl kurtulacağımızı aramak yerine nasıl hasta olmayacağımızın peşine düşmektir. Bilimsel disiplinlerinde dediği gibi en doğru olan var olan sağlığın bir bütün olarak ele alınması sağlığın değerlendirilmesi ve ölçütlerin buna göre belirlenmesidir (Maslow 2001, 10).

Bilimsel alanın zenginliği o alanda çalışmalar yapan ve düşünce üreten kişilerin birikimlerinden oluşmaktadır. O alanı tanımlayabilmenin esas şartlarından birisi de kişilerin kendi yaşam statüleri içerisinde düşüncelerini analiz etmekten geçmektedir. Davranışçı psikolojinin; insanların dışardan gözlemlenebilen davranışlarının üzerine yoğunlaşması sonucu ruhsal yöndeki değişimlerin incelenmesinden uzaklaşmıştır. Bunun sonucu olarak bazı psikologlar bu yönde çalışmalar yapmışlardır. İnsan ruhunda değişiklikleri iyi yansıtan ve bunun temelini

sevgi, vicdan, ahlaki değer yargıları olduğunu düşünen psikologların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu psikologlar Abraham Maslow, Sigmund Freud, Erich Fromm, Alfred Adler ve Victor Frankl'dır. Dünyada ve Türkiye'de (klasik) psikoloji alanında en çok okunan ve düşüncelerinden yararlanan psikologlar bunlardır (Ayten 2006, 20-22).

Günümüz tıbbında bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarda (kalp krizi, beyin kanaması (tansiyona bağlı), kanser, diyabet) enfeksiyon durumunda ve kazalarda davranışsal, ekonomik ve sosyal faktörlerin etkinliği yadsınamaz (Baltaş 2007, 32)

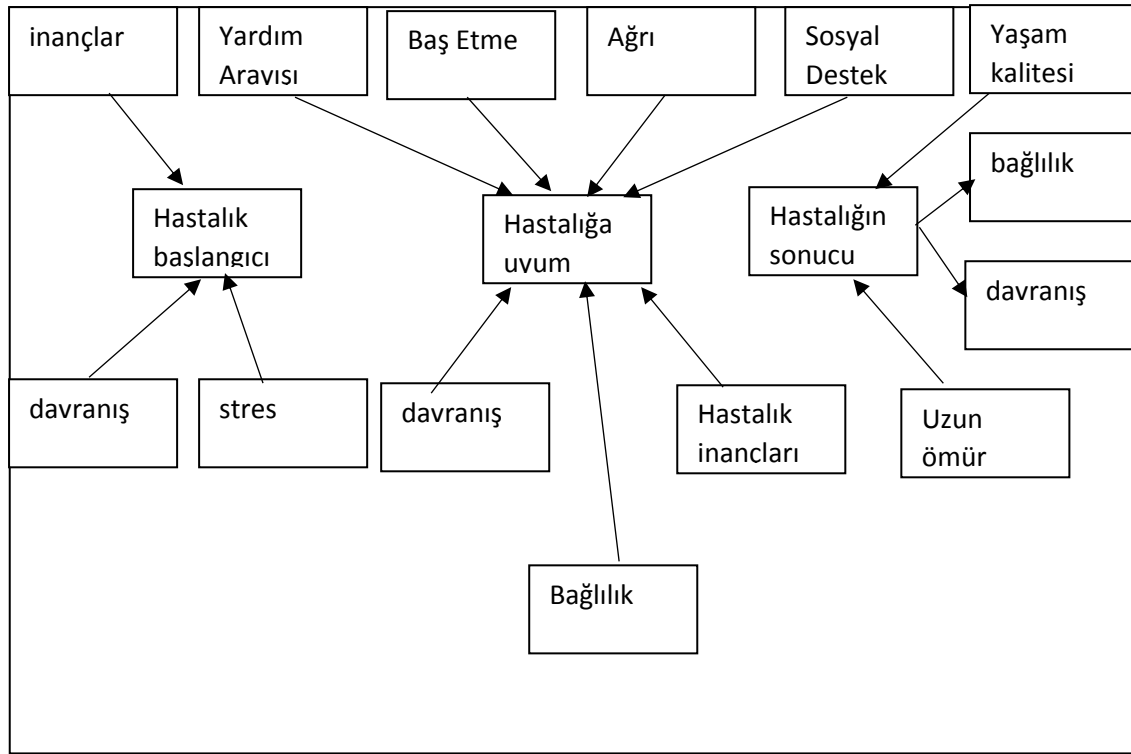
2.1 Biyopsikososyal Model



Şekil 1 :Sağlık ve Hastalığın Biyopsikososyal Modeli (Ogden 2016, 7)

Şekil 1'de biyopsikososyal modelin tanımında biyo kısmını oluşturan virüs, bakteri ve yaralar bütünlüğün bozulmasına sebep olmaktadır. Ayrıca insanların yaşam içindeki davranışları (sigara kullanımları, beslenme alışkanlıkları....) inançları, duyguları(tedaviden korkmaları), baş etme yöntemlerinin farklılıkları ve stres yönetimi biyopsikososyal tanımın psiko kısmını oluşturmaktadır. Sosyal yönünü ise sağlığa ilişkin sosyal değerler (ör., sağlığın iyi yada kötü bir şey olarak kabul edilmesi), etnik grup ve sosyal sınıf farklılıkları oluşturmaktadır (Ogden 2016, 7).

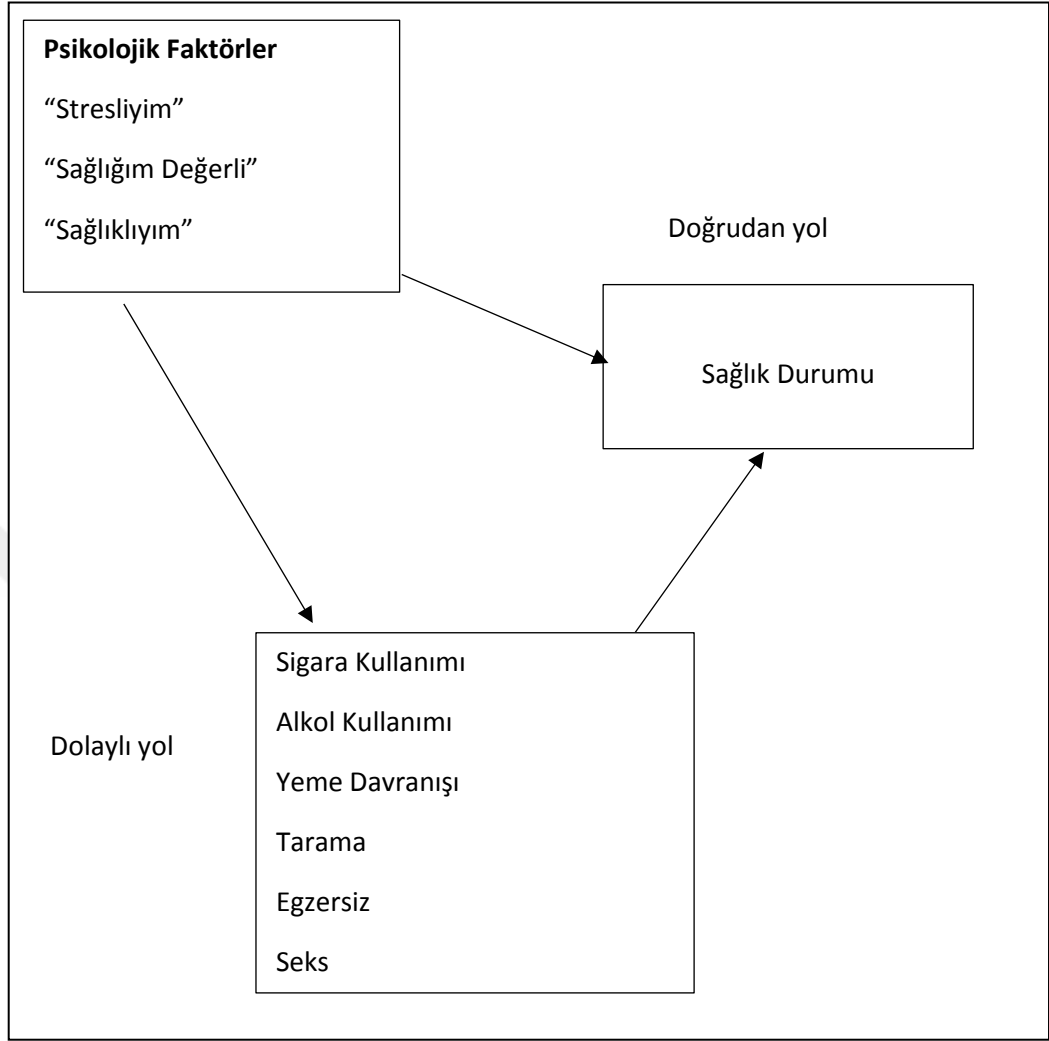
2.2. Bir Süreklilik Olarak Sağlık



Şekil 2. Bir Süreklilik Olarak Sağlık Ve Yaşam Boyu Psikoloji (Ogden, 2016:7)

Şekil 2’de psikoloji hastalığının başlangıcını, hastalığa uyum sürecini ve hastalığın sonucunu etkilemektedir. Bir süreklilik olarak sağlık tüm aşamalarda psikolojinin sağlığı nasıl olumlu ya da olumsuz etkilediğini dile getirmektedir. Örnek verecek olursak kanser hastası bir bireyin biyolojik olarak hücrelerindeki dejenerasyonlar gerçekleşmiş ve kişi artık hastadır. Kişinin moralinin yüksek olması yapılan tedavideki başarının yüzdesini oluşturmaktadır. Eğer kişi yaşama tutunmazsa ve kendini ölüme teslim ederse hücre yenilenmesi yavaşlayacaktır. Bu da kişinin hastalık sürecindeki duygu durumunu etkileyecek ve kişi kendini yapayalnız hissedecektir. Bir Süreklilik olarak sağlığın devam etmesi için hasta bireylerin yakınlarının ve hastanın ümidini kesmemesi aslında psikolojinin ne kadar önemli olduğunu ifade etmektedir (Ogden 2016, 8).

2.3. Psikoloji ve Sağlık Arasındaki Doğrudanlık, Dolaylılık ve Değişkenlik



Şekil 3 Psikoloji ve Sağlık: Doğrudan ve Dolaylı Yollar (Ogden, 2016:8)

Şekil 3’de “stresliyim” kişinin bedeni doğrudan etkilerken sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Kişilerin düşünme tarzı (“stresliyim”) davranışlarını etkiler ve kişi (“sigara içeceğim”) diyerek o da kişinin sağlığını dolaylı yoldan etkilemektedir (Ogden 2016, 8).

Hastalık ve sağlık sürecinde devamlılığın sürdürülmesi bireyin iyi ve kötü olma durumlarının değişimsel sürekliliğinin sağlanması ile gerçekleşmektedir. Hastalık ortaya çıktığında tedavi hedeflenmektedir. Bunun için ilk olarak ayırıcı tanının konulması gerekmektedir. Hasta ile işbirliği içinde yapılan eğitimlerle var olan risk faktörleri ortadan kaldırılmaya çalışılacaktır (Baltaş 2007, 35).

3. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

3.1. Sağlığı Bozan Alışkanlıklar

Kasl ve Cobb 1966 yılında 3 başlık altında sağlıkla ilgili davranışı tanımladılar.

Bu davranışlar;

- Hastalıkları önlemeyi amaçlayan davranışlara (ör..., sağlıklı beslenme) sağlık davranışı denir.
- Çare aramayı amaçlayan davranışlara ise (ör..., doktora gitmek) hastalık davranışı denir.
- İyileşmeyi amaçlayan her türlü faaliyetlere ise (ör..., reçete edilen ilaçları içmek, dinlenmek) hasta rolü davranışı denir (Ogden 2016, 38).

Ayrıca Matarazzo tarafından 1984 yılında sağlık davranışları iki başlık altında tanımlandı:

- **Sağlığı bozan alışkanlıklar;** davranışsal boyutta hastalığa neden olan her türlü organizma ve maddeleri kapsamaktadır. (ör..., sigara kullanmak, yağ oranı yüksek yiyeceklerle beslenmek) (Ogden 2016, 38).

Sağlık davranışların tanımlamalarında bireyler hasta olmadan önce ve hasta olduktan sonraki davranışlarıyla süreci olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Sağlığımız bozan örneğin sigara, alkol tüketmek, yağlı gıdalarla ve aşırı şekerli ve tuzlu yiyeceklerle beslenmek metabolizmamızda hastalığın oluşmasına neden olmaktadır. İnsanlar sağlığını bozan alışkanlıkları kültürel faktörlerin etkisi altında pekiştirmektedir. Aile olarak herkesin yağlı gıdalarla beslendiği bir ailede aslında bunların zararlı olduğunu bilen bir birey sağlık davranışı geliştirirken ailesinden olumsuz etkilenmektedir. Bu tür gıdaların ne kadar da olsa zararlı olduğunu bilmesine rağmen sağlığı bozan gıdalara hayır diyememek sağlık davranışını değiştirememek kişinin hastalığa yakalanma süreci hızlandırmaktadır. Asıl istenilen sağlık davranışın değiştirilip sağlıklı birey olmayı sağlamak için çabalamaktır (Kuloğlu 2015, 33-35)

1974 yılında DSÖ sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık anlayışı; birey, bireyin yer aldığı aile ve toplumun sağlığını koruyan, var olan sağlığı sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli yaklaşımlardır. Bu anlayışın özünde yer alan bireyin iyilik halinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini kapsayan sağlık davranışlarının kazanılmasıdır. Birey kendi sağlığını korumak için kuralları belirleyebilmelidir (İlhan 2010, 36).

Bireyin yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkileyen faktörlerden biri de bireyin yaşam biçimidir. DSÖ gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin nedenini bireyin yaşam biçimindeki olumsuz davranışları sonucu oluşan hastalıklara bağlamaktadır. Toplu ölüm nedenleri arasında yer alan enfeksiyon hastalıklarının yerini kalp, tansiyon, diyabet (şeker), obezite, kanser gibi hastalıklar almıştır. Hastalıklardan korunmak için bireylerin var olan sağlık davranışlarını değiştirmeleri ana prensip haline getirilmelidir (İlhan 2010, 36).

İnsan vücudu, Çin düşüncesine göre birbirini tamamlayan ve çevresi ile uyum içinde bulunan bir dizi yöntemlerden oluşmaktadır. Bireyin riskli sağlık davranışlarında bulunması sigara içme, dengesiz beslenme, hareketsiz yaşam, yetersiz uyku hastalıklara neden olmaktadır (Yılmaz 2007, 3).

3.2. Sağlığı Koruyan Davranışlar

Bireyin sağlıklı yaşam biçimini, sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, kendi sağlık statüsüne göre günlük yapılacak aktiviteleri düzenlemesi ve uygun sağlık davranışlarını seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı bireylerin sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için yaptığı davranışlar sağlığı koruyan davranışlardır. Yeterli ve dengeli beslenmek, düzenli uyku, hareketli yaşam, alkol kullanmama, sigara kullanmama, hijyen koşullarının sağlanması ve sürdürülmesi, stresle başa çıkma metotlarının hepsi sağlıklı yaşamın sağlanması için gereklidir (İlhan 2010, 35).

İnsanın sağlığını koruyan davranışlar sergilemesi , (örneğin diş fırçalama, emniyet kemerini takma)sağlıkla ilgili araştırmalar yapması düzenli ve sağlıklı

beslenmeyi öğrenmesi yaşam kalitesini artıracaktır. Buradaki asıl amaç sağlıklı bir birey olarak yaşamımızı idame ettirmektir (Ogden 2016, 38).

Toplumdaki bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin varlığı o ülkenin sosyal, ekonomik ve kültürel açıdan kalkınabilmesini olumlu etkilemektedir. Bir toplumdaki hasta birey sayısının fazlalaşması üretimdeki verimliliği azaltırken kişi başına düşen sağlık harcamalarını artırmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışı önlemek ve sağlıklı toplumlar yetiştirmek için ilk olarak bebek, çocuk, gençler ve yaşlıların yeterli ve dengeli uyumaları, beslenmeleri, doğru yeme davranışlarını kazanmaları ve sürdürebilmeleri gerekmektedir. Çocuk ve genç bireylerin sağlıklı yeme davranışı ya da doğru sağlık davranışını geliştirmesi yeni nesillerin sağlıklı bireyler olmasını etkileyecektir (Kadioğlu 2009, 7).

Bireyler bulundukları kültürel çevrenin etkisi altında yaşamlarını idame ettirmektedirler. Sağlığımızın korunması olumlu ya da olumsuz davranışlarımızın etkisi altındadır. Bireyler hem gelecek nesillere örnek olmak hem de var olan yaşam kalitelerini arttırmak ve sağlıklı bireyler olarak hayatlarına devam etmek için sağlığını bozan durum ve davranışlardan uzak durmalıdır. Bir ülkenin gelişimini sağlamak için beden ruhen sağlıklı toplumlara ihtiyacımız vardır. Bireyler ne kadar sağlıklı olursa bütüncül yaklaşım içinde ülkemizin üretebilen nüfusu artacak hem ekonomik olarak hem de sağlığa harcanan parasal giderler azalacak ülkenin ferah ve mutluluğu sağlanacaktır. Sağlığımıza harcayacağımız giderler yerine hastalanmadan önce sağlıklı beslenme, spor, doktor kontrolleri için harcanan ücretler ekonomimizi olumsuz etkilemeyecektir. Örneğin kanser hastası olan bireyin hem kendisi hem de ona bakmakla yükümlü olan kişiler açısından sağlığını değerlendirecek olursak kişi kanser olduğu için maddi ve manevi sıkıntılar yaşamaktadır. Zamanında kendi için kullanmadığı parasını şimdi sağlık giderleri için kullanmaktadır. Bakmakla yükümlü olan kişiler ise işlerinden izin alarak ve sürekli psikolojik baskı altında kalarak stres yaşamaktadırlar. Bilinen o dur ki stres sağlığı bozmaktadır. Daha önceden belirttiği gibi bireyler sağlıklı yaşamak ve hasta olmamak için davranışlarını kontrol etmelidir (Kadioğlu 2009, 6).

4. SAĞLIK İNANÇLARI

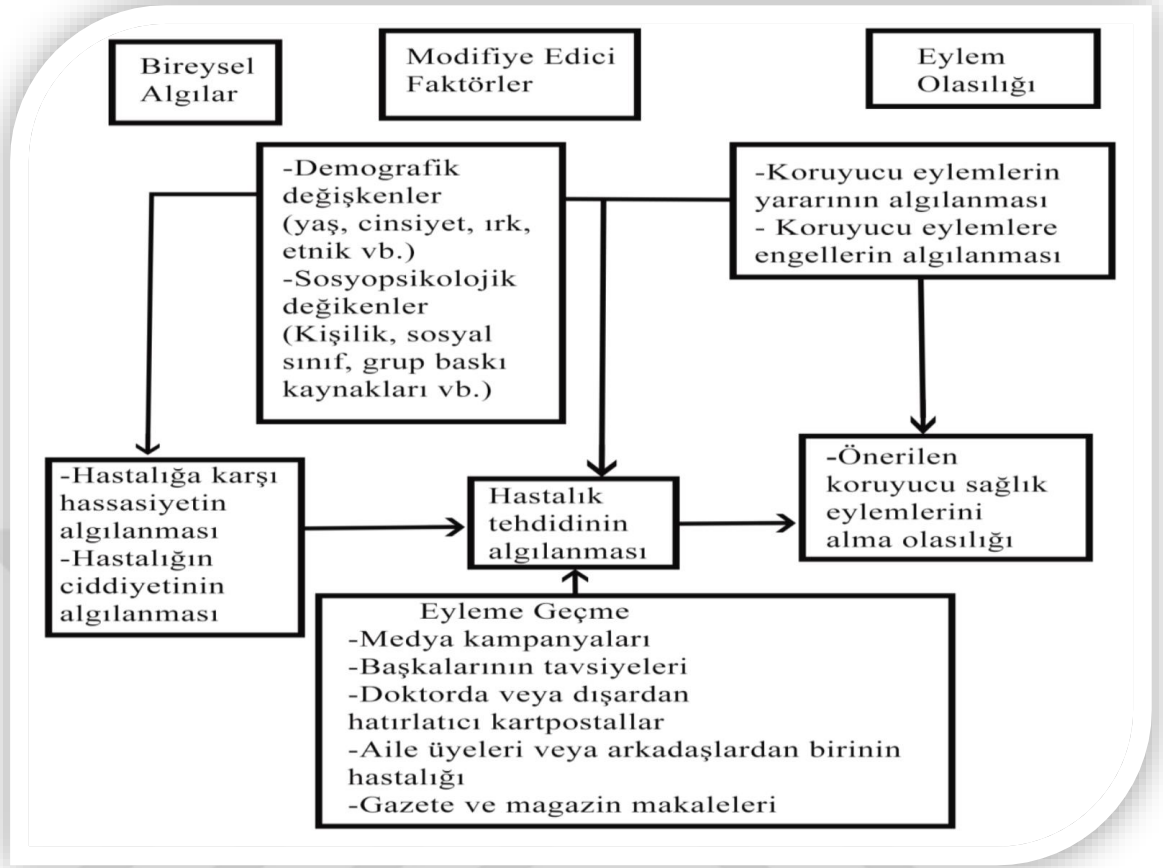
Sağlık İnanç Modeli 1950’li yıllarda hasta bireylerin tedaviye verdikleri yanıtı ve akut ve kronik hastalık dönemindeki sağlık davranışlarını anlamaya yönelik ortaya çıkan bir yaklaşımdır. Hasta bireyler daha önceden yaşadıkları hastalık deneyimine ve tecrübesine göre koruyucu sağlık davranışı geliştirmeye çalışırlar. Fakat var olan sağlık inançları doğrultusunda kendilerinin hastalığa yakalanabileceklerini kabullenmeleri hastalığı önlemek ve hastalık oluştursa iyileşme sürecini etkilemek açısından önemlidir (Koçak ve Bulduklu 2010, 6-7).

Bireylerin sağlık davranışlarının temelinde sağlık inançları yer almaktadır. SİM, birçok kişisel algının sağlık inançlarını ortaya çıkardığını ileri sürmektedir (Ogden 2016, 48).

Sağlık Psikolojisiyle yakından ilgili olduğu düşünülen Sağlık İnanç Modeli sosyal psikolojik süreçlerin de ele alındığı bir sistemdir (Baltaş 2007, 37).

Kişisel algıda bireylerin hastalığı algılama farklılıkları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha etkilidir. Bazı bireylerin hastalıklara gösterdiği hassasiyet ve hastalığı ciddi olarak algılama eğilimleri kişisel algılarına bağlıdır. Aile üyelerinden birinin ölümcül bir hastalığa yakalanması bireylerin hastalıkla ilgili olan kişisel algılarının değişmesine sebep olacak ve aynı zamanda aynı hastalık sürecini yaşamamak için var olan davranışlarını değiştirmeyi hedefleyeceklerdir (Baltaş 2007, 38).

Hastalığın tehdit olarak algılanması koruyucu sağlık davranışının öğrenilmesine ve davranışın değişmesine sebep olacaktır. Hastalığı tehdit olarak algılamaya sebep olan faktörler arasında aile üyelerinde ya da yakın çevrede yaşanan hastalık sonucu elde edilen kazanımlar sayılabilmektedir. Gazete ve sağlık dergilerinde yazılan yazılar, televizyonda hastalığa karşı gösterilen kamu spotları ve sağlık merkezlerinden gelen mesajlar sayılabilmektedir (Baltaş 2007, 39).



Şekil 4: Sağlık İnanç Modeli (Kuloğlu 2015, 31)

Sağlık inanç modeli 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; bireysel algılamalar, modifiye edici ve başlatıcı faktörlerdir. Bireysel algılamalar kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu algılamalardaki bireysel farklılıklar sağlığa karşı tutumlarını belirlemektedir. Değiştirilebilen faktörler modifiye edici faktörlerdir. Demografik ve sosyopsikolojik özellikler hastalığın ciddiyetinin algılanmasını ve hastalığa karşı hassasiyetin algılanması etkileyen etmenlerdir. Bireylerin yaşam sürecinde karşılaştığı güçlükler ve hastalığı önemseme düzeylerinin farklı olması hastalığın oluşma sürecini olumsuz etkilemektedir (Kuloğlu 2015, 31).

Bireyin var olan hastalıktan koruyucu sağlık davranışının değişmesi bireyin yaşamına sağlayacağı yarar durumu ve bu davranışı gerçekleştirirken uygulama sırasında ortaya çıkan problemlerdeki dengeye bağlıdır. Hastalık sürecini olumlu etkileyecek olan sağlık davranışı ve tutumları hakkında bireye eğitim verilir. Böylece

bilinç altındaki bilgi değişimi sonucu vücuda yararı olan davranış pekiştirilmiş olur ve sağlığı korumak ve kontrol altında tutma olasılığı artar. Engel algısında ise birey hastalık sürecinde kendisinin değişmeyeceğine inandığı inançları ve bu hastalıktan kurtulamayacağı düşüncesinin var olması sağlık davranışının değişmesine engel teşkil edecektir (Baltaş 2007, 39).

Bu bölümde sağlık inançları ile ilgili 4 yaklaşımın (kuramın) detayları anlatılmaktadır.

4.1. Atıf Kuramı

Heider'in 1958 yılındaki çalışmalarında Atıf Kuramı'nın kökenine değinilmiştir. Bireylerin nedenselliği anlamaya ihtiyaç duyduklarını savunan Heider'in atıf kuramı köken olarak kabul edilebilir. 1971 yılında Kelley fikirlerini daha da geliştirerek atıf kuramını nedensel ögelere göre tanımlamıştır (Ogden 2016, 39).

- **Ayırt Edicilik:** Bir davranışın nedenini oluşturan atıf davranış o davranışı gerçekleştiren kişiye özeldir.
- **Uzlaşma:** Bir davranışın nedenini oluşturan atıf davranış ortak olabilir.
- **Zaman içinde Tutarlılık:** Aynı davranışın nedenini oluşturan aynı atıf davranış başka bir zamanda da yapılabilir.
- **Yöntem Açısından Tutarlılık:** Farklı bir durumda aynı atıf davranış yapılabilir (Ogden 2016, 39).

Atıf Kuramı gittikçe geliştirilerek kendine atıf ve diğerlerine atıf olarak tanımlandı. Böylece kişi hastalık sürecinde hem kendine hem de karşı tarafa atıfta bulunabilme yetisine sahip oldu. Alkolik birinin irade gücü olmamasından ötürü alkolik olmasındaki sorumluluğu kendine atfetmesi (nedene atfetme) ve iyileştirme sürecinde sağlık çalışanını onu iyileştirmekten sorumlu olmasını düşünmesi ise çözüme atfetmeye örnek verilebilir (Ogden 2016, 39).

Sağlıkla ilgili davranışlar için atıflarda farklı durumlar söz konusudur. Kişi düşünce sistemine göre kendi ile ilgili davranışları ya kendine ya da başkalarına

atfetmektedir. Şeker hastası birinin sağlıklı beslenmeyi yapamamasını aslında kendine atfetmesine sebep olması gerekirken bazı kişiler bu durumun kişinin elinde olmadığını, burada hasta olmanın kişinin kaderi olduğuna inanan gruplarda geçerlidir. İşte buradan çıkan sonuç sağlık inançlarının kişiden kişiye göre değiştiğidir. Bireylerin içsel görüşü çok önemlidir. Diyabet (şeker)hastası olan bir ailenin üyesi olan biri kendine yaptığı atıfta ben şeker hastası oluyorsam bunun nedeni genetik kökenimdir diye düşünebilmektedir. Oysaki sağlıklı beslenme davranışı oluşturmak ve geliştirmek çözüme atfetmek olacaktır. Sağlık davranışlarını değiştirmek için aslında sağlık inançlarının da yanlışlarını bularak düzeltmek gereklidir (Ogden 2016, 40).

4.2. Gerçekçi Olmayan İyimserlik Açısından İncelenen Risk Algısı, Riski Telafi Etme ve Kendini Onaylama Kuramı

Weinstein gerçekçi olmayan iyimserliği bireylerin hastalığa yakalanma olasılıklarının düşük olduğuna inanmalarının mümkün olamayacağını ileri sürdü ve bu durumu gerçekçi olmayan iyimserlik olarak adlandırdı. Gerçekçi olmayan iyimserliği etkileyen 4 bilişsel faktörü de ele almanın önemini vurguladı. Bireylerin hareket ile hastalığı engelleyeceğine inanıyor olmasını, kişinin hastalık ile ilgili tecrübesinin olmamasını, hastalığın nadir görülmesini ve hastalık şimdiye kadar oluşmamışsa şimdiden sonrada oluşmayacağını düşünmelerinin gerçekçi olmayan iyimserliği etkileyen etmenler olduğunu ileri sürmüştür (Ogden 2016, 41).

Riskin telafi edilmesi ise bireylerin riskleri algılama durumuna göre değişmektedir. Bireyler örneğin sigara içebilirim çünkü her gün düzenli spor yapıyorum ya da çikolata yiyebilirim çünkü zaten spor yapıyorum gibi sağlık inançlarıyla riskin telafisi yoluna gidebilirler. Aslında bireyler bazı davranışlarıyla riskli davranışların telafi edileceğine ya da dengeleneceğine inanmaktadırlar. 2006 yılında Rabiau ve arkadaşları telafi edici sağlık inançlarını daha incelediler. Sonuç olarak obez insanların diyetlerine uymamalarını ve düzenli egzersiz yapmamalarının bu gelişen sağlık inançlarından kaynaklandığını savundular. 2010 yılında Radtke ve arkadaşları ise gençlerin telafi edici inançlarını ortaya çıkarmak için bir ölçek geliştirdiler. Buna göre sigara ile ilgili telafi edici inançlarının yüksek olduğunu ve sigarayı bırakmama nedenlerinin ise telafi edici inançlarına bağlı olduğunu savundular (Ogden 2016, 41).

Kendini Onaylama Kuramı ise bireylerin benlik bütünlüklerinin bozulmaması gerektiği algısının, aynı zamanda ahlaki ve uyum açısından bireylerin kendilerini yeterli görmesi algısının ve var olan algılarının korunmaya yönelik güdülenmesidir. Algılarının tehdit altında olduğunu hissettiklerinde ise bu bilgiyi reddederler ya da unuturlar. Bu onların algılarını savunma şeklidir. Bireyler sigara paketinin üstünde yazan “sigara içmek öldürür” ibaresine rağmen sigaraya devam etmektedirler. Bunun nedeni gerçekçi olmayan iyimserlikleri ve riskin telafisi neden olmaktadır (Ogden 2016, 42).

4.3. GÜDÜ ve ÖZ Belirleme Kuramı

Bireylerin sağlık davranışını yapmak ya da sürdürmek için güdülenmeye ihtiyacı vardır. Sağlık davranışı modellerinin çoğunda güdü kavramı açık ve örtük olarak yer almaktadır. ÖBK’nın ise temelini oluşturmaktadır. ÖBK birey ile alakalı ilişkileri açıklamak için ilk önce özerk güdü kavramını açıklar. İçsel güdüleme olarak adlandırdığı özerk güdü kavramını ÖBK bireyin tatmin ve ödüllendirilmiş olmasına bağlar (Ogden 2016, 43).

Öz-belirleme (self-determination), bireyin toplumun normlarından ve baskısından yani dış etmenlerden etkilenmeden kendi kişisel inançlarıyla ve değer yargıları doğrultusunda karar vermesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle bireyin davranışlarını başlatmalarında ve sürdürmelerinde kendi seçme hakkının olmasıdır. Edward Deci 1970’li yıllarda öz-belirleme kavramını ayrıntılı olarak ele alan ve ilk çalışmaları başlatan kişi olmuştur. Richard Ryan ise kuramın en önde gelen bir diğer temsilcisidir (Çankaya 2009, 23).

4.4. Öz Yeterlilik

İlk kez 1977 yılında Bandura tarafından öz yeterlilik kuramı geliştirildi. Bu kuram bireyin yeteneklerinin olası durumlarda durumu idare edebilmek için gerekli olan eylem kaynaklarını seçebilmesi ve düzenleyebilmesi inancını açıklamıştır.

Örneğin sigarayı bırakmak istiyorum diyen bir bireyin sigarayı bırakmak istemesi sigarayı bırakmada kendime olan güvenimle alakalıdır demek istemiştir (Ogden 2016, 43).

4.5. Aşama Modelleri

Bireylerin sağlık davranışlarını değiştirmedeki aşamalarının farklı olmasının nedeni sağlık inançları ve modellerinin farklı sıralamalardaki aşamalarda yer almasıdır. Farklı aşamaları ifade edebilmek için sınıflara ayırmak, sıralamanın gerçekleşmesi, farklı ve aynı aşamadaki insanlar benzer ve farklı engellerle karşı karşıya kalabilirler. Sağlık psikolojisi ile ilişkili iki aşama modeli vardır. Bunlar DAM ve SESY'dir (Ogden 2016, 44).

1982 yılında Porchaska ve DiClemente 18 terapi sentezi sonucunda davranışta değişimin sağlanması ve sürdürülmesini tanımlayan modeller geliştirdiler. DAM bileşenlerini niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve koruma başlıkları altında incelediler. Birey sigara ile ilgili niyet öncesi fikir “ben sigara içmekten mutluyum.”, niyette ise “son zamanlarda hep hastayım sigarayı bırakmalıyım.”, hazırlıkta “sigara içilen yerlerden uzak duracağım.”, eylemde ise “sigara içmiyorum artık.”, koruma aşamasında ise “bir yıldır sigarayı ağzıma vurmadım.” Bir sürü inancını öne sürecektir (Ogden 2016, 45).

SESY ise sağlık davranışları ve sağlık inançları doğrultusunda geliştirilen ve bu inanç ve davranışların anlaşılması için zaman kavramının da ele alınmasını dile getiren kuramdır. Bu kuramda bireyin öz yeterlilik durumu son derece etkilidir. Güdülenme aşaması SESY’de üç farklı başlık altında incelenir (Ogden 2016, 46).

Bu aşamalardan öz- yeterlilik bireyin kendi davranışlarının farkında olması ve var olan durumlarda eylemleri başlatması ve seçim yapması olarak ele alınmaktadır. Yeterlik ihtiyacı ise bireyin çevre ile etkileşimlerinin olumlu olduğunu göstermek için gösterdiği çabadır. Bireyin çevreyle etkileşiminin, öğrenmelerinin ve gösterdiği uyumun toplamıdır. Amaçlarına başarılı bir şekilde ulaşan bireylerin yeterlilik duygusu son derece gelişmiş ve bu bireyler buna inanmışlardır (Çankaya 2009, 24).

İKİNCİ BÖLÜM

SİĞARA BAĞIMLILIĞI

1. BAĞIMLILIK KAVRAMI

Bağımlı kişi madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlar. Madde kullanımı zarar verici düzeyde bireyi ve toplumu etkiler (Türk Psikiyatri Derneği 2019, 2).

Madde bağımlılığı madde kullanmak için duyulan istektir. Madde kullanımı sorunu içinde bağımlılık kavramı yer almaktadır. Ögel’in (2017;s.50) “ Uyuşturucu” madde tanımında bile bağımlılık kavramı kullanılır. Uyuşturucu maddeler “bağımlılık” yapıcı maddelerdir. Bu sebepten ötürü bağımlılığın bilinmesi ve anlaşılması son derecede önem arz etmektedir (Ögel 2017, 49).

Bağımlılık, aslında bir maddenin amacı dışında kullanılması sonucu kişide oluşan o maddeye karşı gelişen toleransın ve alınan madde miktarının artmasının, kişinin yaşamını olumsuz etkilemesine karşın madde alımının devamlılığının sağlanması ve sürdürülmesi ile ortaya çıkan tablodur. Bağımlılık yapıcı maddelerin ortak özelliği kişinin beyindeki ödül sistemi üzerinde keyif verici pekiştirici olmasıdır. Bu durum kişinin maddeyi tekrar tekrar kullanarak bağımlı olmasına neden olmaktadır. Bağımlı kişi, bütün yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen, maddeyi iradesi dışında kullanmayı sürdürür (Uğurlu Toker, Şengül Balcı ve Şengül 2012, 38).

Bağımlılık süreklilik ve tekrar başlamayla giden bir hastalıktır. Bu sebepten ötürü uzun ve zorlu bir süreç kişiyi beklemektedir. Günümüzde madde bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalar gösteriyor ki bağımlılık “var” ya da “yok” şeklinde genel ve kategorik bir sınıflandırma tanı ölçütlerine göre yapılmaktadır. Madde kullanımına bağlı oluşan problemlerle ilgili boyutsal bir değerlendirme yapılmamaktadır. Alkol ve uyuşturucu madde kullanan bireyler farklı boyutta sorunlarla karşılaşan ve bu sorunlarla baş etme yöntemlerini bulamayan kişilerdir. Farklı boyutlardaki sorunlarla baş etmeyi öğretmek aslında sorunu ortadan kaldırmak açısından çok yararlı olacaktır.

Tedavinin planlanmasında önemli bir faktör kişinin kullandığı maddenin cinsi, maddeyi kullanma miktarı ve süresi hakkında bilgi sahibi olmaya bağlıdır. (Ögel, Evren, ve diğerleri 2012, 2).

Bireyler sigara, alkol, uyuşturucu gibi birçok maddeye bağımlı olabilirler. Bağımlılık denince akla sadece sigara, alkol, uyuşturucu vb. madde bağımlılıkları gelmemelidir. Bunun yanı sıra yeme bağımlılığı, bilgisayar ve internet bağımlılığı, televizyon bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı vb. bağımlılıklardan da söz edilebilir. Hem sigara, alkol gibi madde bağımlılığında hem de yeme, internet gibi davranış bağımlılıklarında; kişi davranışlarını kontrol edememektedir. Davranış yapmaya devam etmektedir. Bu durumda süreklilik mevcuttur (Gününç ve Kayrı 2010, 220).

Bağımlılık devamlı ve düzenli periyodik aralıklarla kullanılan uyuşturucu maddeye karşı azalan kontrol, aynı zamanda o maddeyle sürekli meşgul olma hali ve reddetme olan düşünce çarpılıkları ile anlatılmaktadır (Tuna 2014, 61).

Bağımlılık yapıcı maddeler beyin ve bedenin işlevini bozarak kişinin ruhsal ve davranışsal olarak hayatını olumsuz hale getiren, organlarında hasar oluşturan yaşam için gerekli olmayan doğal ya da yapay maddelere verilen addır. Bağımlılık bir süreçtir. Kişinin aslında maddeyi bir kere kullanmaya başladığında bağımlıyım ya da ben bağımlı olmam ifadelerini kullanması uygun değildir. Maddeyi kullanan tarafın neler yaşadığını görse de onu sanki kendisi bir daha kullanmaya devam etmeyecekmiş gibi davranması ve maddeyi kullanımına devam etmesi bunların hepsi bir süreçtir (Can 2015, 13-14).

Bağımlılık tanısının konulabilmesi için aşağıda sayılan ölçütlerin yalnızca üçünün bir arada görülmesi yeterlidir.

- Kullanılan maddenin kişi üzerinde olan etkisinin azalması
- Madde miktarının azaltılmasının ya da tamamen kesilmesi durumunda görülen yoksunluk belirtilerinin olması
- Madde kullanımını bırakmak için yapılan girişimlerin boşa çıkması
- Maddeyi bulmak, kullanmak ve bırakmak için harcanan zaman

- Madde kullanımı sebebi ile sosyal, kişisel ve mesleki yaşamının olumsuz etkilenmesi
- Madde kullanım miktarının ve süresinin artması
- Bedensel ve ruhsal sorunları yaşamasına rağmen madde kullanımını sürdürmek (Yeşilay 2019, 1).

Bağımlılık kişinin kontrolünü kaybederek hem kendisine hem de çevresine zarar vermesi olarak adlandırılabilir. Bağımlı kişilerde yoksunluk belirtilerin olması olağandır. Birey kullandığı maddenin zararının farkındadır fakat kullanmaya devam etmektedir. Kişiler haz almak, eğlenmek için madde kullanırlar ve düzenli bir kullanım olmadığı için kendilerini bağımlı olarak görmezler. Asıl sorun burada devreye girmektedir. Kişi yaşamındaki olumsuzluklarla baş etmek için ara sıra madde kullanımı ile o hazzı yaşar ve bağımlılığın temelleri atılmaya başlanır. Vücuttaki yoksunluk belirtileri arttıkça kişinin bağımlılık oranı da artmaktadır (Ögel 2017, 49).

1.1 Bağımlılığın Bileşenleri

1.1.1. Tolerans

Sürekli olarak aynı miktarda kullanılan maddenin kişi üzerinde yarattığı etkinin azalmasına tolerans denir. Aynı miktarda kullanılan madde aynı etkiyi göstermemeye başlar. Kişinin bedeninde beklenen etki oluşmaz, kişi rahatlayamaz (Ögel 2017, 49).

Bütün bağımlı olan kişiler az miktarda madde kullanımı ile başlamaktadırlar. Duyulan haz zamanla etkinliğini kaybetmekte ve kişide haz alma etkisini azaltmaktadır. Bu da kişinin alınan maddenin miktarını arttırmasına ve bedeninin dayanamayacağı doz miktarı almaya başlamasına neden olur. Dozun arttırılmasına bağlı olarak ağır zehirlenme ya da ölüm gerçekleşebilir (Ögel 2017, 50).

1.1.2. Yoksunluk

Uzun süreli ve çok miktarda madde kullanımının ardından madde miktarının azaltılmasına ya da hiç alınmamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir sendromdur (Ögel 2017, 51).

Yoksunluk belirtileri maddenin kullanımı bırakıldıktan bir süre sonra ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler arasında bulantı, kusma, halsizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama, karın ve baş ağrısı vs. sayılabilir. Bu süreçte birey olumsuz etkilenmekte ve yaşamdan zevk alamaz hale gelmektedir. Bu da en zor olanıdır. Ruhsal yönden bağımlılığın tedavisi güçtür. Kişideki yoksunluk belirtileri madde kullanımının süresine ve miktarına bağlıdır. Yoksunluk kişinin maddeyi tekrar kullanmasına sebep olabilir (Can 2015, 15).

1.1.3. Başarısız Bırakma Girişimleri

Kişi madde kullanmayı bırakmak isteyebilir. Bunu birkaç kez dener. Madde kullanmayı bırakır, başlar ve süreç böyle devam eder. Sonunda madde kullanmaya devam eder. “Abstinens ise madde kullanan kişinin maddeyi bırakıp, hayat boyu bir daha kullanmamasına” denir (Ögel 2017, 51).



Şekil.5 Bağımlılık Döngüsü (Yeşilay 2019)

Bırakma girişimleri kişinin maddeyi tamamen kullanmamasıdır. Çünkü madde kullanmayı bir bırakır bir başlarsa bağımlılık döngüsü tekrarlanmaktadır (Yeşilay 2019)

1.1.4. Zarar Görmesine Rağmen Kullanmaya Devam Etme

Kişi zarar görmesine rağmen ailesi, çevresi, arkadaşları ve sevdikleriyle sorunlar yaşamayı da göze alarak madde kullanmaya devam eder. Bu durum onun işinden, okul ve arkadaş çevresinden dışlanmasına bile yol açmaktadır. İşine zamanında gitmemesi işi kaybetmesine ekonomik sorunlar yaşamasına bile sebep olsa da hala maddeyi almaya devam eder (Ögel 2017, 52).

1.1.5. Zamanın Büyük Bölümünü Ayırmak

Zamanının büyük kısmını madde aramakla geçirmektedir. Hayatındaki tek hedefi madde bulmak ve kullanmaktır. Bu dönemde suça meyilli olur. Suç işler hale gelmiştir (Ögel 2017, 52).

Ögel'in (2017, 52) "Tedavimizde olan bir bağımlı , "kriz anında, eroin annemin karnında olsun keserim" diye ona olan tutkusunu belirtmişti.

Ögel'in ifadesinde kişinin bağımlı olduğu maddeye olan zaafı annesine olan sevgisinin, annesi olma varlığının önüne bile geçmiştir. Artık kişi yoksunluk yüzünden hayattan zevk alamama kısmına geçmiş ve hayatını kullandığı madde üzerine sürdürmektedir (Ögel 2017, 52).

1.1.6. Tasarlandığından Fazla Kullanmak Kontrol Edememek

Bireyler kullandıkları madde miktarını belirleyeceklerini düşünseler de aslında bu süreci yönetemezler. Örneğin arkadaşlarıyla iki kadeh içki içip geleceğim diyen biri eve döndüğünde kör kütük sarhoş olmuş olabilir. Burada madde kullanımı üzerindeki kontrolü kalkmış ve kişi maddenin esiri olmuştur (Can 2015, 14).

1.1.7. Madde Kullanım İsteği

Ögel'in (2017; s.52) "Craving" olarak adlandırılan bu durum, şiddetli bir madde isteğini anlatır.

Birey ısrarla madde kullanmak ister ve kullanımının önüne geçemez. Mantıklı olarak madde kullanmasının yanlış olduğunu bilen birey isteğine yenik düşer ve madde kullanmaya devam eder (Can 2015, 16).

1.2. Bağımlılığın Düzeyleri

Bağımlılık üç farklı yegânlıkte (şiddette) değêrlendirilir:

Hafif: En düşük düzeyde var olan bağımlılıktır. Kişinin sosyal çevresi, arkadaşları ve yaptığı etkinliklerindeki bozulmaların en az yaşandığı dönemdir.

Orta: Bağımlılık düzeyi minimal düzeyle şiddetli düzey arasında bir yerde kalmaktadır.

Şiddetli: Kişinin psikososyal işlevleri son derece bozulmuştur. Kişiyê bu dönemde tanı koymak kolaylaşmış ve etraftaki kişiler artık durumu farkederek hale gelmişlerdir (Ögel 2017, 52-53).

Hafif derecede bağımlı olan kişilerin arkadaşları arasındaki iletişimde az düzeyde bozulmalar mevcuttur. Bağımlılığın düzeyleri kişiye ve alınan maddenin miktarına göre farklılıklar göstermektedir. Örneğın bağımlılık düzeyi şiddetli olan biri aldığı miktarın etkisi altında olduğu için farklı bir dünyada yaşıyormuş gibi hissetmektedir kendini. O dünyanın dışına çıkmak onun yaşadığı hazzı azaltacağı ve yoksunluğu üst düzeyde yaşayacağından dolayı kişiyi son derece mutsuz etmektedir. Etrafındaki dünyadan habersiz kendi iç dünyasında olaylar yaşamak onun için hem daha anlamlı hem de daha huzur vericidir (Ögel 2017, 53).

1.3. Fiziksel ve Ruhsal Bağımlılık

Fiziksel Bağımlılık: Maddenin alınmasına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Bedenin kendi içindeki adaptasyonu bozulmuş ve maddeye karşı duyarlılık artmıştır (Can 2015, 16).

Ruhsal Bağımlılık: Kişiyê duygusal açıdan maddeye karşı istek duymaktadır. Mutlu olmak ve duygularının doyuma ulaşması için madde kullanması en zor olan ve iyileşme sürecinin uzadığı görünen bağımlılık tipidir (Ögel 2017, 53).

1.4. Bağımlılığın Evreleri

1.4.1. Hazırlık Evresi

Bu dönemde kişinin madde kullanabileceğine ilişkin düşüncesinin geliştiği dönemdir. Kişi bilinçli olmasına rağmen düşünce sisteminde bu davranışı aslında reddetmemiştir (Ögel 2017, 53).

1.4.2. İlk Madde Kullanımı

Bireyler bir sorunla karşılaştıklarında baş edemeyecekleri bir sorunla çözüm yöntemi olarak, bulundukları ortamdaki arkadaşlarına uyum sağlamak ya da sunulan maddeye karşı merak duymaları nedeniyle ilk olarak maddeyi kullanırlar. Madde kullanırken hem korku hem de merak duygusu içindedirler (Can 2015, 16).

1.4.3. Madde Kullanmayı Sürdürme

İlk kez madde kullanımının ardından ikinci üçüncü kez madde kullanımı gerçekleşir. Bu evrede kişi “ben kendimi kontrol edebilirim”, “bağımlı olmam”, “bu son madde kullanımım” gibi ifadeleri kullanarak kendini telkin etmektedir (Ögel 2017, 54).

1.4.4. İlerleme Evresi

Kişi artık maddesiz yaşayamaz hale gelmiştir. Maddeyi sık sık kullanmaktadır. Maddenin miktarını artırma eğilimindedir. Psikososyal sorunlar bu dönemde oluşmaktadır. Birey bağımlı olduğunun bile farkında değildir aslında. Yaşamındaki değişikliklerin farkında olmasına rağmen suçu maddeye bulmamaktadır (Can 2015, 14).

1.4.5. Bırakma Evresi

Kişi maddeyi bırakmak istemekte ve kendisine verdiği zararın artık farkındadır.

Ögel (2017, 54) “İkili duygular içindedir (ambivalans). Artık maddeyi bırakmak istiyordur ve bu duygusu madde alımına karşı duyduğu duygudan daha

yüksektir. Kişi maddeyi bırakmak ister ama hemen de maddeyi bırakmaktan vazgeçebilir. Bu yüzden ki kişinin bu dönemde yanında olduğumuzu ona hissettirmemiz gerekmektedir. Kişi bu dönemde maddesiz bir döneme geçeceği için bulunduğu çevresini ve arkadaşlarını değiştirmesi gerekmektedir. Çünkü aynı ortamda bulunmak bırakma eylemini daha da zorlaştıracaktır. Sıfır maddesiz dönem aslında kişiyi korkutmaktadır. Çünkü maddesizlikle baş etmek için aslında savaşılmaya hali yoktur (Ögel 2017, 54). (Can 2015, 35).

1.4.6. Tekrar Madde Kullanmayı Düşünme (Prolapse)

Kişi bu dönemde artık madde kullanımı ile ilgili eski yaşadığı günlerdeki güzel kareleri hatırlamaya başlamıştır. Madde kullanımı ile ilgili katı tutumu ortadan kalkmıştır. Kişi bu dönemde yakalanırsa madde kullanıma tekrar başlamasının önüne geçilmiş olunacaktır (Ögel 2017, 55).

1.4.7. Tekrar Madde Kullanımı (Lapse)

Kişi bir kere kullansam bir şey olmaz diye düşünmektedir. Hayatındaki sıkıntılardan kurtulmak için baş edemeyeceğim endişesiyle madde kullanmaya başlar. Aslında pişmanlık yaşamaktadır. Kişi madde kullandığını herkesten sakladığı ve suçluluk hissettiği için yardım istemekten çekinmektedir. Kişilerin onun hakkında ne düşüneceği onu etkilemektedir. Çıkmazdadır ve yardım eline ihtiyacı vardır. Bu dönemde ona yardımcı olmak aslında madde kullanımını bırakmak açısından daha kolay olacaktır (Can 2015, 14).

1.4.8. Tekrar Başlama (Relapse)

Kişi tekrar madde kullanmaya başlamış ve hayatı eski şeklini almıştır. Bağımlılığın bütün belirtileri gözle görülür hal almıştır (Ögel 2017, 55). (Can 2015, 35).

1.5. Bağımlılığın Seyri

Bağımlı olan bireylerin büyük bir kısmı aslında madde kullanmaya başlarken bağımlı olacağı inancıyla başlamazlar. Kişinin madde kullanımından ne kadar süre sonra bağımlı olacağı belli değildir. Kişilerin bağımlılığın gelişme riski kullandığı

maddenin saflığından, maddenin miktarına ve kullanan bireyin ruhsal durumuna göre değişiklik gösterir. Kişi madde kullanmadığı sürece iyilik hali sergiler (Ögel 2017, 55). (Can 2015, 14).

1.6. Neler Bağımlılık Yapar?

Hayatta her şey bağımlılık yapabilir. Bir kişiye karşı yaşanan gereksinimin kişinin özgürlüğünü kısıtladığı yerde durumda da bağımlılık mevcuttur. İnsan olarak bizler egomuzu destekleyecek ve bize destek olacak kişilere yaşamımızda gereksinim duymaktayız. Bağımlılık potansiyeli yüksek olan madde kullanımı bağımlı olma riskimizi artırmaktadır (uyuşturucu madde kullanımında olduğu gibi) (Ögel 2017, 56).

1.7. Madde Tiplerine Göre Bağımlılık Gelişimi

Kullanılan maddenin cinsi bağımlılık sürecini etkilemektedir. Örneğin eroin kullanımının bir iki hafta içinde bağımlıya neden olabileceği bilinmektedir. Bunun yanı sıra kokain kullanımını takip eden saatler içerisinde kişiler ruhsal çöküntü yaşayarak maddeyi tekrar kullanma ihtiyacı duyabilirler (Ögel 2017, 56-57).

1.8. Bağımlılık Bir Hastalık Mıdır?

Uzun yıllar bağımlılık bir kişilik bozukluğu olarak görülse de eldeki bulgular doğrultusunda aslında bağımlılık bir hastalıktır. Çünkü beyinde nörokimyasal ve nörofizyolojik değişikliklerin saptanması bir bakıma hastalık olduğunu desteklemektedir. Bunu yanı sıra bağımlılığa özgü genetik yatkınlıklar da saptanmıştır. Kişi bunun aynı şeker hastalığında olduğu gibi düşünürse ve şeker hastalığındaki gibi ilaçlarını kullanırsa bu hastalık sürecinin iyi gideceğini bilmesi tedaviyi hızlandıracaktır. Tedaviye uyum süreci artacak ve kişi elinden gelen çabayı sarf edecektir (Ögel 2017, 57).

2. BAĞIMLILIĞA NEDEN OLAN ETKENLER

2.1. Psikolojik Etkenler

Bireylerin kişisel özellikleri, sürekli ve tutarlı sosyal ilişki kuramama becerileri, sorunlarla baş etme becerisinin yetersiz olması, bulunduğu ortama ve olaya

uyum sağlama çabası, zihnindeki kaygılı durumları kurtaracak olumlu savunma düzenekleri kurarak kendini rahat hissetme çabalarının tamamı psikolojik etkenleri tanımlayabilmektedir (Can 2015, 34).

2.2. Biyolojik Etkenler

Nörotransmitterler: Sinir uçlarında yer alan ve bedenin salgıladığı iletimi sağlayan maddeye verilen addır. Reseptörler ise nörotransmitterlerin sinir uçlarına yerleştiği noktalar. Madde kullanımının etki mekanizması sinir uçlarındaki nörotransmitterleri ve reseptörleri etkilemesidir (Ögel 2017, 24).

Bağımlılık yapıcı maddeler ve beynin değişimi: Uyuşturucu madde kullanımı beynin bazı işlevleri üzerinde son derece olumsuz etkilidir. Özellikle yaşamsal faaliyetler arasında yer alan kalp atışı, uyuma, yemek yeme, nefes alma en çok etkilenen işlevsel faaliyetlerdendir (Ögel 2017, 27).

2.3 Sosyokültürel Etkenler

Bireyin biyolojik ve psikolojik özelliklerinin yanı sıra, sosyokültürel olarak, kullanılan maddenin elde edilebiliyor olması, madde kullanan kişinin toplum tarafından kabul edilebilirliği, çevresel faktörler ve ebeveynlerin tutumları, kişinin karşılaşılan problemle yaşanan stresle baş etme becerisi, aile ve bireyin sosyoekonomik düzeyi, akranların madde kullanmaya olan eğilimi, kültürel tutumlar ve kitle iletişim araçlarının teşvik rolünün olması gibi birçok faktör madde kullanımının oluşumunda rolü vardır. Örneğin; erişkin ve gençlerin yaygınlaşan eğlence kültürüne ayak uydurmak için çeşitli partilere katılmaları maddeye ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Akran grubu içinde madde kullanımının olması kişinin maddeyi kullanmasını etkili hale getiren yol olacaktır. Aynı özelliklere ve düşünce sistemine sahip olan bireyler akran grupları oluştururlar. Yaşanılan çevrenin madde kullanmayı onaylaması ve o çevre tarafından kabul görülen bir davranış olması, kullanmamanın tutuculuk, gericilik ve korkaklık olarak değerlendirilmesi, madde kullanmayan bireylerin aşağılanması ve akran grubu tarafından dışlanması maddeyi kötüye kullanım oranını artırmaktadır (Pilge ve Baysan Arabacı 2016, 106-107).

2.4. Kalıtsal Etkenler

Bağımlılığa sebep olan madde alkol ise bunun kalıtsal faktörler ile ilişkisi olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır. İkiz ve evlat edinme çalışmalarıyla verilerin doğruluğu kanıtlanmıştır. Fakat diğer uyuşturucu maddelerle ilgili kötüye kullanım ve bağımlılıklarının gelişiminde kalıtsal etkenlerin rolü üzerine böyle bir söylemde bulunmak için yeterince bilgi yoktur. Alkol dışındaki uyuşturucu maddelerin genetik geçişi üstüne son yıllarda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Madde kullanan kişilerin ailelerinde de madde kullanımı sık olduğu bilinmektedir. Ancak bu veri madde kullananların çocuklarında da madde kullanımının olmasının nedenlerini genetik teorilerle açıklayamaz. Çünkü aile biçimleri ve aileden öğrenmenin de genetik nedenler dışında ayrı bir etken olduğu ve hangi etkenin çocuğun madde kullanımına yol açtığı bilinemez. Bu nedenler ile genetik bir kod bulunamadığı takdirde madde kullanmanın kalıtsal bir durum olduğu ileri sürülememektedir (Ögel 2017, 39-40).

2.5. Kişisel Özellikler

Bireyi başkalarından ayırt eden ve kendisine özgü olan özelliklere verilen addır. Her bireyin düşünme, algılama, olaylara duygusal cevap verme, bilme yetisi, olaylar karşısında kendini koruma ve savunma yetisi de kişisel özelliklere göre farklılık göstermektedir (Ögel 2017, 41).

a) Düşük engelleme eşiği: Kırılgan ve olumsuz duygular yaşayan bireyler engeller ve zorluklar karşısında daha çok engellenme hissi ile karşı karşıya kalırlar. Bu tarz bireyler isteklerinin hemen yerine gelmesini istemektedirler. Fakat istediklerinin yerine gelmediği durumlarda yıkımlar yaşar ve kısır döngüye girerler. Madde kullanan bireylerin sıkıntılı durumlarda madde kullanmayı istemeleri ile sıkıntı arasında dorudan bir ilişki mevcuttur. Ödüllendirme ve haz duygusu bu bireyler için çok önemlidir. Sürekli olarak sevilme ve onaylanma ihtiyacı duyarlar. (Ögel 2017, 42-43).

b) Dürtüsellik (İmpulsivite): Bireyin davranışlarını kontrol edebilmesi durumda sorunların yaşanması durumuna dürtüsellik denir. Bu tür bireyler aceleci, sabırsız, söz kesen, aklına geleni istediği anda dile getiren ve düşündüğü ve isteği

herşeyin hemen olmasını isteyen kişilik yapısına sahiptirler. Davranışlarını bulundukları ortama göre ayarlayamazlar. Bu tür bireylerde aklın frenleme sistemi çalışmamaktadır (Sürücü 2018, 34-35).

Dürtüsellik yaşanacak hazzı engelleyeme durumudur. Dürtüsellik bireylerin içten gelen dürtülerle yaşanan olaya düşünmeden tepki vermesi ve eyleme hemen geçmesidir (Ögel 2017, 43).

c) Heyecan arama davranışı ve risk alıcı davranışlar: Bireylerin heyecan arama eğilimlerinin yüksek olması onları riskli davranışlardan alı koymamaktadır. Heyecan arama davranışına örnek verecek olursak hızlı araç kullanma isteği, dağcılık, kayak, başka bireylerin keşfetmediği yerlere gitme isteği bunların hepsi kişinin yapacağı aktivitenin risklerini olduğundan daha az görmesinden kaynaklanmaktadır. Madde kullanan bireylerde heyecan arama isteği üst seviyelerdedir. Birey bütün riskleri göze alarak madde kullanmaya başlar. Bu tür bireyler toplum kurallarına uymak istemezler ve de uymazlar (Ögel 2017, 45).

2.6. Ruhsal Sorunlar

Bağımlılıkta ruhsal sorunları 7 ana başlık altına incelemek en doğru olanıdır (Ögel 2017, 46-47).

- Depresyon
- İntihar
- Bipolar Bozukluk
- Kişilik Bozuklukları
- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite
- Panik atak
- Psikotik Bozukluklar

Bu tür sorunların yaşanması bağımlılık açısından oldukça önem arz etmektedir. Madde kullanan ve bağımlı olan bireylerde yukarıda paylaşılan ruhsal sorunlarla karşılaşmak olasıdır (Can 2015, 14).

DEHB olan bireylerin bağımlı olabilme oranı diğer sağlıklı bireylere göre daha yüksektir. DEHB tanısı alan bireyler madde ve sigara kullanımı açısından daha yüksek risk taşımaktadırlar (Sürücü 2018, 129).

3. SİGARA BAĞIMLILIĞI

3.1. Tütün ve Sigara

M.Ö 6000 yılında tütün tarımının Amerika kıtasında başladığı bilinmektedir. Orta Amerika’da yaşayan, Mayalar tarafından il defa tütün kullanılmaya başlanmıştır. İlkel pipolarda kuru tütün yapraklarını sararak tüketmişlerdir. Tütün üretimi ve kullanımı daha sonra kuzeyde Kızıl Derililer, güneyde de İnkalarda görülmüştür. 1492 yılında Küba’ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde Avrupalılar tütünü öğrenmişlerdir. Ticareti yapılan bitkilerin içinde yer alan tütün tüm Avrupa’nın yanı sıra Uzak Doğu, Orta Asya, Sibirya, Hindistan ve Afrika ülkeleri tarafından da üretilen ve tüketimi gittikçe artan madde olarak yerini almıştır. Sigara kullanımındaki artış Türkiye’de 1990’lı yılların sonuna kadar sürmüş ve 2000’li yılların ortalarından itibaren bu artış düşmüştür (Paksoy 2016, 3).

Ülkemizde yüz binden fazla kişinin ölümüne neden olan sigara önlenebilir ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Acar, Kaylı ve Yazarbaş 2019, 538).

Türkiye’de sigara kullanım oranı çok yüksektir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2012’ye göre Türkiye’de 15 ve üzeri yaş grubu bireyler arasında tütün kullanım oranı sıklığı %27,1 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda tütün ürünü kullanım oranı %13,1, erkeklerde ise %41,5 olarak saptanmıştır. En çok kullanılan tütün ürünü ise sigaradır. Yaklaşık 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir (Aydemir, ve diğerleri 2018, 388)

1996 yılında Türkiye’de ilk tütün kontrolü yasası (No. 4207) çıkarılmıştır. Yasa 2008 yılında revize edilmiştir (No. 5727). Sağlık Bakanlığı sigara içen bireylerin

bırakmalarına destek olmak için yürütülen politikalar kapsamında bünyesindeki sağlık kuruluşlarında 400’den fazla sigara bırakma merkezi açarak sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olmaktadır. Sigara bırakma merkezleri faaliyetlerini sürdürmektedirler. Sağlık Bakanlığı tarafından 7/24 esasına göre çalışan Sigara Bırakma Danışma Hattı (ALO 171) kurulmuştur. Sigara bırakmak isteyen bireyler bu hat aracılığı ile danışmanlık hizmeti almaktadırlar. (Paksoy 2016, 3).

Bireye sigarayı bırakması konusunda danışmanlık hizmeti sunmak sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı olmakla beraber bireyi motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemekte gerekmektedir. Uygun farmakolojik tedavini planlanması sigara bırakma sürecini hızlandıracaktır (Aydemir, ve diğerleri 2018, 388).

“Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” 26 Kasım 1996 tarihinde (4207 S.K) yürürlüğe girmiştir. Bireyleri tütün ve tütün mamullerinin zararlarından korumak amacını güden kanunda; tütün ve tütün ürünlerinin kullanılmasının yasak olduğu yerler hakkında da bilgi verilmiştir. Kapalı spor salonları, okullar, sağlık merkezleri, toplu taşıma araçları, duraklarda, kamuya hizmet eden kurum ve kuruluşlarda ve beşten fazla çalışanın olduğu kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır. Bu tür yerlerde sigara içen bireyler için ayrı alan tanımlanmasının yapılması ve sigara içilmeyen alana geçişin önlenmesi için ise yeterli havalandırma işlemlerinin yapılması belirtilmektedir. 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışının yapılamayacağı konusunda bilgi verilmiştir. “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (5727 S. K) 3 Ocak 2008 tarihinde yayınlandı. Kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır (Demirezen 2013, 3).

Ayrıca sigara paketlerinin üzerine “sigara sağlığa zararlıdır.” İbaresinin konulması zorunlu hale getirilmiştir. Ayda en az doksan dakika tütün ve tütün mamulleri alışkanlığının zararları konusunda eğitici ve uyarıcı yayınların yapılması zorunluluk ilkesi Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ve özel televizyon kurumlarına bildirilmiştir (Akyol 2014, 11).

Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerine başvuran bireylerde sigara bıraktırma amacıyla hizmet veren kurumların sigara bıraktırma başarısının farklı

oranlarda olduğu bildirilmiştir. 1 yıllık başarı oranı (296 bireyin) % 40 olarak bulunan çalışmada sigara bırakma polikliniği beş yıllık sonuçlarını bildirmiştir (Aydemir, ve diğerleri 2018, 388).

3.2. Tütünün Farmakolojik Etkisi

Tütün ürünlerinden en çok filtreli sigaraların kullanıldığı bilinmektedir. Ardından puro, pipo, nargile ve filtresiz sigara gelmektedir. Tütün dumanının içinde 4500 çeşit madde partikül ya da duman halinde yer almaktadır. Bunun yaklaşık 50 adedi kanserojen içermektedir. Pek çok toksik madde de içermektedir (şahbaz 2005, 2).

Nikotin adı verilen koyu renkli sıvıya tütün denir. Rengi olmayan kötü bir tadı olan bireyleri zehirleyen bir maddedir (Ögel 2017, 81).

Sigaranın içindeki nikotin miktarı 0.5 mg'dır. Sigara içiminin ardından bazı reseptörleri etkileyerek kandaki dopamin miktarını artırır. Bir adet sigaranın içiminin ardından reseptörler nikotine karşı duyarsızlaşır ve reseptörlerin duyarlı hale geçmesi ile birlikte vücutta sigaraya karşı olan istek artar. Yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaya başlamaktadır. Reseptörlerin tekrar duyarlı hale gelmesi için geçen süre bireyin diğer sigarayı elde ettiği ve sigara içme hazzını yaşamaya başladığı zamandır. (Acar, Kaylı ve Yazarbaş 2019, 538).

Sigara dumanı iki fazdan oluşmaktadır. Bunlar partiküler faz ve gaz fazıdır. Dumanın %95'lik kısmını oluşturan gaz fazında 500 adet uçucu madde yer almaktadır. Dumanın geri kalan kısmını oluşturan partiküler fazda ise 3500 farklı bileşen bulunmaktadır. Nikotin eşitlerinin içinde alkaloid nikotin en önemlilerindendir. Nikotin pirolidin ve piridin halkalarından oluşmaktadır. 9-20 mg nikotin ve 0.89 gr tütün yaklaşık olarak bir sigaraya eř değerdir. Sigara içen bireyler bu bileşenlerin %10'unu emerler. Nikotin bağımlılığını sağlayan madde ise nörotransmitter dopamindir (Demirezen 2013, 5-6).

3.3. Sigara Bağımlılığı

Sigara içen bireyler orta ya da yüksek derecede sigaraya bağımlıdırlar. Madde bağımlılığında olduğu gibi sigara kullanımında nikotin beynin çalışma mekanizmasına

etki eder ve nikotinin fazla alınması için bireyi zorlar. Bu nedenden ötürü fiziksel ve zihinsel bağımlılık ortaya çıkar (Kaya 2017, 10).

Nikotin bağımlılığını değerlendirme yöntemleri, klinik değerlendirme ve psikometrik değerlendirmeler olarak iki başlık altında incelenebilir. “DSM-IV kriterlerinden üç veya daha fazlası tanı konulabilmesini sağlamaktadır (Demirezen 2013, 7).

DSM IV Tanı Kriterleri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği, nikotin düzeyi, kotinin düzeyi, solunan havadaki karbonmonoksit düzeyi nikotin bağımlılığı tanı kriterleridir. Nikotin bağımlılığı DSM IV, kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

- Nikotine karşı tolerans gelişmesi,
- Yoksunluk belirtilerinin görülmesi (sigaranın bırakılması ya da içimine ara verilmesi durumunda),
- Bireyin içmeyi düşündüğü miktardan fazla miktarda sigara içmesi,
- Sigarayı bırakmak için sürekli sarf ettiği çabanın boşa çıkması,
- Sigara içmek için çok zaman ve paranın harcanması,
- Sigara kullanmak için ayrılan zamandan dolayı çalışmaya ayrılan zamanın azalması ve aktivitelere ayrılan zamanda parasal sıkıntıların yaşanması,
- Hastalık ve sağlık sorunlarının sigaradan kaynaklandığını bilmesine rağmen sigaraya içmeye devam etmesi, (Kaya 2017, 10).

3.3.1. Sigaraya Başlama Nedenleri

Ruhsal problemleri ya da bağımlı ebeveynin yaşadığı ailelerde bulunan bireyler olmak, çocuğun okul başarısındaki ivmesinin düşmesi, ebeveyn ve çocuk arasındaki ilgi, sevgi eksikliği, ebeveyn ve çocuk arasındaki bağlanma sorunu, farklı davranış sergileyen arkadaş grubu, akranlarının içinde kabul görme isteği, ailenin çocuğun yetiştirmesi sırasındaki yanlış tutumları, sosyal ilişkilerin zayıf olması, aşırı utangaç olmak ve şiddet hareket içeren davranışlarda bulunan çocuk olmak, okul, aile ve iş

ortamında sigaranın kabul görmesi sigaraya başlamadaki risk yaratan etkenler arasında yer almaktadır (Ögel 2017, 13).

Psikanalizin temelini oluşturan Freud'a göre bireyin oral dönemde yaşadığı sorunlar nedeniyle bağımlılık oluşmaktadır. Bireyin çocukluk döneminde doyum sağlayan süt, su, anne göğsü gibi nesneler ileri dönemde alkol, sigara ve madde kullanımına dönüşebilir demiştir (Ögel 2017, 15).

Sigaraya başlama nedenlerinin ilk sırasında yer alan arkadaş ve özenti etkisi sigara içme davranışının da devamlılığını sağlamaktadır (Acar, Kaylı ve Yazarbaşı 2019, 538).

Alfred Adler'e göre bireylerin yetiştiği aile ortamında katı kuralların olmasının, doğuştan kişide var olan sakatlık durumunun, iş hayatı ve sosyal çevresinde yaşadığı sorunların, karşı cinse olan ilgisini açıkladığında karşı taraftan olumsuz tepki alması sonrası oluşan hayal kırıklıklarının sonucunda karmaşa yaşayan ve sorunu çözemeyen bireyler bu eksiklikleri sigara, alkol ve madde kullanımı ile kapatmaya çalışırlar (Ögel 2017, 15).

Sonuç olarak bireylerin psikoseksüel dönemde yaşanan sevgisizlik ve güven eksikliği nedeni erişkinlik döneminde içinde yaşadığı kaygıları bastırabilmek için madde kullanımına, alkol ve sigara kullanmaya yöneldiği saptanmıştır (Ögel 2017, 16).

Bireyler sakinleşmek yani içsel bir ihtiyaçtan ve sosyal ihtiyaçtan dolayı sigara tüketebilmektedirler. Psikolojik stres altında olan bireylerde de tütün bağımlılığını da içeren tüm madde bağımlılıkları gelişebilir (Demirezen 2013, 12).

Gençler sigaraya başlarken tütünün eroin, kokain veya alkol kadar bağımlılık yapıcı özelliği olduğunu bilmemektedirler. Gençlik sigarayı bağımsızlığın ve farklı olmanın sembolü olarak görmektedir. Ergenlik dönemlerinde gösteriş, özenti ve taklit yoluyla başlanan sigara bireyin ileriki yaşamında bağımlı olması için atılan ilk adımdır (Doğan ve Ulukol 2010, 180).

3.3.2. Sigaranın Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Ülkemizde ve Dünya’da sigara ve tütün kullanımı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kronik tütün kullanımı kardiovasküler sistem hastalıkları, kanser, bağışıklık sistemi hastalıkları, ağız ve diş sağlığı hastalıkları, akciğer hastalıkları, böbrek fonksiyonlarında bozulmalar, cinsel işlev bozuklukları, gebelik ve yenidoğan sürecini olumsuz etkileyecek durumlar, diyabet, günlük yaşam kalitesinin bozulması gibi birçok probleme yol açmaktadır (Kaya 2017, 11).

İlk defa 1957 yılında Simpson tarafından kadının gebelik döneminde sigara içmesinin bebekte doğum kilosunda azalmaya sebep olduğu bilgisi yayınlanmıştır. Sigara kullanımına bağlı gelişebilen bir diğer gebelik komplikasyonu spontan abortustur. Gebelik döneminde sigara tüketiminin ölü doğum riskini arttırdığı da kanıtlanmıştır. Gebelikte kullanılan doz miktarını da riski iki katına çıkardığı tespit edilmiştir (Öztoprak ve Güney 2013, 202).

Primer ve sekonder infertilite (kısırlık) gelişme riski, erken menopoz, gebe kalma süresinin uzaması, düşük riski, rahim ağzı kanserine yakalanma şansı sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre daha fazladır. Sigara içme süresinin uzaması infertilite riskini artırmaktadır. Nikotin yumurtanın kalitesini bozmakta ve aynı zamanda yumurtanın uterusu (rahime) ilerlemesini engellemektedir. Sigaranın dumanı içindeki kimyasal maddelerin foliküller ve üreme üzerine olumsuz etkilerinden dolayı menapoz dönemi erkene çekilebilir. Sigara içmenin erkeklerde sperm sayısının, canlılığın ve dölleme yeteneğinin üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu durum sonucunda infertilite (kısırlık) gelişebilir (Kaya 2017, 12).

Bebek sağlığı açısından nikotin ve karbon monoksit son derece zararlıdır. Bebek beslenmesini plasenta ve kordon aracılığıyla sağlamaktadır. Gebelerin sigara içmelerine bağlı olarak bebeğe giden oksijen miktarı azalacağından büyüme ve gelişme geriliği görülebilir (Gülümser Kublay 2008, 8).

3.3.3. Pasif İçicilik

Sigara içmeyen kişinin aynı ortamda bulunmak ve yaşamak zorunda olduğu diğer kişilerin sigarasının dumanı ile karşı karşıya kalması durumuna pasif içicilik denir (Keskinoglu ve Aksakoğlu 2007, 136).

Sigara içindeki kimyasal maddelerin birçoğu sigara içen bireyin, sigaranın dumanını içine çektikten sonra soluk verdiğinde ortamda bulunan bireylerin havayı soluması üzerine etkisini göstermektedir. Sigara içmeyen kişilerin sigara dumanına maruz kalmalarına “Pasif içicilik” denir. Bireyin sigara içerken içine çektiği dumana ana akım, yanan sigaranın ucundan çevreye yayılan dumana ise yan akım dumanı denir. Yan dumanın ortamda bulunan bireyler tarafından solunmasına pasif içicilik denir. Pasif içicilik literatür de ikincil ve çevresel sigara dumanı olarak da adlandırılır. Sigara dumanına ikincil olarak maruz kalan bireye pasif içici denir (Kaya 2017, 7).

Pasif duman birey tarafından ve çevresindeki kişilerin maruz kaldığı dumandır. Pasif dumana maruz kalan bireylerin kanserojen maddeyi solunum yoluyla vücuduna aldığı kanıtlanmıştır. Yapılan araştırmalarda zehirli maddelerin oda ya da ortam havalandırılrsa bile en fazla çok küçük bir kısmının ortadan kalktığı belirlenmiştir. Bir sigaranın ortalama olarak dörtte üçü yan duman olarak ortama verilir. Bir kül tablasında sigara ne kadar uzun süre yanarsa o denli zarar oranı artmaktadır (Jopp 2014, 74).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SİĞARA BAĞIMLILARININ SAĞLIK DAVRANIŞLARINI DEĞİŞTİRME AÇISINDAN SİĞARAYI BIRAKMA VE BIRAKAMAMA DENEYİMLERİ: SİĞARAYI BIRAKAN VE BIRAKAMAYAN BAĞIMLILAR

1. SAHA ARAŞTIRMA SÜRECİ

Bu çalışmada nitel veri toplamada önemli bir işleve sahip olan odak grup görüşmeleri tekniğinden yararlanılmıştır. Önceden belirlenmiş bir konu ve bir grup katılımcının fikirlerini yansıtmak amacıyla kullanılan nitel araştırma yöntemidir (Arlı 2013, 175).

Odak grup görüşme yöntemi sağlık iletişimi ile ilgili çalışmalarda derinlikli bilgiye sahip olmak amacıyla yapılmaktadır. (Becerikli 2012/II, 166)

Odak grup görüşmeleri müşteri memnuniyeti ölçmek, üniversite öğrencilerinin beklentilerinin karşılanma düzeyini değerlendirmek için ve pazarlama alanında değerlendirmede kullanılabilen etkin bir yöntemdir. Odak Grup Görüşme soruları açık uçlu olmalıdır (Arlı 2013, 175).

1995 yılında Millward tarafından odak grup görüşmesi, tartışma tabanlı ve nitel veri oluşturan görüşme olarak tanımlanmaktadır. Yöntem tek başına ya da diğer yöntemlerle birlikte kullanıldığında katılımcıların özel bakış ve görüş açılarını kavramak açısından yararlı olacaktır. Bu tür çalışmalarda bilinç ve bilinç dışı düzeydeki verilere ulaşmak büyük önem arz etmektedir. Odak grup görüşmesi; belirlenen bir konu hakkında bireylerin deneyimleri, bakış açıları, fikirleri, duyguları, alışkanlıkları ve tutumlarına yönelik derinlemesine bilgi sahibi olunan nitel veri tabanıdır. Görüşmedeki kritik nokta katılımcıların özgürce fikirlerini dile getirmek için uygun ortamı hazırlamaktır. Uygun ortam sağlandığında katılımcılar kendi görüşlerini özgürce ifade edeceklerinden sosyal içerik ile yüksek nitelikli veriler elde edilmiş olunacaktır (Güçlü ve Uysal 2013, 405-406).

Çalışmada kullanılan odak grup görüşmesi yöntemini uygulamadan önce, sigara bağımlılığı ile ilgili kavramsal ve kuramsal çerçeve oluşturulmuştur. Çalışmada kimlerle görüşüleceği, neden o kişilerin seçildiği, hangi soruların sorulması gerektiği konusunda detaylı bir plan yapılmıştır. Açık uçlu sorular oluşturulmuştur. Konu içeriğine bağlı olarak sorularının sorulma sırası belirlenmiştir.

2. GÖRÜŞMECİ PROFİLİ VE GÖRÜŞME SONUÇLARI

2.1. Görüşmeci Profili

Sigarayı Bırakan Bağımlılar:

Fatma Hanım: 60 yaşında, dul, 2 çocuklu, ev Hanımı, ilkokul mezunu, kanser hastası(ağız kanseri), 43 yıl sigara içmiştir.

Hayriye Hanım: 41 yaşında, evli, 3 çocuklu, sağlık teknikeri, yüksek lisans mezunu, 10 yıl sigara içmiştir.

Ayşe Hanım: 37 yaşında, evli, 2 çocuklu, sağlık memuru, lisans mezunu, 8-9 yıl sigara içmiştir.

Kemal Bey: 48 yaşında, evli, 3 çocuklu, memur, lise mezunu, 14-15 yıl sigara içmiştir.

Fatih Bey: 52 yaşında, evli, 4 çocuklu, tesisatçı, ilkokul mezunu, 18 yıl sigara içmiştir.

Sigarayı Bırakamayan Bağımlılar:

Fadime Hanım: 39 yaşında, evli, 1 çocuklu, psikolog, yüksek lisans mezunu, 24 yıldır sigara içiyor.

Asiye Hanım: 47 yaşında, evli, 2 çocuklu, hemşire, lisans mezunu, 25 yıldır sigara içiyor.

Zeynep Hanım: 38 yaşında, evli, 2 çocuklu, hemşire, lisans mezunu, 16 yıldır sigar içiyor.

Hüseyin Bey: 37 yaşında, evli, 2 çocuklu, inşaat (serbest), lise mezunu, 19 yıldır sigara içiyor.

Mehmet Bey: 23 yaşında, bekar, ortaokul mezunu, doğalgaz tesisatçısı, 7 yıldır sigara içiyor.

2.2. Sigarayı Bırakan Bağımlıların Görüşme Sonuçları

Odak Grup Görüşmesi için hazırlanan sorular bireylerle birebir iletişim kurularak kayıt altına alınmıştır. Beş kişi üzerine yapılan odak grup görüşmelerindeki elde edilen verilerden tema başlıkları oluşturulmuştur. Sigara Bağımlılarının sağlık davranışlarını değiştirme açısından sigarayı bırakma ve bırakamama deneyimlerinin kayıt altına alınması sağlanmıştır. Odak Grup görüşmelerinde bireylerin özel duygu ve düşüncelerini başkalarıyla paylaşmak istemeyebilecekleri düşünülerek görüşmeler tek tek yapılmıştır.

Sigarayı bırakan bağımlılardan oluşan 5 kişilik odak grup, 37-60 yaş arasında 3 kadın ve 2 erkekten oluşmaktadır. Katılımcıların 2 si ilköğretim, biri lise, biri yüksek lisans ve diğeri lisans mezunudur. Meslek grupları ev hanımı, sağlık teknikeri, sağlık memuru, memur ve tesisatçıdan oluşmaktadır. Grup üyeleri karma kişilerden oluşmaktadır. Bu çalışmada veriler odak grup görüşmesi ile toplanmış ve katılımcılara yönetilen sorulardan tema başlıkları oluşturulmuştur.

Sigara içmenin yasak olduğu yerlerdeki sigara içme durumu ve yasağa uyma:

Sigarayı bırakan bağımlılardan iki katılımcı onların sigarayı bıraktıkları dönemde her yerde sigara içebildiklerini dile getirdi. Fakat yine de bazı yerlerde sigara içmekten çekindikleri için sigara içemediklerini dile getirdiler. 2 katılımcı ise hiç zorlanmadığını, diğer katılımcı keyfi olarak zorlandığını dile getirdi. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde keyfi olarak zorlandığını dile getiren Ayşe Hanım sigara ve yanında içtiği(çay, kahve) nedeniyle keyfi olarak zorlandığını dile getirdiğini ifade etti.

Hastalık ve sigara içme ilişki durumunun değerlendirilmesi:

Sigarayı bırakan bağımlılardan 4 katılımcı hasta olduklarında sigara içemediklerini ifade ederken diğer bir katılımcının ifadesi ise “bir fırtta olsa çeker söndürürdüm” demiştir.

Fatma adlı katılımcı sigarayı bıraktığını fakat bırakma sürecini etkileyen faktörün hastalık (kanser) olduğunu ifade etti. Sigara bağımlıları, genellikle bu bağımlılık nedeniyle ortaya çıkan görece kronik hastalıklar nedeniyle ve bu hastalıkların ölümcül olma riski yüksek olduğu durumlarda sigarayı daha kolay

bırakabilmektedir. Diğer bir deyişle kendilerini bir ölüm-kalım eşiğinde hissettiklerinde, zorunluluk duygusundan kaynaklanan bir bırakma baskısıyla karşı karşıya kalmakta ve genellikle de bırakmaktadırlar. Ancak bu durum, bağımlılığın hastalığa dönüştüğü ve bu dönüşümün de kanser gibi örneklerde “neden ben” sorusunu sordurduğu başka bir süreci başlatmaktadır.

Hastalık nedeniyle sigarayı bırakmada “neden ben” süreci:

Kanser hastalarında, bireyin hastalığı kabullenme sürecinin değerlendirilmesi kanser hastalığının sosyal açıdan incelenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde bireyler doktorlarından, ailesinden, sağlık çalışanlarından ve kendi dışındaki hasta bireylerden aldıkları güç ve hastalığa karşı oluşturdıkları tepki ile süreci kabullenmeye çalışırlar.

Bu doğrultuda odak grup görüşmesinde Fatma Hanım’ın sigarayı bırakması ve hastalık durumu ile ilişkisi incelenirken neden ben sürecini nasıl aştığını öğrenmek için sorular sorulduğunda belirtilen konulara değinilmiştir. Kanser hastası olması ve sigarayı bırakma durumu arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Bunu kendine bile itiraf edemediğini dile getiren Fatma Hanım süreci kabullenirken aslında kanseri yaşayarak öğrendiğini, doktorların ve hemşirelerin bu süreçte ona karşı yaptıkları bilgilendirme, yardım ve her türlü duygusal desteğin ve hep yanında olduklarını hissettirmelerinin süreci etkileyen en etkili yöntem olduğunu dile getirdi. Umudunun yeşermesindeki ve hayata tutunma çabasının en önemli etkenin doktoru olduğunu dile getirmiştir. Aslında tedavinin başta biteceğini düşünmesi, bir ömür boyu sürecin devam ettiğini anlaması için geçen sürede hastalıkla ilgili yaşadığı deneyimler olduğunu söylemektedir. Bu süreçte “ Neden Ben? “Neden benim başıma geldi? sorularını aslında birkaç kez sorguladığını fakat bunun onun dünyada sınanma şekli olarak kabul ettiğini söylemesi süreci kabullenmedeki diğer bir etkinin de onu bu çıkmazdan kurtulmasının sağladığını göstermektedir.

Fatma Hanım hastalığı sürecinde “ kızlarım yanımdaydı”, “ailemin desteği çok fazla” şeklinde ifade etmekteydi fakat bir süre sonra yılların geçmesi ameliyatların artması ve sürecin her geçen gün zorlaşması kızlarım dışında diğer bireylerin ilgilerinin azalması durumunu ortaya çıkardı. Bu dönemde sigara içmeye

tekrar başlayabilirdim fakat aklımda şu vardı benim dostum arkadaşım dediğim sigara benim bu dönemi yaşamama sebebi. Kendi kendime yaptığım telkinde bulunma çalışmalarım sonucunda sigarayı tekrar içme durumumu tamamen ortadan kaldırdı.

Yıllar önce kızım sigarayı bırak dediğinde sigarayı bırakmak benim için çok uzaktı ama şu anda içmiyorum keşke hiç içmeseydim ifadelerini hep kendine söylediğini ve tedavi sürecinde hastanede sigara içen bireyleri gördüğünde yüzünde meydana gelen değişiklikleri gösterip aslında ‘ben en iyisiyim servise bir çıkın bakın ne olur içmeyin ‘ diye yalvarır şekilde konuşmalar yaptığını dile getirdi.

Katılımcılardan Ayşe Hanım ise hasta iken bir fırt olsa çeker söndürürdüm ifadesini dile getirmiştir. Hastalık sürecinde aslında kendisinin hastalığını kabullenmediğini bilinçaltında kendisine telkinde bulunduğunu dile getirdi. Sigaranın aslında onun için hastalık döneminde bile yenilen bir gıdadan ya da içilen bir sudan farksız olduğu söyleminde bulundu.

Diğer katılımcılar hastalandıklarında sigara içmeme durumlarını ise şöyle ifadelerle anlattılar. Fatih Bey ve Kemal Bey bedenlerindeki halsizliğin ve ağız tadının değişik olması durumlarının sigarayı hastalık döneminde içmeme durumunu etkilediğini ifade ettiler. Hayriye Hanım ise bedeninin ve solunumundaki yorgunluğun sigara içme durumunu etkilediği söyleminde bulundu.

Sigara bağımlılığının bireyde oluşturduğu (konformist) duygular:
Katılımcılardan üçü sigara içme durumunun kendilerinde sakinleşmeye ve rahatlamaya sebep olduğunu dile getirirken bir diğer katılımcı “bana arkadaş gibiydi” ifadesini kullandı. Diğer bir katılımcı ise “bütün dertlerim bitiyor zannedirdim” dedi.

Fatma Hanım “bütün dertlerim bitiyordu.” ifadesini geniş bir yelpazede anlattığında, aslında genç yaşta eşini kaybetmesinin ve iki kızıyla bu süreci atlatmasında sigaranın onu çok etkilediğini ve dertlerini ortadan kaldırdığını hissettiğini ifade etti. Var olan problemlerle başa çıkmamda belki de sigarayı içerken yaşadığım unutmama süreci benim sigaraya bağımlılığımın artırdı. Kimseyle paylaşamadığım kendime bile söylemekten çekindiğim duygularımı hem bastırmama hem de rahatlamama sebep oluyordu diye düşünürdüm hep. Aslında ben kendi

kendime dert kazanmışım “ kanser” olma sürecimi kendim yaratmışım şeklinde ifadelerde bulundu.

Sigara içme durumu ve bırakma nedeni arasındaki ilişki: Çalışmaya katılan katılımcıların sigarayı bırakma nedenleri incelendiğinde birinci katılımcı sağlığı için bıraktığını, diğer bir katılımcı katları çıkmakta zorlandığını ifade etti. Sigarayı bırakan katılımcılardan bir diğeri ise gebeliğinde yani karnındaki bebeği için sigarayı bıraktığını dile getirdi. Çocuklarına çok koktuğu için sigarayı bırakan bir katılımcı da çalışmada fikirlerini beyan etti. Katılımcılardan sonuncusu kızının telkin ve iknası nedeniyle sigarayı bıraktığını dile getirdi.

Fatma Hanım kızının sigarayı bırakma sürecindeki etkisini anlatırken ebe olan kızının sigarayı bırakma poliklinikleri tarafından yazılan sigara bırakma ilaçlarını dağıttığını “anne senin içinde sigara bırakma polikliniğine gidebiliriz” ifadelerinin onu etkilediğini söylerken, diğer bir katılımcı olan Kemal Bey ise çocuklarının “baba sen kötü kokuyorsun bize seni öpmek istemiyoruz” sigara bırakma sürecinin başlaması durumunu öne çektiğini, Ayşe Hanım ise gebe olmasının karnındaki bebeğin sağlığının kendi sağlığının önüne geçmesinin sigarayı bırakma süreçlerini ve sigara bırakma eyleminin gerçekleştiğini dile getirdiler.

Sigara içtiğinizde ve içmediğinizde neler hissedersiniz: Beş katılımcıdan biri sigara içtiğinde keyiflendiğini içmediğinde ise eksik kaldığını ifade etti. İkinci katılımcı sigara içmediğinde streslendiğini içtiğinde ise sakinleştiği dile getirdi. Üçüncü katılımcı sigara içmediğinde ağzının tadının olduğunu sigara içtiğinde ise ağız içinin zehir gibi olduğunu dile getirdi. Dördüncü katılımcı sigara içtiğinde dertlerinin bittiğini zannettiğini sigara içmediğinde ise kendinin mutlu olduğunu söyledi. Beşinci ve son katılımcı sigara içmediğinde boşluğa düşmüş gibi olduğunu sigara içtiğinde ise alışkanlığını yerine getirdiğini ifade etti. Bu durumlardan yola çıkarak Kısıtlanma Duygusu teması ortaya çıktı.

Kısıtlanma Duygusu: Sigarayı bırakan bireyler başlangıç sürecinde birtakım kısıtlanmalar yaşamaktadırlar. Kısıtlanmaya ilişkin görüşleri sorulduğunda; “ sigarayı bırakmak istedim ama sinirli, stresli, bağırان çağırان bir birey oldum.” şeklinde ifade ederken, bir diğer katılımcı “ boşluğa düşmüş gibi hissediyorum.” derken aslında

yaşanan kısıtlamanın bedenim tarafından uzun süren bir süreç gibi değerlendirilmesi “ beni tedirgin ederdi. ”diyerek onun için içinde bulunduğu boşluğun olumsuzluklarla dolu olduğunu hatırlamasına sebep olduğunu söyleyerek düşüncelerini ifade etti.

Sigaranın stres içinde olan bir bireyi sakinleştirdiğini dile getiren Hayriye Hanım aslında sigaranın arkasına sığınarak süreci yönettiğini ifade etti. Stresin insanın hayatını olumsuz etkilemesinin “ sigaraya olan ilginin birey tarafından artmasına neden olmaktadır.” ifadesi ile sigara ve stres durumunun etkileşimlerinin yadsınamayacak kadar çok olduğu ortaya koyulmaktadır.

Fatih Bey sigara bırakmadaki yaşadığı bir anıyı bizimle paylaşmak istediğini ifade ederken bir gün camiye Cuma için gittiğimde vaaz programında hocanın kurban ile ilgili sohbetinde anlattıklarını sizinle paylaşmak istiyorum demesi beni aslında çok şaşırtmıştı. Fatih Bey hocanın herkes kurban kesebilir isterse şu anda cebinde kurban parası olan herkes ve arkasından gelen bir cümle bir yıldır içtikleri sigaranın parasını kenara ayıran herkes kurban kesebilir. Böylelikle hem kurban ibadetini yerine getirerek mutlu olurken diğer taraftan sağlığını olumsuz etkileyen bir illetten kurtulabilirler diyerek sigara hakkındaki düşüncelerini dile getirdi. Hocanın “hem sağlığını hem de kesesini olumsuz etkileyen bir illetten kurtulabilirler.” demesi “benim sigarayı bırakmama sebep olmuştur.” diyen Fatih Bey o dönemde maddi sıkıntılar yaşamasının sigara alma gücünü etkilediğini dile getirdi.

Bu söylemden yola çıkarak din görevlisinin sigara içme davranışını değiştirme üzerindeki etkisinin bireylerdeki olumlu etkiyi artırdığı söylenebilir. Katılımcıların sigarayı bırakmadaki süreci etkileyen bireylerin, sigarayı bırakma davranışı üzerindeki etkilerinin ne kadar etkili oldukları söylenebilir. Sigara içme davranışı ve davranışın değişmesine sebep olan faktörlerin etkileşimleri arasındaki doğru orantı yadsınmamasının gerekliliği düşünülebilir.

Sigarayı bıraktıktan sonra hayatınızda meydana gelen değişiklikler:
Katılımcılardan Ayşe Hanım “nefes almakta, yürümekte, koşmamda rahatlamalar oldu ve çocuklarımla oyun oynarken rahatladım.” ifadesini kullandı. Fatih Bey maddi anlamda rahatladığını ve sağlığının olumlu etkilendiğini dile getirdi.

Kemal Bey kilo aldığını fakat buna rağmen nefes almasının kolaylaştığını söyleminde bulundu. Hayatında değişiklik olmadığını ifade eden katılımcı da fikirlerini beyan etti.

Sigarayı bıraktıktan sonra “kanser oldum” diyen Fatma Hanım kanser olmasının nedeninin sigara olduğunu ifade etmeye çalıştı. Kanser olmasının aslında sigara bırakma sürecindeki sigarayı içmeme durumunun devamlılığının sağladığını söyledi. Hastalık sürecindeki sigara kullanmama durumuna bağlı olarak ameliyat sonrası solunum sıkıntılarının ve iyileşme sürecinin hızlı olmasının sigara içmeme durumu ile ilişkili olduğunu farkında olduğunu ifade etti. Dördüncü ameliyatında yaşadığı yutkunma ve solunum sıkıntılarının onu ne kadar zorladığını dile getirirken sigarayı içmeye devam etseydim belki de “ameliyat sonrası ölürdüm.” şeklinde içinde yaşadığı çaresizliği dile getirdi.

Katılımcıların söylemlerinden ortaya çıkan durum değerlendirildiğinde sigara bırakma eyleminin ve davranışı değiştirmenin insan hayatını olumlu etkilediği her şekilde yukarıdaki farklı katılımcıların ifadelerinde yer almaktadır. Hem sağlık durumlarını hem de bireylerin maddi durumlarını olumlu etkilediği düşünülebilir. Sigara içme davranışının maddi durumdan etkilenmesi ile çalışan ve sigarayı almaya gücü yeten bireylerin sigara bırakma sürecini yönetemedikleri saptanabilir. Çünkü var olan gücün kullanılması maddi anlamda hem kolaydır hem ihtiyacın elzem olduğunu bireye hissettirebilir.

Sigaraya erişebilirlik (gelir ve sigara satın alma durumu): Sigarayı bırakan bağımlılardan Fatma Hanım ev hanımı olmasına ve eşinden dul-yetim maaşı almasına rağmen sigara almak için bir bütçe ayırabildiğini fakat çalışamadığı için fiyatı düşük sigarayı tercih ettiğini dile getirdi. Fatih Bey maddi problemlerinden dolayı sigarayı bıraktığını söyledi. Diğer katılımcılar sigarayı almakta sorun yaşamadıklarını dile getirdiler.

Bu fikirlerin sentezi sonucu sigarayı alabilme ve çalışma durumu arasında doğru orantı olduğu söylenebilir.

2.3. Sigarayı Bırakamayan Bağımlıların Görüşme Sonuçları

Sigarayı bırakamayan bağımlılardan oluşan 5 kişilik odak grup, 23-47 yaş arasında 3 kadın ve 2 erkekten oluşmaktadır. Katılımcıların 1 si ortaokul, biri lise, biri yüksek lisans ve diğer ikisi lisans mezunudur. Meslek grupları hemşire, psikolog, serbest meslek(inşaat), doğalgaz sağlık tesisatçısından oluşmaktadır. Grup üyeleri karma kişilerden oluşmaktadır. Bu çalışmada veriler odak grup görüşmesi ile toplanmış ve katılımcılara yönetilen sorulardan tema başlıkları oluşturulmuştur.

Sigara içmenin yasak olduğu yerlerdeki sigara içme durumu ve yasağa uyma: Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde kurala uyamayan katılımcı olmadı. Bu söylemden yola çıkarak yasak ve sigara içme durumu hakkındaki görüşleri detaylı sorgulandı.

Zeynep Hanım yasak olunan mekanlarda sigara içmek için ayrılan bölmelerde sigara içtiği için zorlanmadığını dile getirirken, Asiye Hanım ise o an var olan sigara içme eylemini baskıladığını fakat içmenin yasak olduğu yerlerde içmese bile kendisine içmek için uygun bir yer aradığını ifade etti. Hüseyin Bey ise yasak olan mekanlara girmeden ve girip çıktıktan sonra peş peşe sigara içtiğini dile getirdi. Fadime Hanım ise bu süreci yönetmedeki etkinin mesleği olduğu söyleminde bulundu. (Psikolog) Mehmet Bey ise genellikle yasak olunan mekanları tercih etmediği için yasağa uyduğunu dile getirdi. Çünkü işletmelerin bu yasağa uymadığını o yüzden sigara içme yasağına uymayan işletmeleri tercih ettiğini bu mekanlarda yapılan denetlemeler sırasında uygulanan şahsa yazılan cezai işlemlerin caydırıcılığı olmadığını ve kesilen cezanın düşük olmasının sigara içilme eyleminin devamlılığını etkilediğini söyledi.

Literatürde bu temayı tam destekleyen araştırmalar yapılmasa da “Çocukların Özel Araçlarda Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Durumlarının İncelenmesi” adlı çalışmada arabada sigara içme durumu ile anne baba eğitim durumlarının ve sigara içen bireylere izin verme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak önem arz etmediği tespit edilmiştir (Akçay 2018, 90).

Bu çalışmada sigara içmenin yasak olduğu yerlerdeki sigara içme durumu ve yasağa uyma temasında sigarayı bırakamayan odak gruptaki bireylerin eğitim

durumları ve yaş aralığının geniş yelpazede olması katılımcıların eğitim durumu ve kapalı alanda sigara içme yasağına uyması arasında bir bağlantının olduğunu düşündürmemektedir.

Hastalık ve sigara içme ilişkisi: Katılımcılardan Fadime Hanım, Hüseyin Bey ve Zeynep Hanım çok hasta olsalar bile sigara içtiklerini ifade ederken diğer katılımcılardan Asiye Hanım ve Mehmet Bey hasta olduklarında sigara içmediklerini söylediler.

Literatürde bireylerin hasta olma durumlarında sigara içme eylemleriyle ilgili bir çalışma yer almamaktadır. Bu çalışmada odak gruptaki katılımcıların meslek gruplarının, eğitim durumlarının ve yaş aralığının geniş bir yelpazede yer almasından dolayı sigara içme durumu ve hastalık arasındaki ilişkinin bağlantılı olmadığı düşünülebilir.

Hastalık ve bireyin sigara içme durumu değerlendirildiğinde üç katılımcın sigarayı vücudunun vazgeçilmez bir gereği yani su, gıda gibi alınması zorunlu bir ihtiyaç gibi görmelerinin süreci etkilediği söylenebilir. Hasta olduklarında da bu ihtiyacı gidermek için sigara içtiklerini dile getirdiler.

Sigara bağımlılığının bireyde oluşturduğu duygular: Duygularını dile getirmeye çalışan katılımcıların üçü sakinlik ve rahatlık hissettiğini ifade ederken bir diğer katılımcı da sakinlik ve rahatlığın yanında aslında mutlu olduğunu ifade etti. Sonuncu katılımcı Fadime Hanım ise sigaranın onun için ödül olduğunu ve ödüllendirilmiş hissettiğini ifade etti.

Fadime Hanım “ödüllendirilmiş hissediyorum” cümlesini biraz daha detaylandırmak istediğinde kendime ait bir ödül olarak görüyorum nasıl bir çocuğa şeker veya çikolata verdiğinizde yaşadığı haz kadar benimki de böyle bir şey işte. Kendime ait olduğum benim olan bir şeyi (adını anlamlandırmadığım) içtiğimde yaşadığım hazzın tarifinin adı ödül şeklinde ifade etti.

Hüseyin Bey rahatladığını ve sakinleştiğini sigarayı bırakmaya çalıştığı dönemde değerlendirebildiği söyleminde bulundu. Çocuklarına ve eşine olan sabırsızlığın çok arttığını en ufak problemlerden bile kavgalar çıkardığını söyledi.

Mehmet Bey rahatlamış hissediyorum derken bedenimin hafiflediğini kendimle bedenimin bütünleştiğini fark ettim. Buda benim mutlu olmamı sağlıyor şeklinde sözel ifadelerde bulundu.

Katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde rahatlamış olmak, sakin olmak, kendini ödüllendirmek, mutlu hissetmek hepsinin altında yatan sigara içme eylemi ve davranışın devamlılığının sağlanması katılımcıların hayatlarını bir nebze olsun kolaylaştırdığı düşünülebilir. Sigara içme davranışı ve bırakamama sürecindeki yaşanan olumsuz hayatlarını zorlaştıran olayların yaşanması bağımlıların davranış değiştirme süreçlerini olumsuz etkilediklerini saptamalarına neden olmuştur. Bu durumda bireylerin yaşanan olumsuzluklarla karşılaşmamak ve hayatı kolaylaştırmaya devam etmek istemeleri sigara içme davranışını değiştirmemelerine sebep olarak gösterilebilir.

Sigara içme durumu ve bırakma nedeni arasındaki ilişki: Katılımcılardan ikisi sigarayı bırakmayı denemelerinin nedeni olarak çocukları göstermişlerdir. Diğer bir katılımcı ilk kez denediğinde sağlığı için ve bıraktığını dile getirirken ikinci kez denediğinde bebek için bıraktığını ve doğum sonrası başladığını ifade etti. Katılımcılardan biri ise eşi istediği için bırakmayı denediğini ve bırakamadığını ifade etti. Son katılımcı sevgilisinin isteği üzerine denediğini ifade etti.

Hüseyin Bey sigaranın onun hayatının yarısını kapladığını eşinin sigarayı bırakmasını istediğinde ona ”sen benim hayatımın yarısını aldın.” ifadesini kendine iletmediğini söyledi. Mehmet Bey ise sevgilisinin sigarayı bırakmasını istemesini anlamlı bulmadığını sadece sevgilisi üzülmesin diye denediğini ifade etti.

Sigarayı bırakamayan bağımlıların aslında kendilerinin sigarayı bırakmak istememelerinin süreci olumsuz etkilediklerini düşünmeleri sigarayı bırakamama süreci ile bireyin sigarayı bırakması arasındaki doğru orantının gerçekleşmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Sigara içtiğinizde ve içmediğinizde neler hissedersiniz: Katılımcılardan Mehmet Bey sigara içmediği durumlarda agresif olduğunu sigara içtiğinde ise daha uyumlu olabildiğini ifade etti. Hüseyin Bey ise sigara içmediği kendisinden bir

parçasının eksik olduğunu, boşluktaymış gibi hissettiğinin söyledi. Zeynep Hanım sigara içmediğinde “sanki nişanlımdan ayrılıyormuşum da sebepsiz ayrılıyormuşum.” dedi. Sigara içtiğinde ise normal hissediyorum dedi. Asiye Hanım ise sigara içtiğinde rahatladığını içmediğinde ise stresli değilse illa sigara içiyim diye beklediğim olmuyor şeklinde düşüncelerini dile getirdi. Fadime Hanım sigara içmediğinde gerginlik ve eksiklik hissettiğini sigara içtiğinde ise rahatlamış ve tamamına ermiş gibi olduğunu ifade etti.

Katılımcı bireylerin söylemlerinden yola çıkarak sigara içme durumunda yaşadıkları olumlu duygu, durum, düşünce ve değişikliklerin yerini sigara içmediklerinde alan olumsuz duygu, durum, düşünce ve değişikliklerden son derece rahatsız olduklarını ifade ettiler. Sonuç olarak yaşanan olumsuz değişikliklerin sigarayı bırakamamalarına sebep olduğu düşünülebilir.

Sigarayı bıraktıktan sonra hayatınızda meydana gelen değişiklikler: Sigarayı bıraktığı dönemde çok vaktinin olduğunu söyleyen Fadime Hanım aynı zamanda özgür olduğunu dile getirdi. Asiye Hanım 2 aylık bırakma döneminde bir değişiklik olmadığını ifade etti. Zeynep Hanım sigarayı bıraktığı dönemde uyku problemi yaşadığını ve stresli olduğunu ifade etti.

Sigarayı bir süre olsun bırakmayı deneyen ve azda olsa bırakabilen bağımlılar görüşme sırasında özde sigara içme davranışını değiştirmek istemediklerini ve sadece denediklerini söylediler. Bırakmak için çok çaba sarf etmediklerini sigarayı bırakmanın beyinde bitmesi gerektiğini ifade ettiler. Bu söylemlerden yola çıkarak sigarayı bırakmak istemek ve var olan içme davranışını değiştirmek için bireylerin istemelerinin süreçteki olumlu pekiştireç olduğunu söylenebilir.

Sigaraya erişebilirlik (gelir ve sigara satın alma durumu): Sigarayı bırakamayan bağımlılardan birkaçı sigaraya kolay ulaşabilir, alabilir olmalarının süreci olumsuz etkilediklerini dile getirdi. Mesleklerinin olması ve yaptıkları iş karşılığında alınan maaşın var olmasının alma gücünü arttırdıkları söyleminde bulundular.

SONUÇ

1974 yılında DSÖ sağığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değıl, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır. Sağıık anlayışı; birey, bireyin yer aldığı aile ve toplumun sağılığını koruyan, var olan sağıığı sürdüren ve geliştiren sağıık merkezli yaklaşımlardır. Bu anlayışın özünde yer alan bireyin iyilik halinin sağılanması, sürdürölmesi ve geliştirilmesini kapsayan sağıık davranışlarının kazanılmasıdır. Birey kendi sağılığını korumak için kuralları belirleyebilmelidir.

Çalışmada birebir kişi ile gerçekteşen odak görüşmede 5 sigarayı bırakan katılımcılar ve 5 sigarayı bırakamayan katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek vs. gibi sosyo-demografik özellikler açısından heterojen bir dağılım sağılanması amaçlanmıştır. Yaşları 23-60 arasında değışen, 6 kadın, 4 erkek oluşun araştırma grubunda hemşire, ev hanımı, sağıık memuru, memur, serbest meslek mensupları, doğalgaz tesisatçısı, psikolog gibi, meslek grubu ve eğitim düzeyleri bakımından farklı olan katılımcılar bulunmaktadır. Bu toplumun geneline dair bilgi edinmek amacıyla yapılan bir odak gruptur.

Bu araştırmada sigarayı bırakan ve bırakamayan bağımlıların sigarayı bırakma sürecinde yaşadığı olumlu ve olumsuz duygularının kişide yarattığı etki hakkında bilgi edinilmiştir. Sigarayı bırakmaya yönelik girişimlerde, olumsuz sağıık davranışının değışimine etki eden faktörler çocuk, sağıık, ekonomik durum, nefes almada sorunların yaşanması, gebelik sürecinde sigaranın bebeğıe olan etkisi yer almaktadır. Sigara bağımlıların sigarayı bırakamamalarındaki nedenin ise kişinin bunu gerçekten istememesiyle alakalı olduğu saptanmıştır. Sağıık sorunlarının yaşanması kişinin hayatında olumsuz deneyimlere sebep olmaktadır. Kişiler sigaranın zararları hakkında yeterli donanıma sahip olsalar dahi var olan sağıık inançları nedeniyle sigarayı bırakamazlar. Aslında davranışın değışme sürecini etkileyen faktörler ve yaşanan sağıık sorunlarının ciddi olması davranış değışme sürecini olumlu etkilemektedir. Kişilerin stresli ortamlarda yaşamaları, çalışmaları onların sigaraya olan bağılığını arttırmaktadır. Kişilerin sigara içerek kendilerini rahatlamış ve sakinleşmiş hissetmelerinin sebebi budur. Sigara içen kişilerin hayatında zamanın büyük bir kısmı

sigaraya ayrılmaktadır. Kişilerin sigarayı aslında kendileri için ayırdıkları ve tek başına kalabildikleri zaman olarak adlandırmaları çok şaşırtıcıdır.

Sigarayı alabilme ve bireyin çalışma durumu arasındaki etkileşimin doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Sigarayı bırakan ve bırakamayan bağımlılar alabilme güçleri ile sigaraya kolay ulaşabildiklerini dile getirerek sigara alabilme ve maddi gücün önemini ortaya koymaktadırlar.

Bu çalışma sırasında sigara bağımlılığı ve oral dönem arasındaki ilişkinin detaylı analizi, çocukluk dönemindeki güvenli bağlanma sorunun detaylandırılması çalışmalarının sigara bağımlılığındaki nedenlerin belirlenmesi açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Sigara bağımlılığı çalışmalarının bu konuda detaylandırılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Acar, Sevdâ, Derya Şaşman Kaylı, ve Gökem Yazarbaş. «Sigara Kullanan, Sigara Bırakma Tedavisi Alan ve Sigara Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Bakımından Karşılaştırılması.» *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, Ocak 2019: 537-564. <https://addicta.com.tr/makale/sigara-kullanan-sigara-birakma-tedavisi-alan-ve-sigara-kullanmayan-bireylerin-psikolojik-dayaniklilik-ve-stresle-basa-cikma-tutumları-bakimından-karsilastirilmesi/> (03.04.2019)
- Akçay, Duygu, Hilal Özcebe. «Çocukların Özel Araçlarda Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Durumlarının İncelenmesi.» *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2 (2018): 86-93 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/682574> (1.4.2019)
- Akyol, Bilal. Sigara Tüketimini Etkileyen Faktörler: Sakarya İlinde Bir Alan Araştırması. Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya 2014.
- Arlı, Erdal. «Barınma Yerinin Üniversite Öğrencilerinin Kişisel ve Sosyal Gelişim ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkilerinin Odak Grup Görüşmesi İle İncelenmesi.» *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, 2013: 173-178. http://higheredu-sci.beun.edu.tr/pdf/pdf_HIG_1618.pdf (03.04.2019)
- Ayten, Ali. Psikoloji ve Din, 5. Baskı, İz Yayıncılık İstanbul 2018.
- Aydemir, Yusuf, Özlem Doğu, Cemile Dede, ve Nursan Çınar. «Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Geliştirme ve Geçerlik, Güvenirlik Çalışması.» *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, Cilt 6, Sayı 2, Ekim 2018: 387-402. <https://addicta.com.tr/makale/sigara-birakma-basarisi-ongoru-olcegi-gelistirme-ve-gecerlik-guvenirlik-calismasi/> (02.24.2019)
- Bağcı Kurt, Nurgül. Mobbing Ve Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Kuruluşu Örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2010.

- Baltaş, Zuhale. Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. 3. Basım. Remzi Kitapevi, İstanbul 2007.
- Becerikli Yıldırım, Sema. «Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları Ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği.» İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, no. 43 (2012/II): 163-177.
- Can, Burhanettin, Hanefi Yaman, Vahap Mahitapoğlu, Zeki Kırbaçoğlu. Türkiye'de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu, Sekam Yayınları, İstanbul 2015.
<http://www.sekam.com.tr/images/resimler/61997f4f.pdf> (13.04.2019)
- Çankaya, Zeynep Cihangir. «Özerklik Desteği, Temel Psikolojik İhtiyaçların Doyumu Ve Öznel İyi Olma: Öz-Belirleme Kuramı.» Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 4, no. 31 (2009): 23-31.
- Demirezen, Murat. Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik, Güvenilirliği Ve Anksiyete İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak 2013.
- Doğan, Derya Gümüş, ve Betül Ulukol. «Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği.» İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 17, Sayı 3, 2010: 179-185.
- Güçlü, Sultan, ve Meral Uysal. «Kadınların Sağlık Eğitimi İhtiyaçlarının Odak Grup Görüşmesi Yöntemi ile Belirlenmesi.» Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 46, no. 2 (2013): 399-418.
- Gününç, Selim, ve Murat Kayri. «Türkiye' de İnternet Bağımlılık Profili Ve İnternet Bağımlılık Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik-Güvenilirlik Çalışması.» Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 39, 2010: 220-332.
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hunefd/article/view/5000048394/5000045715> (03..03.2019)

- İlhan, Nesrin, Batmaz, Makbule, Utaş Akhan, Latife. «Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi.» Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3, no. 3 (2010).
- Jopp, Andreas. Sigarayı Bırak Özgür Ol. Çev.: Anıl Ceren Altunkanat, E Yayınları Tic. Ltd. Şti., İstanbul 2014.
- Kadıoğlu, Merve. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları Ve Öz- Etkililik. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009.
- Kaya, Merve. « Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu, Etkileyen Faktörler Ve İkincil Sigara Dumanı İle İlgili Farkındalık Düzeyleri» Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2017.
- Keskinoğlu, Pembe, ve Gazanfer Aksakoğlu. «Pasif Sigara İçiciliğinin Çocuklarda Solunum Sistemi Üzerindeki Etkileri.» Türk Pediatri Arşivi 42, no. 4 (2007): 136-141.
- Koçak, Abdullah, ve Yasin Bulduklu. «Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayımlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları.» Selçuk İletişim, Cilt 6, Sayı 3, Konya 2010: 5-17. <http://josc.selcuk.edu.tr/article/view/1075000090/1075000085> (02.04.2019)
- Kublay, Gülümser, Füsün Terzioğlu, Gülnaz Karatay. Gebelik ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, 2008 Ankara. https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/sagligimiza_etkileri/Gebelik_ve_Sigara.pdf (18.02.2019)
- Kuloğlu, Yunus. Genç Kuşakta Riskli Sağlık Davranışları (Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Örneği) Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.
- Maslow, Abraham. İnsan Olmanın Psikolojisi. Çev.: Okan Gündüz. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul 2001.

- Mutlu, Ercan. «Madde Bağımlılığı (Uçucu Maddeler).»
https://www.academia.edu/10159437/MADDE_BA%C4%9EIMLILI%C4%9EI_U%C3%A7ucu_Maddeler (05.01.2019).
- Odgen, Jane. Sağlık Psikolojisi. Çev.: Gülay Dirik, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2016.
- Ögel, Kültekin. Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul 2017.
- Ögel, Kültekin, Cüneyt Evren, Figen Karadağ, ve Defne Tamar Gürol. «Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirliği.» Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt 23, Sayı 4, 2012: 2-10.
- Öztoprak, Saliha Dilek, ve Türkan Güney. «Sağlık Açısından Toplumsal Cinsiyet ve Tütün Kontrolü.» Turkish Journal Of Public Health, Cilt 11, Sayı 3, 2013: 197-206.
- Paksoy, Nur. Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Olgularda Sigara Bırakmanın Solunum Fonksiyonları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi . Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya 2016.
- Pilge, Elif, ve Leyla Baysan Arabacı. «Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Bağımlılığın Nedenleri ve Tedavisine İlişkin Algı ve Tutumları.» Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Cilt 7, Sayı 3, 2016: 105-113. http://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-97658-RESEARCH_ARTICLE-BAYSAN_ARABACI.pdf (01.04.2019)
- Saltık Özkan, Tuba. «Geleneksel Tıpta İyileşmenin İnanç Boyutu Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar: Psikosomatik Tıp, Plasebo Etkisi Ve Kuantum İyileşme.» Milli Folklor Dersisi, Yıl 24, Sayı 95, 2012, <http://www.millifolklor.com/PdfViewer.aspx?Sayi=95&Sayfa=304> (06.05.2019).
- Sürücü, Özlem. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Anne Baba-Öğretmen El Kitabı. 6. Basım. Bilgi Yayınevi, Ankara 2018.

Şahbaz, Sibel. Sigara İçmeye Başlamadan Önceki Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti, Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerine Etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005 İzmir.

Tuna, Timur, Yeni Bir Nefes: Sigara İle İlgili 10 Soru Cevap, St. Clements University/ Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul 2014.

Türk Psikiyatri Derneği. «Nikotin (Sigara) Bağımlılığı»

<http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliligi>
(05.01.2019).

Uğurlu Toker, Tuğçe, Ceyhan Şengül Balcı ve Cem Şengül. «Bağımlılık Psikofarmakolojisi» Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Cilt 4, Sayı 1, 2012
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076344/5000070400>
(10.04.2019).

Yeşilay. «Bağımlılık Nedir?» <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir> (12.04.2019).

Yılmaz, Ayşegül. Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarını Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2007.

EKLER

Ek 1. Odak Grup Görüşme Soruları

1. Cinsiyet: Erkek() Kadın()
2. Yaş:.....
3. Medeni durum: () Bekar () Evli () Diğer.....
4. Eğitim durumu:.....
5. Ailenizin toplam Aylık geliriTL Bu geliri paylaşan evde yaşayan kişi sayısı:.....
6. Meslek.....
7. Çalışma Durumu:.....
8. Kronik hastalığınız var mı? Evet ()Hayır ()
9. Alkol kullanıyor musunuz? Evetse Hangi sıklıkla.....
10. Sigaraya başlama yaşı.....
11. İçilen sigara miktarı?.....yıl/.....paket
12. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a) 10 veya daha az
 - b) 11 – 20
 - c) 21 – 30
 - d) 31+
13. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?
 - a) 0 – 5 dakika
 - b) 6 – 30 dakika
 - c) 31 – 60 dakika
 - d) 60 dakikadan sonra
14. Sigara içmenin yasak olduğu(örneğin işyeri, hastane, avm gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
15. Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre çok sigara içer misiniz?
16. Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
17. Sigarayı bırakmayı denediniz mi hiç? (Kaç kez, hangi yöntemle, sonuç)
18. (önceki soruya verilen cevap olumlu ise) Sigarayı bırakmayı neden denediniz?
19. Sigarayı bırakmak için hangi yöntemi denediniz?
20. Sigarayı içmek sizde nasıl duygular uyandırıyor?
21. Evinizde sizden başka kimse sigara içiyor mu?
22. Anne ve babanız sigara içiyor mu?
23. Ne zaman sigarayı daha çok içersiniz?
24. Şu anki sigara içme durumunuz
25. Sigarayı bırakmak istemenizdeki ana neden neydi?
26. Sigarayı neden bırakmak istediniz?

27. Kendi kendinize mi sigarayı bırakmayı denediniz yoksa yardım aldınız mı?
28. Sigara içmediğinizde ne hissediyorsunuz - sigara içtiğinizde ne hissediyorsunuz?
29. Hayatınızda sigarayı bıraktıktan sonra neler değişti?
30. Sigarayı bırakmanızda televizyonda ve diğer mecralarda sigaranın zararlarını yansıtan reklamların, yayınların (kamu spotlarının) bir etkisi oldu mu?
- *****
31. (Sigarayı bırakmak istediniz ve söylediğimize göre başaramadınız sizce siz gerçekten bırakmayı istediniz mi?)
32. (Sigarayı bırakamamanızın gerçek nedeni neydi?)



ÖZGEÇMİŞ

09 Mart 1982 tarihinde İstanbul’da doğdum. İlk, Orta ve Liseyi tamamladıktan sonra Kocaeli Üniversitesi Ebelik Bölümünü 2005 yılında bölüm birincisi, okul ikincisi olarak bitirdim. 2007 yılında devlet memuru olarak atandım. 2007 yılından beri ebe olarak görev yapmaktayım. 2015 yılında Beykent Üniversitesi’nde Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi programında yüksek lisans eğitimine başladım.

Özel ilgi alanlarım; Türk sanat müziği dinlemek ve söylemek, farklı lezzetleri denemek ve yapmak, çocuk psikolojisi ve aile psikolojisi üzerine kitaplar okumaktır.

Yabancı dilim İngilizce olup, evli ve iki çocuk annesiyim.

Fatma DİREK