



T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**14 - 45 YAŞ ARASI ÇALIŞANLARDA ALKOL VE SİGARA
KULLANIMI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Canan KARAAĞAÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Özkan ÜNVER

Ankara - 2014

**14 - 45 YAŞ ARASI ÇALIŞANLARDA ALKOL VE SİGARA
KULLANIMI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Canan KARAAĞAÇ

T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANA BİLİM DALI

İŞLETME YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara - 2014

KABUL VE ONAY

Canan KARAAĞAÇ tarafından hazırlanan “ 14 – 45 Yaş Arası Çalışanlarda Alkol ve Sigara Kullanımı Üzerine Bir Araştırma ” başlıklı bu çalışma, **16 /10/ 2014** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Dönem Projesi olarak kabul edilmiştir.

Başkan


: Prof. Dr. Özkan ÜNVER

Üye



: Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY

Üye


: Doç. Dr. Türkmen DERDİYOK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.




Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.


Canan KARAAĞAÇ

23/12/2014

TEŞEKKÜR

420 kişinin örneğe çıktığı ve sorularımı cevapladığı yüksek lisans tezimde emeği geğenlerden,

Tezimin yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen görüş ve önerileri ile beni sürekli destekleyen değerli danışmanım Prof. Dr. Sayın Özkan ÜNVER' e,

Tezimin araştırma kısmında benden kıymetli katkılarını esirgemeyen arkadaşlarıma,

Ve bugüne gelmemde üzerimde büyük pay sahibi olan, yüreklendiren aileme teşekkür ederim.

Canan KARAAĞAÇ

ÖZET

8 bin yıl önce Mezopotamyalıların arpayı ekmek yapmak için ilk ıslah etmesiyle başlayan bu serüven günümüz 2000’li yılların büyük problemlerinden birisi olarak “Alkol ve Sigara’nın” en ön sıralarda yer almasını sağlamıştır. Bununla birlikte zaman içerisinde “Tütün’ün” verdiği haz keşfedildikten sonra “Alkol ve Sigara” maalesef ayrılmaz bir ikili olarak günümüzde her yerde ve her koşulda karşımıza çıkmaktadır. Her ne kadar zararları biliniyor gibi gözükse de maalesef insanoğlu; hastalık boyutuna varana kadar ısrarla kullanımına devam etmektedir. Mevcut durum ile alakalı birçok eser kaleme alınmış durumdadır. Çalışmamız için araştırılan kaynaklardan da istifade edilerek, bu çalışmayla keşfedilmesinden bu güne kadar, hastalık aşamasına gelene kadar neler yaşandığını, nelerle karşılaşıldığını, nelere sebep olduğunu, olabildiğince günümüz diliyle inceleyeceğiz. Hem İngilizce hem de Türkçe birçok kaynak bulunmakla birlikte, bu çalışmada daha çok Türkçe kaynaklardan istifade edilmiştir.

Çalışmada ilk olarak “alkol ve sigara tüketimi ” süreci üzerine durulmuştur. Kullanan kişilerin sorunlarına değinilmiş bu sorunlardan başka hangi rahatsızlıkların meydana geldiği kısaca bu kapsama dâhil edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Alkol, Sigara, Alkol Tüketimi, Sigara Tüketimi.

ABSTRACT

Eight thousand years ago, Mesopotamians they didn't have the first breeding to make bread with sowing starting this adventure today as one of the major problems of the year 2000 "the alcohol and cigarettes" are provided to take part in the front row. However, over time, "tobacco" after the discovery of giving pleasure "Alcohol and cigarettes" Unfortunately as inseparable nowadays everywhere and in all circumstances, we have encountered. Although it is known that the damages as it may seem, unfortunately, human beings; the disease continues to persistently until the size. The current situation was written many works related to the condition. Our study researched sources to benefit from this work having been discovered to this day what happened until the stage of the disease, disease stage until what happened, what were encountered, what causes that possible today through the language we will examine.

Both English and Turkish with many sources, this study has been to benefit more Turkish sources. The study initially focused on "alcohol and cigarette consumption" process. This issue has been addressed to the problems of people who use other than that which occurred shortly disorders were included in this scope.

Key words: Alcohol, Smoking, Alcohol consumption, Smoking consumption

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	İ,
BİLDİRİM.....	İİ,
TEŞEKKÜR.....	İİİ,
ÖZET.....	İV,
ABSTRACT.....	V,
İÇİNDEKİLER.....	VI,
TABLolar DİZİNİ.....	XI,

BİRİNCİ BÖLÜM

ALKOL'E GENEL BAKIŞ

1.1. Alkolün Tarihi Geçmişi.....	1
1.1.1. Alkolizm Tanımı ve Sebepleri.....	4
1.1.2. Alkol Alışkanlığının Nedenleri	7
1.1.3. Alkolizmin Gelişimi	8
1.1.4. Alkolizmin Tipleri	11
1.1.5. Alkolün Vücuda Etkileri	12
1.1.6. Alkolün Etkisini Belirleyen Faktörler	12
1.1.7. Alkolün Zararları.....	16
1.1.8. Dayanıklılık ve Bağımlılık.....	17
1.2. Alkolizmin Aşamaları.....	18
1.2.1. Erken Aşama.....	18
1.2.2. Orta Aşama.....	18
1.2.3. Kronik Aşama.....	18
1.3. Alkolün Etkileri	19
1.3.1. Alkolün Fizyolojik Etkileri.....	19
1.3.2. Alkolün Bedensel Etkileri.....	20
1.3.2.1. Alkolün Neden Olduğu Karaciğer Hastalıkları	20

1.3.2.1.1. Alkole Bağlı Karaciğer Yağlanması	20
1.3.2.1.2. Alkolik Hepatit	21
1.3.2.1.3. Alkolik Siroz	21
1.3.2.1.4. Vitamin Eksikleri	21
1.3.2.1.5. Kan Üzerindeki Etkileri	22
1.3.2.1.6. Kansere Üzerindeki Etkileri	22
1.3.2.1.7. Kalp ve Dolaşım Sistemi	22
1.3.2.1.8. Kaslara Etkisi	23
1.4. Alkolün Sinir Sistemine Etkileri.....	24
1.4.1. Kadın ve Erkeğin Alkol Kullanımı ve Etkileri	24
1.4.1.1. Hamilelikte Alkol Kullanımı ve Bebeğe Zararları.....	27
1.4.1.2. Fetal Alkol Sendromu	27
1.4.1.3. Fetal Alkol Sendromunun Belirtileri.....	28
1.4.1.4. Doktora gitme zamanı.....	30
1.4.1.5. Tedavi	30
1.5. Alkolün Ruhsal Etkileri	30
1.5.1. Anksiyete Bozukluğu	30
1.5.2. Mizaç Bozukluğu	31
1.5.3. Uyku Bozukluğu	31
1.5.4. Amnestik Bozukluk (Korsakov Psikozu).....	32
1.5.5. Bunama	32
1.5.6. Psikotik Bozukluk	32
1.6. Alkolün Sosyal Etkileri	33
1.7. Nasıl yardım edebilirsiniz?	34
1.7.1. Alkol ve Tedavisi.....	34
1.7.2. Tedaviye İhtiyacı Olan Bir Alkoliğe Yardım	35

1.8. Alkolizmle Mücadele.....	36
1.8.1. Yapılması Gerekenler	37
1.8.2. Yapılmaması Gerekenler.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

SİGARA' YA GENEL BAKIŞ

2.1. Sigaraya Genel Bakış.....	38
2.1.1. Tütünün Tarihi.....	38
2.1.2. Tütünün Bulunması	39
2.1.3. Avrupa da Tütün ve Yasaklamalar.....	40
2.1.4. Tütün ve Sigaranın İçeriği	41
2.2. Sigaranın Sağlığa Zararları.....	42
2.2.1. Sigarayı Bırakınca Meydana Gelen Değişiklikler.....	44
2.2.2. Sigara Bırakma Yöntemleri.....	45
2.2.3. Karar Verme	46
2.2.4. Hazırlanma	47
2.2.5. Sigarayı Bırakmanın Yararları.....	47
2.3. Sigarayı Bırakmanın Yarattığı Sorunlar	48
2.3.1. Canı Sigara İstemek.....	48
2.3.2. Öksürük	48
2.3.3. Huzursuzluk	48
2.3.4. Daha Çok Acıkmak	49
2.4. Aşırı Sigara İçme İsteğinin Bastırılması.....	49
2.5. Pasif İçicilik	50
2.6. Çocukların Sigaraya Başlamasını Önlemek İçin Öneriler.....	51

2.7. Çocuk ve Gençlerde Alkol Kullanımı İçin Risk Faktörleri	52
2.7.1 Biyolojik Faktörler.....	52
2.7.2 Psikolojik ve Davranışsal Faktörler	52
2.7.3 Ailesel Faktörler	52
2.7.4 Okul ile ilişkili Faktörler	53
2.7.5 Arkadaş Faktörü.....	53
2.7.6 Toplumsal Faktörler	53
2.8. Sigara ve Sağlık	54
2.8.1 Sigara ve Akciğer Kanseri	55
2.8.2 Ağız Kanseri	56
2.8.3 Ses Telleri ve Gırtlak Kanseri	57
2.8.4 Sigaranın Güzelliğe Etkisi	59
2.8.5 Sigaranın ve Alkolün Ekonomik Zararları	61
2.8.6 Sigaranın İş Kaybına Neden Olması.....	63
2.8.7 Sigara Kullanımının Türkiye deki Yaygınlığı ve Zararları	64
2.8.8 Ülkemizde Dumansız Hava Sahası Anlayışı.....	65
2.8.9 Ülkemizde Tütünle Mücadele Çalışmaları	67
2.8.10 Tütün Dumanından Pasif Etkilenme.....	70
2.8.11 Kısa Süreli Duman Altında Kalmanın Etkileri.....	71
2.8.12 Çocukların Tütün Dumanında Kalma Riskleri.....	72
2.8.13 Tütün Endüstrisinin İtirazları ile Baş Edebilmek İçin Öneriler.....	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

“GÜNÜMÜZDE ALKOL VE SİGARA TÜKETİMİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA” UYGULAMA SONUÇLARI

3.1. Araştırmanın Amacı.....	77
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	77
3.3. Araştırmanın Yığın ve Örnek Seçimi	77
3.4. Sınırlılıklar.....	78
3.5. Varsayımlar	78
3.6. Güvenilirlik Analizi.....	78
3.7. Araştırma Elde Edilen Bulgular.....	79
3.7.1.Demoğrafik Özellikler.....	79
3.7.1.1. Ankete Katılanların “Cinsiyet” Dağılımı.....	79
3.7.1.2. Ankete Katılanların “Yaş” Dağılımı.....	79
3.7.1.3. Ankete Katılanların “Medeni Durum” Dağılımı.....	80
3.7.1.4. Ankete Katılanların “Eğitim Durumu” Dağılımı.....	81
3.7.1.5. Ankete Katılanların “Mesai Düzeni” Dağılımı.....	82
3.8. Hipotezler.....	83
Sonuç ve Değerlendirme.....	124
Kaynakça.....	128
İnternet Kaynakları.....	133
Ek-1:Anket Formu.....	135
Özgeçmiş.....	139

TABLOLAR

Tablo.1: Katılımcıların Cinsiyet İtibariyle Dağılımı.....	79
Tablo 2 : Katılımcıların Yaşları İtibariyle Dağılımı	79
Tablo 3: Katılımcıların Medeni Durumları İtibariyle Dağılımı.....	80
Tablo 4: Katılımcıların Eğitim Düzeyleri itibariyle Dağılımları	81
Tablo 5: Katılımcıların Mesai Düzenine Göre Dağılımı.....	82
Tablo 6: 1.Hipotez; Cinsiyet ile Alkol Kullanımı	83
Tablo 7: 2.Hipotez; Yaş ile Alkol Kullanımı.....	85
Tablo 8: 3.Hipotez; Medeni Durum ile Alkol Kullanımı.....	87
Tablo 9: 4.Hipotez; Öğrenim ile Alkol Kullanımı	89
Tablo 10: 5.Hipotez; Ekonomik Durum ile Alkol Kullanımı	91
Tablo 11: 6.Hipotez; Cinsiyet ile Sigara Kullanımı.....	93
Tablo 12: 7.Hipotez; Yaş ile Sigara Kullanımı	94
Tablo 13: 8.Hipotez; Medeni Durum ile Sigara Kullanımı	95
Tablo 14: 9.Hipotez; Öğrenim Düzeyi ile Sigara Kullanımı	96
Tablo 15: 10.Hipotez; Ekonomik Durum ile Sigara Kullanımı.....	97
Tablo 16: 11.Hipotez; Sigara Kullanma Durumu ile Alkol Kullanımı.....	98
Tablo 17: 12.Hipotez; Yaş ile Alkol Kullanan Kişideki İçme Durumu	100
Tablo 18: 13.Hipotez; Yaş ile Alkol Kullanım Sıklığı.....	101
Tablo 19: 14.Hipotez; Medeni Durum ile Alkol Kullanımı	102
Tablo 20: 15.Hipotez; Medeni Durumun Alkol Kullanan Kişideki İçme Durumu.....	103
Tablo 21: 16.Hipotez; Medeni Durumun Alkol Kullanım Sıklığı	104
Tablo 22: 17.Hipotez; Medeni Durumun, Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi.....	105
Tablo 23: 18.Hipotez; Öğrenim Düzeyinin Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi	106
Tablo 24: 19.Hipotez; Öğrenim Düzeyinin Alkol Kullanan Kişideki İçme Durumu..	107
Tablo 25: 20.Hipotez; Ekonomik Durumun Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi	108

Tablo 26: 21.Hipotez; Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanımı Üzerindeki Etkisi	109
Tablo 27: 22.Hipotez; Ekonomik Durumun Alkol Kullanım Sıklığı	110
Tablo 28: 23.Hipotez; Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanım Sıklığı	111
Tablo 29: 24.Hipotez; Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi	112
Tablo 30: 25.Hipotez; Alkol Kullanım Sıklığının Sigara Kullanım Sıklığı	113
Tablo 31: 26.Hipotez; Alkole Başlama Yaşının Sigaraya Başlama Yaşı	114
Tablo 32: 27.Hipotez; Sigara Kullanımı Değerlendirilmesinin Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi	115
Tablo 33: 28.Hipotez; Yaşın Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi	116
Tablo 34: 29.Hipotez; Yaşın Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi	117
Tablo 35: 30.Hipotez; Yaşın Sigara Kullanımı Sıklığı	118
Tablo 36: 31.Hipotez; Medeni Durumun Sigara Kullanım Sıklığı	119
Tablo 37: 32.Hipotez; Ekonomik Durumun Sigara Kullanım Sıklığı	120
Tablo 38: 33.Hipotez; Ekonomik Durumun Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi	121
Tablo 39: 34.Hipotez; Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Alkol Kullanım Sıklığı.....	122
Tablo 40: 35.Hipotez; Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Alkol Kullanım Değerlendirilmesi	123

BİRİNCİ BÖLÜM

ALKOL İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.1 Alkolün Tarihi Geçmişi

Alkol kelimesi Arapçada bir şeyin özü, aslı anlamındaki “al kihl” sözcüğünden gelir. Dilimizde eskiden beri alkolün karşılığı olarak kullanılan “ispirto” sözcüğü ise Latince kökenlidir. Ruh, soluk, yaşamın özü, yürekli, güçlü anlamlarını içeren “spiriitus” dan gelir. Hamr; örtmek anlamındadır. Akli uyuşturup örttüğü için şaraba “hamr” denmiştir.

8000 yıl! Günümüze ulaşabilse ilk şarabın yaşı bu olurdu. Arkeolojik kazılarda ortaya çıkan eski kentlerde, yığınlar halinde üzüm çekirdekleri bulunmuş, çekirdekler üzerinde yapılan inceleme ve analizler de bunu doğrulamıştır.(Ögel,2009:1-2-3-4)

Alkol kullanımı ve onunla ilgili sorunlar tarihin çok eski dönemlerine kadar dayanmaktadır. Eski Mısır, Yunan, Roma tarihçilerinin alkollü içkilerden söz ettikleri bildirilmektedir. Dünyanın varoluşunu anlatan insanlık tarihinin ortak Nuh efsanesinde; tufan sırasında Nuh’un gemisinde bulunan üzümün önce üzüm suyuna sonra şıraya ve şaraba dönüştüğü, tufandan sonra gemide bulunan insanların şarap içerek karaya ayak bastığı ve şarabı dünyaya yaydığı belirtilmiştir.(Öncü,2001:133-138)

Türk kavimlerinin yayıldığı bütün Orta Asya ile Doğu Avrupa’nın her bölgesinde, elinde içki kadehi tutan heykellere rastlamak mümkündür. Bu gelenek, Batı Türkistan ile Afganistan’a doğru yayılarak inmiştir. Hele Güney Sibiryaya, elinde içki kadehi tutan heykellerle doludur. Orta Asya Türklerine göre kımız, beşikten mezara kadar herkesin içkisi olup, birçok hastalıkların, yaşlılık ve dermansızlığın yegane ilacıdır. Kımız’ın umutsuz ve kötü düşünceleri yok ettiğine inanılır. Kımız, eski Türklerin tanrılara sundukları bir “tanrılar içkisi” olarak kabul edilmiştir. Eski Türklerde “idiş” adı verilen içki kadehi gamı ve kederi gidermenin bir sembolü olarak görülüyordu.

Türkler, üzüm bilhassa üzüm şarabı için “bor” sözünü kullanırdı. Bu sözcüğün kökleri Türklerin komşuları ve Batı Türkistan’ın yerlileri olan “soğd” dilinden gelmiştir. “Bor”

sözcüğünü Uygurların doğurdukları ileri sürülmektedir. Eski Türkler üzüm şarabı için, çoğu zaman “bor” diyorlardı. Ancak eski Türk kaynaklarında şarabı tanıtan “bor bekili, borbekini, bor bekni” gibi deyişler de görülmektedir. Bira ve boza, yani arpa, buğday ve darı gibi tahıllardan yapılmış içkilere Türkler, “bekni” diyordu. Bunların dışında Türklerin “suçık” denilen üzüm şarabı, “umlak” denilen bal şarabı, “ugut” denilen bitki karışımlarından yapılmış şarap, hamurdan üretilen hamur şarabını içtikleri de belirtilmektedir. Bütün bu şarapların adı “çakır”dır ve çakırkeyif deyiminin buradan geldiği söylenir. Tüm bunlar; Türklerde şarap ve bira yapımı ve kullanımının olduğunu gösteriyor.

İstanbul’da Fatih Sultan Mehmet’in saltanat döneminden beri meyhaneler bulunduğu ve bunların bizans döneminden kalmış oldukları çeşitli kaynaklarda yer almaktadır. Sultan Mehmet’in oğlu İkinci Beyazıt zamanında şarap yeni İstanbullular arasında hayli yaygınlaşmıştı. Kağıthane’nin yıldızının parlamaya başlaması bu dönemlere rastlar. İkinci Beyazıt’ın oğlu Yavuz Sultan Selim döneminde İstanbul’da içki tüketimi sonucu bazı semtlerde hizmete uygun olarak düzenlenmiş meyhaneler açılmaya başlanmıştı. Sultan Süleyman tahta çıktıktan bir süre sonra (1520-1566) içki düşkünleri müthiş bir darbe ile karşılaştılar. Yeni padişah bir yandan “Kanunname-i Al-i Osman” yapıp devlet işlerine bir düzen verirken, bir yandan da içki kullanma yasağını ilan etmişti. İkinci Selim döneminde ise içki yasağı unutulmuş, meyhaneler yeniden açılmıştır. Üçüncü Murat da tahta çıkışının ilk yılı sonunda meyhane açılması hakkındaki yasağı İslam mahalleleri için uygulamış, böylece gayrimüslimlerin oturdukları yerlerdeki meyhanelere dokunulmamasını ferman etmişti. Böylelikle içkiye alışkın müslümanlar, gayrimüslimlerin oturdukları mahallelere giderek ihtiyaç ve isteklerini giderme olanağını buluyorlardı. 1671’de I. Mustafa, 1618-1622 arasında, II.Osman(genç), 1622-1623 arasında , ikinci saltanat dönemi sırasında yine I.Mustafa içkiyi serbest bırakmışlardır.

Yasakların en ağır olduğu dönem hiç kuşkusuz ki Kanuni Sultan Süleyman ve IV.Murat'ın saltanat dönemleridir. Bu dönemlerde içki yasağının kapsamı değiştirilmiş, gayrimüslim azınlıklar da yasağa tabii olmuştur. II.Süleyman döneminde (1687-1691) hazine zarara uğradığı için içki yasağına son verilmiş, ama daha sonra alkollü içkiler yeniden yasaklanmıştır.

İçki içme adabının incelendiği, kendi kültürünü yarattığı, şiir ve şarkıya yansıdığı dönem, 1718-1730 arasında yaşanan Lale Devrine rastlar. Önceleri zaman zaman yasaklanan, zaman zaman açılmalarına göz yumulan meyhane benzeri yiyip içme ve eğlence yerleri Tanzimat'tan sonra büyük bir özgürlük kazanmıştır. II.Abdülhamit konyak ve rom, V.Mehmet (Reşat) ise konyak seven padişahlar olarak bilinirler. Bu dönemde meyhane bölgeleri sınırlandırılıp, Müslümanların oturdukları yörelerde, özellikle cami ve mescit yakınlarında meyhane açılması yasaklandı. Daha sonra Beyoğlunda gazinolar ve içinde içki de kullanılan çalgılı kahvehaneler açıldı ve hızla yayıldı. (Ögel,2009:1-2-3-4)

Birinci Büyük Millet Meclis'nin 13 Eylül 1336(1920) Pazartesi günkü toplantısında Trabzon Mebusu Ali Şükrü Bey bir kanun teklifi vermiştir. Bu teklifte memlekete içki yasağı getirilmesi isteniyordu. Teklifin sahibi olan merhum Ali Şükrü Bey, Amerika'da içki yasağı olduğunu, bu yasağın bir gerilik olarak kabul edilemeyeceğini belirtmiş, alkolizmin bir milletin manen ve maddeten çökmesinde önemli rolü olduğunu ve içki yasağının memleketin menfaatine olacağını ifade etmiştir. (Özyazıcı, 2012:4-5)

İlk mecliste iki gün süren ciddi müzakerelerden sonra kanun şu şekilde kabul edilmiştir; “Her nev’i müskiratın imali, ithali, satın alınması ve kullanılması yasaktır.” “Alenen müskirat istimal edenler veya harfiyen (gizli) edipte sarhoşluğu görülenler, 50 liradan 200 liraya kadar para cezası veya üç aydan bir seneye kadar hapis cezası ile tecziye edilirler. Resmi vazifesi olanlar ise bu cezalara munzam (ilave) olarak memuriyetten tardolunur. Bu hükümler temyiz ve istinaf (yeniden muhakeme) edilemez.”

(Kutay,1964:620)

Bu dönemi Hüseyin Rahmi Gürpınar, Heybeliada'daki evinde 1925 yılında yazdığı "Meyhanede Kadınlar" adlı risalesinde birçok boyutuyla dile getirmiştir. 1924 yılında alkollü içkilerden alınan vergi dört katına çıkarılmış ve serbest bırakılmıştır.(Ögel,2009:1-2-3-4)

14 Eylül 1920 tarihinde kabul edilen teklif ancak 28 Şubat 1921'de 22 no'lu kanun olarak tatbik mevkiine kondu. Kanun takriben 3,5 sene kadar yürürlükte kaldı ve maalesef İkinci Büyük Milletler Meclisinin çalışmaya başlamasından sonra 9 Nisan 1924 tarihinde tatbikten kaldırıldı. İçki imalatı ve kullanılması tekrar serbest hale geldi. Hristiyan Amerika'nın 13 yıl sürdürdüğü içki yasağını (1919-1932) biz maalesef 3,5 yıl zor devam ettirmişiz. (Özyazıcı, 2012: 3-4)

1.1.1. Alkolizmin tanımı ve sebepleri

ALKOLİZM: Bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma, alkol alma isteğini durduramamaktadır. Alkol kullanımı sosyal bir problemdir. Alkol bağımlılığı olan bir birey sadece kendine zarar vermez. Çevresi için bir tehlike kaynağıdır. (Uçar E. 1996 ; 8)

Alkolizm çoğunlukla genetik yoldan geçen, biyokimyasal bir bozukluktur. Ancak, yüksek dozda ve çok sık alkol tüketimine bağlı olarak geliştirilen alkol bağımlılığı da yoğunlukla görülmektedir. Bunların yanı sıra psikolojik ve sosyal baskılar hastalığı etkinleştirici sebeplerdir. İleri dönemlerde hastalık, vücudun tüm sistemlerine en çok da kardiyovaskular sisteme, sinir sistemine ve karaciğere zarar verir. Ne yazık ki, bu üç bölgedeki tahribat ölümcül sonuçlar doğurur.

Alkol alışkanlığının bir hastalık olarak kabul edilmesi eski çağlara dayanmaktadır. Roma filozofu Seneca, alkolizmi bir akıl hastalığı olarak tanımlamıştır. Alkolizm terimi, ilk defa İsveçli hekim Magnus Huss tarafından, "Alcoholismus Chronicus" (1849) isimli makalede kullanılmıştır. Bu makalenin ardından, kronik alkolizm tıbbi bir terim haline gelmiş ve bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Günümüzde alkolizm tedavi edilmektedir.

Alkol ve uyuşturucu kullanımına bağlı problemlerin genellikle modern hayatın getirdiği değişikliklere ve strese bağlı olduğu düşüncesi oldukça yaygındır. Geleneksel toplumdaki modern toplum yapısına geçişin, aile yapısının zayıflayışının, şehir hayatının sosyo ekonomik baskısının bunda etkili olduğu üstünde durulur. (www.alkol.gen.tr, 11.06.2013)

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlısını ; “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı olarak ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, sağaltıma gereksinimi olan bir hasta” diye tanımlar. Bir başka tanım ise; alkolün işine engel olduğunu değil de işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişiyi alkol bağımlısı olarak görür. (WHO, 1992)

Alkolizm, bir kişinin devamlı ve kendisine zarar verecek ölçülerde alkollü içecek almasıyla oluşur. Alkol, fiziksel ve psikolojik zararlarının yanısıra sosyal ve ekonomik açıdan da felaketler doğurur. Alkolizm hastalığının en önemli belirtisi, kişinin sürekli ve çok miktarda alkol alarak bunun sonucunda da davranış değişikliği göstermesidir. Sonunda kişi kendisine hakim olamayacak kadar bağımlı hale gelir ve kendini kaybetmeye başlar. Kişi artık alkolsüz yaşayamayacak hale gelmiştir.

Genellikle alkolizmin tanımı tanımlayan kişiye göre değişir. En basit anlamda ve en eski tanımı, kronik ve aşırı alkol alınmasıyla oluşan hastalıktır. Bağımlılığın farmakolojik ve psikolojik tanımı, gittikçe artan dozlarda alkol alma isteğidir. Ancak bu tanımda çok yeterli değildir. Çünkü alkolizm diğer bağımlılıklara pek benzememektedir. Afyon bağımlıları, gittikçe artan dozlarda ve sonunda öldürücü miktarda madde ihtiyacı duyarlar, ancak alkoliklerin ihtiyaç duyduğu alkol miktarı tek seferde öldürücü olmamaktadır.

Bu anlamda, alkolizm, kronik, ilerleyen bir hastalıktır ya da psikolojik veya fiziksel bir başka hastalığın belirtisidir. Hastalığın özelliği alkol bağımlılığıdır ve her alkol kullanımından sonra kişi kontrolünü kaybeder. Alkolizm hastası, fiziksel ya da psikolojik sıkıntısını gidermek için alkol tüketir ve sonunda alkollü içecek tüketimi

hastanın fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik hayatını engelleyecek boyutlara ulaşır. Bu noktada, hiç şüphesiz, hastalığın en önemli ipucu kişinin alkol yüzünden hayatının engellenmesidir.

Alkol aldıktan sonra hastanın kontrolünü kaybetmesi, içmeye başladıktan sonra bırakamaması, alkoliğin içmeyi engelleyemediğini göstermektedir. Bir alkolik içmeye başlar, çünkü kendini tutamaz. Alkoliklerin çoğunluğu içtiği zaman kontrolünü kaybeder, ancak tüm hastalıklarda olduğu gibi istisnalar vardır. Bazen bir alkolik, içmeden durabilir, kendi kendine ve çevresine bağımlı olmadığını ispatlamaya çalışır. Bazen daha kontrollü içebilir.

Alkolizmin bir başka tanımı da, kişinin iç dünyasıyla yada çevresiyle ilgili zor durumlardan kurtulmak için edindiği alkol içme bağımlılığıdır. Bu tanım, alkolizmin bir başka psikolojik ya da fiziksel bozukluğun dışı vurumu olabileceği ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Kişi alkol almayı öğrenip bu bağımlılığı edindikten sonra, alkolizm esas hastalık haline gelip, altta yatan esas hastalığı yok etmekte ya da üstünü örtmektedir.

Görüldüğü üzere, alkolizmin oldukça çok tanımı, türü ve sebebi bulunmaktadır. Hekimler hastanın, hangi gruba dahil bir alkolik olduğunu, onun alkol alma sıklığını ve miktarını, davranış biçimini, alkolizminin ortaya çıkışını, gelişimini yaptıkları testlerle, uyguladıkları anketlerle tespit etmekte ve buna uygun bir tedavi şekli uygulamaktadırlar. (www.alkol.gen.tr , 11.06.2013)

Alkolikler genellikle "dibe vurmadan" yani her şeylerini kaybetmeden alkolik olduklarını kabule yanaşmazlar, bu nedenle de tedaviye istekli değillerdir. Ailelerinin alkolik hastayı koruyucu, kollayıcı tavrı onun dibe vurmasını ya da dibe vurduğunu fark etmesini engeller. Başka bir deyişle, alkolik parasız kalır, annesi para verir, karakola düşer, babası kurtarır, hasta olur, eşi hastaneye götürür. Alkolün olumsuz sonuçlarıyla hasta değil ailesi hep yüz yüze gelir. O ise alkolün verdiği sarhoşluğa sığınıp tüm sorunlarını inkar eder ya da hep başkalarını suçlar. (<http://cografyaetkinlikleri.blogcu.com/alkolizm-nedir-alkolizmin-tedavisi-alkolizmin-tanimi-ve-sebe/5498240> 20.07.2014)

Yapılan araştırmalar insanların en çok zevk almak için alkol tükettiğini göstermektedir. İçkili eğlence yerlerinin çokluğu da bunun en önemli göstergesidir. Eğlence yerleri dışında zevk ve eğlence için en çok yılbaşı, düğün, doğum günleri gibi sosyal etkinliklerde insanlar aşırı miktarda alkol tüketmektedirler. Sosyal içicilik denen bu tür alkol tüketimi bazı insanlar için alkolizmin ilk basamağı olmaktadır.

Alkol tüketiminin bir diğer önemli sebebi ise duygu durumunu düzeltmektir. İnsanlar genellikle kendilerini kötü hissetlerinde, zorlandıkları ya da üzüldükleri dönemlerde alkole sığınarak bu kötü duygu durumundan kurtulmaya çalışırlar. Sonuçta alkol hiçbir çözüm getirmediği gibi daha kalıcı ve daha kötü durumlara yol açar.

Modern insanın en önemli sorunlarından biri olan stresle başa çıkmak için alkol tüketimi de oldukça yüksek miktarlardadır. Günlük hayatın getirdiği yoğunluk, karşılaşılan irili ufaklı problemler, yorgunluk, maddi sıkıntılar strese sebep olmakta ve pek çok insan bundan kurtulmak için içki içmeyi tercih etmektedir.

Alkolizme yakalanan kişiler sonunda bastıramadıkları bir alkol içme arzusu duymaya başlarlar. Bu arzu alkol tüketiminin bir diğer önemli sebebidir. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

1.1.2. Alkol Alışkanlığının Nedenleri

Gençlik kişiliğın kurulduğu ve sosyal nitelik kazandığı bir dönemdir. Genç değişen ve gelişen kişiliği içinde çevrede yeni değerler aramaya kişiliğın olgunlaşmasında rol oynayan özdeşleşme özerklik sorumluluk kavramlarına yanıt bulmaya çalışmaktadır. Bu kavramlar gence kişilik kazandırmakta onun toplumdaki yerini ve rolünü oluşturmaktadır. (Mangır M. , 1992; 6)

Şunu unutmamak gerekir ki, alkolizm davranışsal bir bozukluktur. Sürekli ve artan miktarlarda alınan alkole bağılı problemlerin gelişmesi anlamına gelir. Bir alkolik, tüm kötü sonuçlarına rağmen sürekli alkol içmeye devam eder ve bir süre sonra alkol alımını

sınırlayamaz bir hale gelir. Alkolikler genellikle, alkol içen kişilerle arkadaşlık eder, hatta eşlerini bile onların arasından seçebilir.

Alkolik bir insan, içmek için her zaman bir sebep bulur. Bu mutluluk, mutsuzluk, gerginlik, üzüntü, neşesizlik olabilir. Ayrıca, içmek için her zaman fırsat yaratırlar, maç, av, parti, doğum günü, düğün, sünnet vb.

Alkolizmin ilerledikçe, alkolik kişilerin sorunları da artmaktadır. Örneğin, yalnız içmeye başlarlar, çevrelerinden saklayarak gizli içerler, şişeleri saklarlar. Bütün bu davranışların sebebi alkolik olduklarını çevrelerinden saklama arzusu duymalarıdır.

Gittikçe artan bir suçluluk duygusu geliştirirler, bu suçluluk duygusu, pişmanlıkla birleşir ve bu duyguları bastırmak için daha çok içmeye başlarlar. Hatta sabah kalkar kalmaz içmeye başlarlar. Alkolizm bir kısır döngüye dönüşür. Suçluluğa ve alkolün yaptığı tahribata bağlı olarak kişide anksiyete ve depresyon başlar ve bu yüzden kişi daha çok alkol tüketir. Alkol tüketimi arttıkça depresyon derinleşir, kişi uyuyamamaya ya da sızmaya başlar, geceleri uyanır, depresif bir duygu durumu içine girer, kendisini sürekli huzursuz ve sıkıntılı hisseder, panik nöbetleri geçirir, göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes almada zorluk çeker. (<http://www.alkol.gen.tr/alkol/content/bir-alkoligin-ozellikleri> 20.07.2014)

1.1.3. Alkolizmin Gelişimi

Araştırmalar, alkolizmin oluşumunun açıkça izlenebilir bir süreci olduğunu göstermektedir. Bu süreç hemen hemen hiç değişmez ve adım adım gelişir. Her adımdan sonra diğer ilerleme gelir. Bu süreç herkes de aynıdır, zekası ileri ya da geri, iyi eğitilmiş ya da değil ya da nasıl bir hayat yaşandığına göre değişmez.

- İçki İçme Sürecinin Gelişimi
- Sosyal Faaliyetlerde İçme
- Haftada bir
- Yanındakilerden daha hızlı içme

- Yanındakilerden daha fazla içme
- Double içkiler
- Hafıza Duraklamaları
- Yanındakilerden fazla içme } İleri Düzey
- Kontrolünü kaybetme
- Hafta sonları
- Kahvaltıdan sonra
- Yalnız başına içme
- Titremeler
- Hoşgörü Azalması } Aleni Alkolizm
- Delirium Tremens
- Sebepsiz Korkular
- Uykusuzluk
- Ölüm
- Doğal Gidiş ve Cinsiyet Farkı (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

Ne kadar içtiğimiz kısmen ailemizden aldığımız genlere bağlıdır. Bazı meslekler çok içmeye neden olabilir. Bir sorunu çözmek için içmek daha farklı sorunlara yol açabilir. (Chick J.2005,sf; 12)

Başlangıçta dostlukları kuvvetlendiren alkol, alınma sıklığı çoğaldıkça, alingan, küskünlük duygularını arttırdığından dostluk ilişkilerini de zedelemeye başlar. Eleştirilere hoşgörüsü azalmaya, herkese de kolay kusur bulmaya, zaman zaman kırılcılığını düşünmeden kendini ifade etmeye başlar. Bu davranışları yüzünden zaman zaman yalnızlaştığı olur. Bu devrenin uzun süre bu ölçüler içinde geçmesi beklenemez. Alışkanlığın artması ile sorumsuzluklar da artacak, bu sorumsuzluğun sonucu olan davranışlarla kişi kendisini toplumdaki soyutlanmış bir şekilde bağımlılık sınırlarına gelmiş bulacaktır. (Kasatura,1995:5)

Alkol bağımlılığı ilk alkol kullanımının başlamasından ortalama 5 yıl sonra oluşur. Erkeklerde alkol kullanımı genelde yirmili yaşların başlarında başlamakta, otuzlu yaşlarda bağımlılık fark edilmekte, ancak tedavi arama davranışı kırklı yaşların

başlarında olmaktadır. Bir alkol bağımlısının klinik tedaviye başvurması 15-20 yıllık bir süreyi alabilmektedir. (Goodwin,1989:41-49)

Gençlerin alkol kullanımında risk oluşturan etkenler sigara ile benzerdir. Sigara kullanımında depresyon, alkol kullanımında olduğundan daha etkilidir. Alkol kullanımında yakın çevredeki alkol kullanan rol modellerin fazlalığı ve alkolü arkadaş çevresiyle birlikte kullanma artırıcı etkenlerdir. Bu çalışma alkolün en fazla arkadaşlarla ve aile de kullanıldığını ortaya koymaktadır. Genel olarak alkol kullanımı ile ilişkisi değişkenler incelendiğinde ilk değişken alkolün satın alabilme gücü olmuştur. Alkolü satın alabilen öğrenciler alkole ulaşmanın kolay olduğunu düşünmekte ve sorunlarını ebeveynleriyle daha az paylaşmaktadır. Alkolü satın alabilmekle birlikte yakın çevresinde alkole ulaşmanın zor olduğunu düşünen öğrencilerin ilk kez sarhoş olma yaşları da daha geçtir. (Yıldız U.E., 2012, sf; 90)

Alkolizmin birçok tanımı vardır. Fakat en özeti alkole bağımlılık, alkol alışkanlığıdır. Dünya sağlık teşkilatına göre miktarı ne olursa olsun alışkanlık halinde alkol alan kişi alkoliktir. Alkol alışkanlığı olanların çoğunluğu 18 yaşından evvel evlerindeki alışkanlık veya imkânları görerek bir kısmı da arkadaş özentisi ve teşvikiyle oluşmuştur.

Ülkemizde de 1974 de Danıştay 12. Dairesi'nin hükümetin alkollü içki sayılan biranın ancak içkili yerde satılması kararını iptal etmesi üzerine bira her yerde bulunur ve herkesçe içmeye teşvik edilir hale gelmiştir.(Ege R. 1986;26)

1.1.4. Alkolizmin Tipleri

1-Alfa alkolizm:

Ruhsal ve bedensel bir sıkıntıyı gidermek için olağandışı, aşırı içki alma durumudur. Daha çok psikolojik bir bağımlılık söz konusudur. Bırakıldığı zaman kesilme belirtisi görülmez.

2-Beta alkolizm:

Olağandışı aşırı içki içme sonucu gastrit, polinevrit ve karaciğer yağlanması gibi organik bozukluklar olmasına karşın, fiziksel bir bağımlılık ortaya çıkmamıştır.

3-Gamma alkol:

Alkole, ruhsal ve fiziksel yönden – hücre düzeyine inen - bağımlılık oluşur, istemli denetim kalkar. İçme isteği durdurulamaz. Organik bozukluklar gelişir. Alkol bırakıldığı zaman “delirium tremens” gibi kesilme belirtileri ortaya çıkar.

4-Delta alkolizm:

Daha ağır organik ve ruhsal bozukluklar ortaya çıkmıştır. Alkole karşı direnç artışı oluşturmuştur. Alkol kesilir ya da alışılmışın dozun altında alınırsa kesilme belirtileri görülür.

5-Epsilon alkolizm:

Zaman zaman zorunlu (kompulsif) içme dönemi görülür. Kişi alkole susamış gibidir. Aşırı istek ve tutku ile alkol arar. Bulunca su gibi içer, günler haftalar , bazen aylarca da sürer, bu dönemleri daha sonrada anımsayamaz. Alışılmışın çok üstünde içmelerine karşın alkole karşı dayanıklıdırlar. Kimi yazarlar dipsomaniyi “manik depresif psikoz(pmd)” içinde ele alırlar. (Atabek,1982:147-148)

1.1.5. Alkolün Vücuda Etkileri

Alkol alındıktan sonra hızla ince bağırsaktan kana karışır. Kana karışan alkol miktarına göre, beyinin çalışmasını yavaşlatır.

- İçki içen kişinin kanına karışan alkol miktarı,
- Belirli bir zamanda ne kadar içtiğine,
- Vücut ölçülerine, cinsiyetine, vücut yapısına ve metabolizmasına,
- Midedeki yiyecek çeşidine ve miktarına göre değişir.

Alkol kana karıştıktan sonra, hiçbir yiyecek ya da içecek onun etkisini azaltmaz. Bazen meyve şekeri, alkolün kandan dışarı atılımını hızlandırabilir ve böylece etkisi daha kısa sürer.

Normal bir yetişkinin metabolizması saatte 8.5 gr. alkolü (bir biranın 3/2'si) sindirip vücuttan atabilir. Ancak, bu rakam kişinin, fizik yapısına, cinsiyetine, böbreklerinin durumuna ve genetik özelliklerine göre önemli değişiklik gösterir. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

1.1.6. Alkolün Etkisini Belirleyen Faktörler

Alkolün uzun süreli etkileri, aylarca veya yıllarca sürekli ve aşırı miktarda alkol tüketimiyle ortaya çıkar. Kronik alkolizmin, fiziksel ve psikolojik olumsuz etkileri çok fazladır, bunların çoğu da öldürücüdür.

Sürekli içki içen kişilerde çoğunlukla, kalp, böbrek, karaciğer hastalıkları veya mide iltihabı, kanaması gibi rahatsızlıklar görülür.

Diğer ölümcül olmayan rahatsızlıklar ise, iştah kaybı, vitamin yetersizliği, enfeksiyon, iktidarsızlık ve sindirim bozukluğudur. Alkol tüketimi ne kadar artarsa ölümcül hastalık riski de o kadar artar.

Alkoliklerde genç ölüm oranı hiç de azımsanmayacak kadar yüksektir. Alkoliklerin ölüm sebepleri genellikle, kalp, böbrek, karaciğer hastalıkları, zatürree, kanser, alkol zehirlenmesi, kaza, cinayet ve intihardır. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

Fiziki Faktörler

- a) **İçme hızı;** Kişi 1 saat içerisinde bir kadeh içkiyi yavaş yavaş içerse etkilenmeyecektir. Vücut düzenli olarak alkolü yakacaktır. Hızla bir yudum içerse tesirini hissedecek ve bu tesirin geçmesi 1 saati alacaktır.
- b) **Açlık;** Kim içmeden önce yemek yemişse midedeki maddeler alkolün kana karışma hızını yavaşlatacaktır. Alkolün beyne ulaşması yavaş olacaktır.
- c) **İçkinin cinsi;** Bira ve şarabın aynı miktar ispirotolu içkiye oranla tesiri daha yavaştır. Bira ve şarapta alkolün kana karışmasını yavaşlatan maddeler vardır.
- d) **Vücut Yapısı;** 90 kg lık bir kişinin vücudun da 60 kg kişiye oranla daha fazla kan ve diğer sıvılar vardır. Ağır bir kişinin kanı alkolü daha fazla sulandıracağından 60 kg bir kişi kadar çabuk tesirli olmayacaktır.
- e) **Vücudun Kimyevi Yapısı;** Kişilerin kendine göre özellikleri vardır. Kendinin dahili işlevlerinin onun alkole olan tepkisine tesir ettiğine uzmanlarca inanılır. Bazıları ise az da içseler mideleri bulanır ve kusarlar.

Psikolojik Faktörler (İçinde Bulunulan Durum)

Bilinçaltı kendi kendini kontrol etme kararı veya gevşeyebilme isteğiyle çevresel koşulların bireylere getirdiği ayık kalmak, kontrollü bulunmak gereksinimi alkolün etkilerini yaşanan değişik durumlar da değişik bir biçimde değiştirebilir.

- a) **Ruhsal Durum:** Kişinin ruhsal durumu davranışlarına tesir eder. Huzurluyken tek kadehten sonra içmeyi bırakabilir. Sıkıntılı ve öfkeliyse sorunları üzerinde düşününce kontrolünü yitirene kadar içmeye devam edebilir. Kişinin içme nedenleri de alkole olan tepkisini etkiler. (Kasatura,1995:12-13)

Mevcut ruhsal bozukluğun giderilmesi amacı ile kişi alkol ya da madde kullanılmaktadır. Alkol ya da madde kullanımının ardından ek bir ruhsal bozukluk gelişebilir. Eşlik eden ruhsal bozukluklar alkol/madde kullanımının ve prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir. (Ögel K. 1998 sf; 25)

b) Davranışlar: Alkol kullanmak hakkındaki düşünceleri kişinin büyüme süreci içerisinde edindiği fikirlere bağlıdır. Ailede misafirlere içki ikram edildiğini görmüşse bunu sosyal bir olay olarak değerlendirir. “Makul bir miktar içilecektir” diye yorumlar. Ebeveynlerinin sıkıntılı hallerinde “Bir içkiye ihtiyacım var.” demelerini işiten kişi içkiye sorunu olduğu zaman başvurulacak bir ihtiyaç gözü ile bakacaktır.

c) İçme Deneyimi: Alkole alışan kişi düşüncesinin ve davranışlarının ne zaman etkileyeceğini anlar. Ne zaman bırakması gerektiğini bilir davranışlarını nasıl kontrol edeceğini öğrenmiştir. Deneyimsiz içkicinin alkole karşı tutumunun nasıl olacağı hakkında bilgisi yoktur ve hareketlerini kontrol etmesini öğrenememiştir. Alkolün beynine ulaşmasını istediğinden, bilerek kontrolsüz hareket eder. Ne zaman durması gerektiğinden emin değildir ve gereğinden fazla içecektir. (Kasatura,1995:12-13)

Alkolün etkilerindeki en önemli faktör kana karışan miktardır. Aşağıdaki tabloda alkolün kana karışma miktarları ve etkileri gösterilmiştir. Sol tarafta 1 desilitre kana karışan alkol miktarı mililitre cinsinden verilmiştir. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

Kana karışan alkol (ml/dl)	Yaptığı Etki
50 ml. (Çakır Keyif)	Sıcaklık hissi, yüz kızarması, algı yavaşlaması, rahatlama,
100 ml. (Açık Sarhoşluk)	Algılama yavaşlaması, kendini dizginleyememe, dikkatini verememe, kontrolsüzlük. Reflekslerin yavaşlaması, kaslara hakim olamama,

150 ml. (Sarhoşluk)	Sersemleme hissi, kaslara, hareketlere hakim olamama, konuşmanın bozulması, çift görme, hafıza ve anlayış kaybı,
250 ml. (Aşırı Sarhoşluk)	Ayakta duramama, kusma, sızma,
350 ml. (Koma)	Bilinç kaybı, idrar kaçırma, düşük ateş, düşük tansiyon, solunum yavaşlaması, terleme,
500 ml.	Ölüm ihtimali.

Aşağıdakilerden üç ya da daha fazlası bir yıl içerisinde bulunuyorsa , kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlantı,
 - Maddeyi alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç,bırakma ve kullanım dozu bakımlarından),
 - Madde kullanımı azaltıldığında yada bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu yada bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı yada benzer maddeyi kullanma,
 - Dayanıklılık (tolerans) belirtileri daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opiat alan bağımlılardır),
 - Maddeyi elde etmek, kullanmak ve maddenin etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşılara yer bırakmayacak şekilde giderek artması,
 - Aşırı alkol nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygu durum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın, gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediği araştırılmalıdır.
- (World Health Organization , 1992)

1.1.7. Alkolün Zararları

Belirli bir düzeyin üstünde alkol kullanan kişilerde alkole bağlı bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Buna yüksek riskli alkol kullanımı diyoruz. Yüksek riskli alkol kullanımını tanımlarken, standart içki tanımı kullanıyoruz. Bir bardak biranın içerdiği alkol miktarı, bir tek rakı, cin, viski yada bir kadeh şaraba eşittir. Bunların tümü “standart bir içki” olarak adlandırılmaktadır. Bir standart içkide 8-13 gram (ortalama 10 gram) alkol vardır. Yukarıda da belirtildiği gibi belirli miktarların üstünde alkol kullanıldığı takdirde, kişi alkolün yarattığı bedensel ve ruhsal zararları yaşamaya başlayacaktır. Bu noktada alkolün hangi miktardan daha fazla kullanılmaması gerektiği sorusunun yanıtını bilmek gerekir. Bu sınır erkekler için haftada 21 standart içki, kadınlar için haftada 14 standart içki olarak verilmiştir. Bu sınırların anlamı şudur; Eğer kişi bu sınırların üstünde alkol kullanmaya başlarsa bedensel ve ruhsal açıdan zarar görmeye başlayabilir. Ancak bu varsayım, daha düşük dozlarda kişinin herhangi bir zarar görmeyeceği ya da daha yüksek dozlarda zararın kaçınılmaz olduğu anlamına gelmez. Ayrıca Alkol, alınan miktar ne olursa olsun haftada beş kereden sık kullanılmamalıdır. Yani haftada en az iki gün hiç alkol alınmamalı, alkol alındığında erkekler için günde dört standart içki, kadınlar için ise üç standart içkinin üzerine çıkılmamalıdır. Yine de gebelerin, taşıt kullananların, bağımlıların, ilaç kullananların ve bir tıbbi hastalığı olanların hiç alkol almaması gerekir. (Ögel, 2009:12)

Alkollü içkilerin az miktarda kullanılmasının bilhassa kalbi besleyen damarlarda vazodilatasyon yani; damar genişlemesi yaparak faydalı olabileceği fikri mevcuttur. Bu kanaatin yanlışlığı yapılan yeni çalışmalarla çok daha iyi bir şekilde anlaşılmıştır. Alışkanlığı olan veya daha önce hiç içki kullanmamış şahıslarda, tansiyonları normal veya yüksek olsun, şahısların hepsinde az miktarlarda bile alkol kullanılması tansiyonu arttırmaktadır. (Kaltsky AL, 1977; 296:1194-200) (Malhotra H, 1985; 335(2):584-6)

15-80 yaşları arasındaki 80.000 şahısta yapılan çalışma, günde normal büyüklükte bir bardak içki kullanan şahsın tansiyonu (sistolik basınç) ortalama 1mm Hg artmaktadır. Günde iki bardak veya daha fazla miktarda içki kullananlarda, içki içmeyenlerle

mukayese edilince, tansiyon adeta ikiye katlanarak artmaktadır.(Beilin L,1991; 69(4):377-82) (Özsoylu Ş,1991; 2(4):304)

Alkollü içkiler, batı memleketlerinde erkeklerde görülen bütün yüksek tansiyonların takriben %10'nun sebebidir. Bazı memleketlerde bu nisbet %33'e kadar çıkar.(Kaplan MN,1995; 345:1588)

Alkol, birakalım vücut sıcaklığını yükseltmek, bilakis vücut sıcaklığını düşürücü tesire sahiptir. Şöyle ki, alkol kullanan şahsın cilt damarlarını genişletir. Bu ise vücuttan hararetin kaybına vesile olmaktadır. Hatta sarhoş şahsın hisleri azaldığı için, şiddetli soğuklarda sokakta kaldığını bile fark etmeyebilir. Donma tehlikesi dahi geçirebilir.(Creager J,1993 ; 191)

1.1.8.Dayanıklılık ve Bağımlılık

Sürekli içki içen kişiler bir süre sonra, alkolün kötü etkilerine karşı daha dayanıklı bir hale gelirler. Bu etkiler başlamadan önce daha fazla alkol alabilmeye başlarlar. Gittikçe artan miktarlarda alkol tüketimi bazı alkoliklerde görünürde sarhoşluk yapmaz. Bu kişiler, hayatlarına, çalışmaya devam ederler, fiziksel durumların da, çok ciddi hasarlar oluşmadıkça, dışarıdan fark edilen bir değişiklik olmaz. Çoğunlukla bu kişiler bir başka sebepten hastaneye kaldırılırlar ve orada alkolün vücutlarında yaptığı tahribat ortaya çıkar.

Alkole psikolojik bağımlılık, içkinin sürekli içilmesiyle oluşur. Ayrıca, bazı şartlarda mutlaka içen insanlarda da oluşabilir. Bunlar bazı sosyal etkinlikler olabilir. Bu şekildeki bağımlılık daha çok alkolün psikolojik etkileriyle ilintilidir. Psikolojik olarak alkole bağımlı kişiler içki içmedikleri zaman, endişeli ve panik içinde olurlar.

Fiziksel bağımlılık aşırı içenlerde oluşur. Vücutları, alkolün varlığına alıştığı için, içmeyi durdurdukları anda fiziksel rahatsızlık duymaya başlarlar. Bu rahatsızlıklar, gerginlik, uyku hali, terleme, titreme, çarpıntı, iştahsızlık, aşırı durumlarda halüsinasyon olabilir. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

1.2. Alkolizmin Aşamaları

Hastalığın oluşumu ve tedavi arama davranışı arasındaki sürenin uzun olmasının nedenlerini belirlemek zor görünmektedir. Alkol bağımlılığının belirgin bir zarar oluşturmadan önce tanınması en azından teorik olarak “sorunun” daha erken tedavi yolunu açacaktır. Bu nedenle alkol kullanımı olan başvurularda klinik öykünün “duyarlı ve dikkatli” olarak alınması erken tanı ve belki de daha uygun tedavi olanağı sağlayacaktır. Alkol bağımlılığı; alkolün oluşturduğu öngörülebilir bir dizi belirtiden sonra gelişir. (Glatt,1976:135-144) (Jellinek,1960) (Knott,1986)

Bu belirtilerin üç aşamada toplanması olasıdır.

1.2.1. Erken Aşama

Bu aşamada kullanılan miktar yani tolerans artmaktadır. Bu aşamada bağımlı genellikle “görülen” sorunların az olması nedeniyle “inkar” mekanizmasını kullanmaktadır. Bu aşama genellikle alkol kullanımının ilk beş yılından sonraki sürede başlar.

1.2.2. Orta Aşama

Bu aşamada belirgin “kontrol kayıpları” yaşanır. Bu aşamadaki “inkar” sorunların kullanımla ilişkili olmadığı açıklaması şeklindedir. Süre olarak alkol kullanımının onuncu yılına denk düşmektedir.

1.2.3. Kronik Aşama

Bu aşamada “biyo-psiko-sosyal” belirgin bir hasar vardır. Bu aşamada “inkar” genellikle “çok hasta olunması” akıllaştırılması üzerine kurulmaktadır. Alkol kullanımının başlamasının üzerinden 15-20 yıllık bir süre geçmiştir. (Jellinek,1960)

Genel anlamda yapılan bu aşamalardan klinik tedaviye başvurma daha çok üçüncü aşamada olmaktadır. Tanı koymak her zaman tedaviye gelmek anlamına gelmediği için

içmeyi bırakma ve tedaviye gelmeyi etkileyen bileşenlerin de belirlenmesi gerekmektedir. Alkol bağımlılığının etiyojisi ile ilgili olarak ortaya atılan teoriler sorunun anlaşılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. Bu teoriler aşağıdaki şekilde özetlenebilir. (Schuckit,1995)

1.3. Alkolün Etkileri

1.3.1 Alkolün Fizyolojik Etkileri

Etil alkol mide bağırsak mukozasından doğrudan kana karışır. Kana karışması, kandan atılmasından çok daha hızlı olur. Alkol bedenin bütün hücrelerini, en çok da beyin hücrelerini etkiler. Bu nedenle etkileri önce davranışlar da belli olur. Alkol, kalori değeri yüksek olan bir maddedir, fakat karbonhidratlar ve yağlar gibi dokularda depolanmaz ve bir beslenme değeri yoktur. (Nurmedov, 2013:183)

Fiziksel bağımlılık aşırı derece alkol tüketenlerde oluşur. Vücutları, alkolün varlığına alıştığı için, içmeyi durdurdukları anda fiziksel rahatsızlık duymaya başlarlar. Bunlar arasında hafif olanlar uykuya dalmakta güçlük, rahatlayamama, gerginlik, huzursuzluk sayılabilir. Daha şiddetli olanlar aşırı terleme, titreme nabzın 100'ün üstüne çıkması, uykusuzluk, bulantı, kusma, alkolü bıraktıktan sonraki 1-2 gün içinde halüsinasyonlar, epileptik nöbetler, anksiyete, psikomotor ajitasyon şeklinde görülebilir. (Ögel, 2009:17)

Uzun süre fazla miktarda alkol alan kişilerde alkolü kestikten 2-3 gün sonra ortaya çıkabilen, Deliryum Tremens denilen ve ölüm riski taşıyan bir durum oluşabilir. Bilinç ve konsantrasyon bozukluğu, görsel halüsinasyonlar (gerçekte var olmayan şeylerin görülmesi), bulunduğu zamanı ve yeri karıştırma ile kendini gösterir. İlk başlarda hızlı, sonraları dalgalı bir ilerleme gösterir. (Ögel,2009:17)

1.3.2 Alkolün Bedensel Etkileri

Alkol kullanımı madde bağımlılığı dışında kazalar, ruhsal ve davranışsal hastalıklar kanserler, kalp damar hastalıkları gibi 60 değişik hastalık ve rahatsızlığa neden olmaktadır. Alkolden ölüm riski alkole bağlı olarak artan hastalıklar ile ölüm riski arasında dengededir. (Kuş S. 2011;119)

Sindirim sistemi üzerine etkileri;

Mide ülseri, gastrit (mide mukozasının aşınması ve iltihabı), yemek borusu, oniki parmak bağırsağı ve pankreas bezi iltihabı (pankreatit) alkolün önemli bedensel etkileri arasındadır.

- Gastrit Mide mukozası iltihabıdır.
- Mide ülseri: Ağrı ve kanamalara sebep olabilir.
- Yemek borusu iltihabı: Eğer siroz varsa yemek borusu damarlarında oluşan varislerde şiddetli kanamalar da meydana gelir.
- Oniki parmak bağırsağı iltihabı: Ağrı veya kanamaya neden olur.
- Pankreatit: Pankreas bezinin iltihaplanması ve yetersizliği sonucu besinleri parçalayan enzimlerde eksiklikler meydana gelir. Ağrı kusma, iştahsızlık , kilo kaybı ile seyreder. Karaciğer üzerindeki etkisi ise daha da belirgindir. (Türkcan,2003:79-80)

1.3.2.1. Alkolün Neden Olduğu Karaciğer Hastalıkları

1.3.2.1.1 Alkole Bağlı Karaciğer Yağlanması

Etil alkol karaciğerde karmaşık bir yıkım sürecinden geçerek su ve karbondioksit'e dönüşür. En büyük metabolik etkileri, karaciğerde yakılırken ortaya çıkan asetal dehid ve hidrojen'e bağlıdır. Karaciğerde aşırı hidrojen birikimi ile karaciğerin metabolik işlevleri bozulur. Şeker yapımını etkileyerek kan şekerini düşürür; kandaki laktat'ı artırır ve bu da böbrekleri etkileyerek ürik asidin atılmasını yavaşlatır. Alkolün yakılma sürecinde hidrojen karaciğerde yağ metabolizmasını bozarak lipidlerin birikimine neden olur. Lipidlerin birikimi fazla yağ yapımına yol açar. Alkol bağımlısının karaciğeri

böylelikle sürekli yağ yapımına uyum sağlar ve bu da karaciğerin yağlanmasına yol açar. (Nurmedov,2013:183)

1.3.2.1.2 Alkolik Hepatit

Karaciğer hücrelerinde harabiyet veya karaciğer hücre ölümü vardır. Hücrelerde balonlaşma izlenir. Lökosit infiltrasyonu olur. Klinik muayenede, iştahsızlık, bulantı, kusma, sarılık, ateş gözlenir. Karında asit, ödem, kanama, ansefalopati olabilir. Anemi görülebilir. (Türkcan,2003:79-80)

1.3.2.1.3 Alkolik Siroz

Karaciğer büyük, normal veya küçük olabilir. Dalakta büyüme, karında asit, ödem, erkeklerde saçlarda azalma ve göğüslerde büyüme, testislerde küçülme, kadınlar da erkeksileşme ve adet bozuklukları gözlenir.

Alkole bağlı karaciğer hasarının, yağlanma veya hepatit aşamasında alkol kesildiğinde iyileşme şansı varken, siroz aşamasında alkol kesilse bile karaciğer harabiyetinin geri dönüş şansı bulunmamaktadır. (Türkcan,2003:80-82)

1.3.2.1.4 Vitamin Eksiklikleri

Alkole bağlı olarak B1 vitamini (tiamin), B12 vitamini ve folik asit eksikliği ortaya çıkar. Ayrıca niasin, riboflavin ve diğer vitamin ve minerallerin de eksikliği söz konusudur. Burada hem beslenme eksikliği hem emilim eksikliği rol oynar. Sonuçta pellegra, beriberi gibi hastalıklar ve anemi (kansızlık) meydana gelir.

Vitamin eksikliği hem sinir sistemine hem de kan üzerinde olumsuz etkiler yapar. Bu nedenle alkol bağımlılarına özellikle B vitaminleri verilmektedir.

1.3.2.1.5 Kan Üzerindeki Etkisi

Alkolün kan üzerinde doğrudan veya dolaylı etkileri bulunmaktadır.

Doğrudan etkiler, kemik iliğine, kan hücrelerine, akyuvar ve alyuvarlara ve pıhtılaşma hücreleri üzerinedir. Dolaylı etkiler ise besin eksikliği (örneğin folik asit eksikliği) nedeniyle kan hücrelerinin üretiminin etkilenmesi şeklindedir.

Sonuçta anemi, akyuvar sayısında azalma, pıhtılaşma hücrelerinin işlevlerinde bozulma olur. Anemi kendisini yorgunluk, solunum zorluğu, zihinsel kapasitede azalma gibi belirtilerle gösterir. Akyuvar sayısında azalma çeşitli enfeksiyonlara yakalanma riskinin artmasına neden olur. Pıhtılaşma hücrelerinin işlevlerinde bozulma, kanamalara eğilimi artırır ve beyin kanaması sonucu inmeler meydana gelebilir.

Alkol, kemik iliğinde kan hücrelerini oluşturan öncü hücrelerde geniş boşlukların (vakuoller) oluşmasına yol açar. Bu boşluklar fazla alkol kullanımıyla 5-7 gün içinde oluşur ve alkol alımı kesildiğinde 3-7 gün içinde kaybolur. (Türkcan,2003:84)

1.3.2.1.6 Kanser Üzerindeki Etkileri

Alkol bağımlılarında yemek borusu, mide, baş-boyun, meme ve akciğer kanseri riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Burada bağışıklık sisteminin olumsuz etkilenmesinin payı bulunmaktadır.

1.3.2.1.7 Kalp ve Dolaşım Sistemi Üzerindeki Etkileri

Alkol kullanımı, damarlarda genişlemeye, kalp atım hacminde değişikliklere yol açar.

Alkolün kalp ve dolaşım sistemi üzerinde etkileri şunlardır:

- Hipertansiyon
- Myokardit: Kalp kasının iltihabı
- Kalp yetmezliği

- Kansızlık: Özellikle B vitamini eksikliği veya diğer vitamin ve minerallerin eksikliği sonucu oluşmaktadır.

Az miktarda kullanılan alkolün HDL (İyi Kolesterol) düzeylerinde yapmış olduğu yükselme nedeniyle kalbi koruyucu etkisinden söz edilmekle birlikte, alkol kullanımının diğer zararları ve kullanımının giderek pozitif pekiştirici etkilerle artabileceği düşünülürse bu yöntemin riskli olduğunu öngörmek gerekir. Zaten alkol bağımlılığı aşamasına gelmiş bir kişi için alkolün kalp dolaşım sistemi üzerine pozitif etkisi olduğu söylenemez. (Türkcan,2003:84)

1.3.2.1.8 Kaslara Etkisi

Uzun süre alkol kullanımı kaslarda zayıflık ve özellikle omuz ve kalça kaslarında erimeye neden olur. Kaslardaki güçsüzlüğün ortaya çıkmasında doğrudan toksit etkilerin yanı sıra periferik sinir sisteminin etkilenmesinin payı da bulunmaktadır. Alkol bağımlılarında kas yıkımını gösteren bazı enzimlerin (örneğin kreatin fosfokinaz) yükseldiği görülür.

Alkolün cinsel işlevler üzerindeki etkileri iki yönlüdür:

Ruhsal Etkiler: Partnerinin kaçınan tutumu, cinsel uyarılma ve istekte azalma en sık görülen sorunlardır. Orgazm bozuklukları ya da cinsel birleşmeye eşlik eden ağrı ile giden cinsel işlev bozuklukları görülebilir.

Biyolojik Etkiler: Alkolün doğrudan veya dolaylı olarak sperm üretimine olumsuz etkisi olmaktadır. Beslenme yetersizliği, toksit etki, testislerde küçülme, testosteron düzeylerinin etkilenmesi sperm üretiminin azalmasına veya spermlerin nitelik kaybına yol açar. (Türkcan,2003:84)

Kadınlarda da adet düzensizlikleri olur. Alkol sarhoşluğu, cinsel açıdan yüksek riskli davranışlar içine girilmesine yol açarak cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıkların (AİDS, frengi, hepatit, çeşitli mantar enfeksiyonları) riskini artırır. (Türkcan,2003:83-85)

1.4. Alkolün Sinir Sistemine Etkileri

Periferik sinir sistemine etkileri: Alkol periferik sinirlerde (beyin ve omurga dışındaki sinirler) hasar oluşturur. Böylece periferik nöropatiye neden olur. Bacaklarda ağrı, uyuşma, güçsüzlük gibi belirtiler en sık görülen belirtilerdir. EMG (elektromyografi) gibi tetkiklerle bu hasarlar ayrıntılı bir şekilde görülebilir.

Santral sinir sistemine etkileri: Santral sinir sistemi üzerine etkiler “beyin” üzerindeki etkileri içerir. Alkolün doğrudan etkisi veya vitamin eksiklikleri sonucu geçici veya kalıcı beyin bozuklukları ortaya çıkar.

Alkolün santral sinir sistemi üzerindeki etkilerinin başlıca sonuçları şunlardır:

- Hipertansiyon nedeniyle beyin kanamaları-inme
- Kalp ritim sorunlarının da yol açtığı beyin enfarktleri-inme
- Beyin kabuğunda incelme ve bunun sonucunda bellek bozukluğu
- Beyincikte hasar sonucunda denge ve yürüme bozukluğu
- Wernicke Ansefalopatisi, Marchiafava-Bignami Hastalığı ve Santral Pontin Myelinozis gibi santral sinir sistemini etkileyen hastalıklar görülür. (Türkcan,2003:85)

1.4.1 Kadın ve Erkeğin Alkol Kullanımı ve Etkileri

Günümüz kadınının sigara ve alkol tüketimi geçmişe göre artmaktadır. Özellikle ABD’de yapılan araştırmalarda erkeklerde sigara ve alkol tüketimi azalırken, kadında her ikisi çoğalmaktadır.

Bizler de Türkiye’de benzer tabloyu görmekteyiz. Kadında özellikle alkol alma davranışı erkekten çok farklı bir seyir göstermektedir. Öncelikle kadın bir veya birkaç sebeple içmeye başlarken erkek bir sebep aramaz. Alkol yapısı nedeniyle kadını erkeğe göre daha fazla etkiler, hasarı kısa sürede daha çok hissedilir.

Erkek akşam saatlerinde meyhanede içkisini içip, bunu gurur ile anlata anlata bağımlı olurken, kadın gizli ve gün içinde tek başına hızlı bir şekilde içer, amaç akşam saatlerinde kimseye içerken gözükmemek, eşinden bu durumu gizlemektir.

Kadın içkiyi hiçbir zaman kendine yakıştırmaz, depresiftir, her seferinde farklı tekel bayileri seçerek, bazen siyah gözlük veya başörtüsü takarak içki şişesini tezgahdan alır. Kısa sürede içkiyi tüketme durumunda olduğundan aldığı miktar fazladır ve hemen etkilenir.

Erkeğin alkol tüketimini çevresi yada eşi uzun süre tolere edip anlayış gösterirken, kadına kocası benzer anlayışı göstermez ve kolay “alkolik” diyerek damgalar. Kadının alkol problemi çok önce dile getirilmeye başlanır. Tedavi için başvurduğunda gerçekten ağır bir depresyon içindedir, intihar düşünceleri yoğundur.

Toplum içinde kadına bakış biçimini gayet iyi bildiği için eşine, çocuklarına, sevgilisine yada ailesine büyük kötülükler yaptığını düşünür ve kendisine olan saygısı ciddi şekilde azalmış olarak kliniğe başvurur. Yoğun alkollüken yaptıklarından erkeğe göre daha çok utanır, açtığı telefonlardan, gönderdiği mektuplardan, konuşmalardan ayılınca erkeğe göre daha çok keder duyar. Bunların birikimi onu daha da depresif yapacaktır. Alkolizm kadını daha agresif yapar, suça daha kolay iter, kaza oranı sıktır. Bağımlılık erkeğe göre daha çabuk gelişir. (www.özkanpektas.com 10.07.2013)

Günümüzde kadının üzerinde gelişen baskı daha fazladır. Başarısını en yakınına, çevresine, işyerinde patronuna, evde kocasına erkek gibi pazarlayamaz. Toplum içi baskı ve beklentiler erkeğe göre daha fazladır. Sosyal yaşam içinde daha dikkatli, temkinli olmak zorunda hisseder, erkeğe göre daha az anlayış görür. Tüm bu sebepler kadının bunaltısını günümüzde artırmakta, bunaltı artınca da bunu geçirmenin yolları farkında olmadan aranmaya başlanır, bugün sigara ve alkolün kadında artışının temel sebebi budur.

Klinik tecrübenin içinde erkek içmek için sebebi daha az iken binlerce sorun dile getirir, kadın ise sorunlarını söylemeye dahi çekinmektedir. Kadının depresyonu yoğun alkol tüketiminin altındaki en önemli sorundur. Bir süre sonra yumurta – tavuk misali ikisi de birbirinin içine girer.

Ev içinde karı – koca iyice birbirinden uzaklaşır, kadın kocasını problemi ile on yıllarca kaldırabilirken, erkek hemen isyan edecektir, bu nedenle içme sebeplerini kadın birer birer gözden geçirmeli, bunları hekimi ile paylaşmalıdır.

Alkol beraberinde kadında yeme bozukluklarına (anoreksiya – bulimia) neden olabilir. Bunlarda depresyon daha ağırlaşacak, tedavi planları hep ertelenecektir. Burada kadının cinsel sorunları da önemle ele alınmalı ve çözülmeye çalışılmalıdır.

Kadının alkol probleminin tedavisinde kurulması gereken hekim – hasta ilişkisi bile son derece hassastır, kadın bu problemi sebebiyle doktoru tarafından dahi yargılandığını hisseder. Oysa alkolizm hem kadın, hem de erkek için bir hastalıktır, hastalık yargılanacak bir olgu değildir.

Alkolizm tedavi edilebilen bir hastalıktır, hastalık yargılanacak bir olgu değildir. Dünyada tamamen yok edilebilen tek bir rahatsızlık yoktur, hepsi zaman zaman tekrarlamalar gösterir, o nedenle hiçbir zaman alkolik yada yakını ümitsizliğe kapılmamalı, mücadele etmelidir. Tek bir davranış değişikliği yani içme davranışı, içmeme davranışına dönüştürülecektir. Günümüz psikiyatrisi bu konuda çok önemli yol almıştır. (www.özkanpektas.com 10.07.2013)

Sistemik-fiziksel hastalıkların ve tedavilerinin cinsel işlev üzerine etkileridir. Etkileşim biçimi nörolojik, endokrinolojik, kas sistemlerine bağlı ya da psikolojik veya psikososyal kaynaklı olarak ortaya çıkabilmektedir. Hastalar fiziksel hastalıklarının ve tedavilerinin getirdiği tıbbi bir engellemeyi cinsel aktivitelerinin bitişi gibi algılayabilmektedirler. Kronik hastaları olan bireylerde cinsel yaşamla ilgili endişeler çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Fiziksel hastalıkların ve tedavilerinin karmaşıklığı

nedeniyle cinsel yaşam ihmal edilmekte ve hastalar genelde konu açılmadıkça bu alandaki sorunları gizli tutma eğilimi göstermektedirler. (Dişsiz M.,2012;25)

1.4.1.1. Hamilelikte Alkol Kullanımı ve Bebeğe Zararları

Alkol kullanan hamile kadınların bebeklerinde zihinsel veya bedensel rahatsızlık olma riski oldukça yüksektir. Hamilelik öncesinde ve gebelik döneminde alınan alkol; ölü doğum, düşük, bebekte gelişme geriliği, geri zekalılık, büyüme bozuklukları, kafa yada yüz bozuklukları, eklem ve kaburga problemleri ve kalp hastalıkları gibi çok önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Özellikle hamilelik döneminde, güvenli alkol içme miktarı diye bir şeyden kesinlikle söz edilemez. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

1.4.1.2. Fetal Alkol Sendromu

Fetal alkol sendromu (FAS) gebelik sırasında alkole maruz kalmaktan kaynaklanan bir durumdur. Fetal alkol sendromunun neden olduğu sorunlar arasında fiziksel bozukluklar, zihinsel yetersizlik, öğrenme bozuklukları, görme bozuklukları ve davranış sorunları bulunur. Fetal alkol sendromunun sebep olduğu sorunlar çocuktan çocuğa değişir ama fetal alkol sendromunun neden olduğu kusurlar geriye döndürülemez.

Gebelik sırasında tüketilmesi güvenli olduğu bilinen bir alkol miktarı yoktur. Gebelik sırasında içki içerseniz bebeğinizi fetal alkol sendromu riskine sokarsınız. Çocuğunuzda fetal alkol sendromu olduğundan şüpheleniyorsanız en kısa zamanda doktorunuzla konuşun. Erken tanı öğrenme güçlükleri ve madde istismarı dahil sorunların riskini azaltabilir. (<http://www.hemensaglik.com/> 15.07.2013)

Bugüne kadar, Fötal Alkol Sendromu'nun (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) yalnızca anneleri alkolik olan çocukları etkilediği biliniyordu ancak yeni araştırmalar küçük miktarlarda alınan alkolün bile, gelişmekte olan fetüse zarar verebildiğini ortaya koyuyor. ABD Sağlık Bakanlığı, 2005 yılından beri, hem hamile annelere hem de çocuk sahibi olmayı planlayanlara içkiyi kesinlikle bırakmalarını önerdi. Fransa ve Kanada, hiç içki içilmemesini öneriyor. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

1.4.1.3. Fetal Alkol Sendromunun Belirtileri

Fetal alkol sendromu tek bir doğum kusuru değildir. Alakalı sorunlar kümesi ve doğum öncesi alkole maruz kalmanın bir grup sonucunun en şiddetlisidir. Topluca bozukluklar yelpazesi, fetal alkol spektrum bozuklukları (FASD) olarak bilinir. Fetal alkol sendromu zihinsel yetersizliğin sık görülen ama önlenemez bir sebebidir. Zihinsel sorunların şiddeti değişir, bazı çocuklar bunları diğerlerinden çok daha yüksek derecelerde yaşar. (www.hemensaglık.com 15.07.2013)

- Kadınların hamilelik süresince alkol tüketmesine bağlı olarak çocuklarda oluşan fetal alkol sendromunun belirtileri şunlardır.
- Normalden küçük doğma,
- Eksik hasarlı veya normalden küçük iç veya dış organlar,
- Uyku ve yeme bozuklukları,
- Görme ve duyu organlarının da bozukluklar,
- Verilen komutları algılama da ve basit şeyleri bile öğrenmede sorunlar,
- Hiperaktivite ve dikkat eksiklikleri gibi bozukluklar,
- Başkalarıyla anlaşma ve davranışlarını kontrol etmede sorunlar,
- Ömür boyu tıbbi bakıma ihtiyaç duyma,
- Özel okul ve öğretmene ihtiyaç duyma, (Ögel,2009:87)

Sigara içmenin gebe kadında Fizyolojik Etkisi:

- Damarlar daraldığı için tansiyonu yükseltir.
- Akciğerleri daraltarak akciğerlere daha az hava girmesine neden olur.
- Nabzı hızlandırır.
- Bulantı ve kusmalara neden olur.
- Çabuk yorulmaya neden olur.
- İştahsızlığa neden olur.
- Koku ve tat duygularını azaltır. (Kublay G., 2008;8)

Doktorlar, fetal alkol sendromunun belirtilerinin bazılarını tarif etmek için başka terimler kullanabilirler. Alkolle bağlantılı sinirsel gelişim bozuklukları, fetüsün alkole maruz kalmasının bir sonucu olarak gerçekleşen zihinsel veya davranışsal bozukluktur. Alkolle bağlantılı doğum kusurları fetüsün alkole maruz kalmasından kaynaklanan fiziksel kusurları. (www.hemensaglık.com 15.07.2013)

FAS'lı çocuklar gibi FASD'li çocuklar da aritmetikte zorlanma, dikkat toplayamama gibi sorunlar yaşıyorlar. Bu çocuklar işitsel sorunlar, yeme zorluğu, uyku düzensizlikleri, tuvalet eğitimini geç alma, geç yürüme, hiperaktivite gibi sorunlar da yaşayabiliyor.

Washington Üniversitesi'nden Ann Streissguth ve meslektaşları, her 500 canlı doğumda bir FAS vakası görülmesine karşın, FASD oranının ABD'de yapılan araştırmalara göre her 100 doğumda bir olduğunu belirlediler. Başka çalışmalara göre ise bu sayı 300 yeni doğumda bir şeklinde. Her iki durumda da sayı oldukça dramatik. Down sendromu taşıyan çocuklar ise her 800 doğumdan birinde görülmekte.

Streissguth bu konu ile ilgili ilk çalışmalarına 1993 yılında başladı. Hamilelikleri döneminde içki içen annelerin 7 yaşına gelen çocukları üzerine yapıldı ve bu çocukların aritmetik ve dikkat konusunda sorun yaşadıkları tespit edildi. (Bağımlılık dergisi,2000:2)

Ekip, söz konusu çocukları 20'li yaşlarının başında bir kez daha inceledi ve aynı IQ'ya sahip diğer çocuklarla karşılaştırdı. Bu çocukların daha saldırgan oldukları ve dikkat dağınıklıklarının sürdüğü tespit edildi. Bir diğer dikkat çekici unsur da bu çocukların gençliklerinde içki hatta uyuşturucu bağımlılığının daha fazla olması...

Bir diğer dikkat çekici unsur da hamileliğin hangi döneminde alkol alınmasının çocukta ne tür bir hasara yol açtığına tespit edilmesidir. Uzmanlara göre hamileliğin erken dönemlerinde alkol alınmaya başlanması, çocuğun yüz yapısında daha belirgin FAS karakteristikleri oluştururken, daha sonraki dönemde alkol alınmaya başlanması, yüz yapısını, artık oluşmuş olduğu için etkilemiyor ama zihinsel fonksiyonlarına zarar veriyor.

Yapılan ciddi araştırmaların vardığı sonuç: Hamileliğin başlangıcından sonlanmasına kadar geçen bütün dönemlerinde, alınan alkol az ya da çok olsun bebeğe ciddi zararlar vermekte; fiziksel, zihinsel ve davranışsal sorunlara yol açmaktadır. (Bağımlılık dergisi,2000:2)

1.4.1.4. Doktora Gitme Zamanı

Gebe olanlar ve içkiyi bırakamayanlar yardım için kadın doğum uzmanınıza veya bir başka sağlık uzmanına başvurmalı. Erken tanı FAS'lı çocuklarda uzun vadeli sorun riskini azaltmaya yardımcı olabileceğinden gebeyken alkol alıp almadığınızı doktorunuza söyleyin. Yardım aramaya başlamadan önce sorunların ortaya çıkmasını beklemeyin.

Bir ocuk evlat edindiyseniz veya koruyucu aile iseniz çocuğunuzun biyolojik annesinin gebe iken alkol alıp almadığını bilmeyebilir ve başta çocuğunuzda fetal alkol sendromu olduğunu anlamayabilirsiniz. Ama çocuğunuzda öğrenme ve davranış sorunları varsa altta yatan sebebin belirlenmesi için doktorunuzla konuşmalısınız. (www.hemensaglık.com 15.07.2013)

1.4.1.5. Tedavi

Fetal alkol sendromunun hiçbir çaresi veya özel tedavisi yoktur. Fiziksel kusurlar ve zihinsel yetersizlikler genelde bir yaşam boyu sürer. Kalp anomalileri ameliyatı gerektirebilir. Öğrenme sorunlarına okulda özel eğitimle yardımcı olunabilir. Ebeveynler genellikle çocuğun davranış sorunları için psikolojik danışmanlıktan faydalanırlar. (www.hemensaglık.com 15.07.2013)

1.5.Alkolün Ruhsal Etkileri

1.5.1 Anksiyete Bozukluğu

Uzun süre alkol kullanımı sonucunda aşırı sıkıntı, panik nöbetleri, korkular veya obsesyonlar (kişinin anlamsız bulduğu halde zihninden atamadığı, huzursuzluk veren ve

tekrarlayıcı niteliği olan düşünceler) ve kompülsiyonlar (kişinin saçma bulduğu halde kendini yapmaktan alıkoymadığı, tekrarlayıcı niteliği olan hareketler) görülebilir. (Evren,2001)

Gençlerin sigara kullanmaya başlaması ve içmeye devam etmesi fizyolojik ve biyolojik olarak çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle sigara kullanımının önlenmesi için gençlere yönelik pek çok müdahalenin planlanması gerekmektedir. (Özcebe H., 2008;12)

Bu durumlar alkol bağımlılığı başlamadan önce olabileceği gibi alkol bağımlılığının oluşmasından sonra da görülebilir. Bazı kişiler de alkol bağımlılığı öncesinde bu tür ruhsal bozukluklar olmaktadır ve “self medikasyon” denilirken, “kendi kendine tedavi” anlamına gelen yöntemle alkol kullanımını sürdürebilmektedir. Oysa bu durum kısır bir döngü oluşturur. Çünkü alkol kullanımı geçici olarak sıkıntıyı düzeltse de alkolün etkisiyle veya etkisinin azalmasıyla tekrar sıkıntı oluşur. Bazılarında da alkol kullanımı bu tür ruhsal bozukluklara neden olmaktadır. (Evren,2001)

1.5.2 Mizaç Bozukluğu

Uzun süre alkol kullanımı sonucu belirgin ve sürekli bir depresif mizaç veya tersine taşkın ve kabarmış bir mizaç durumu oluşabilir. Kısacası depresyon veya mani denilen hastalık tabloları oluşabilir.

Özellikle depresyon, alkol bağımlılarında oldukça yaygındır. Depresyon ve alkolün etkisi altında intihar girişimleri olabilmektedir

1.5.3 Uyku Bozukluğu

Uykusuzluk, uykuda artma, kâbus görme, uykuda korku, uyurgezerlik gibi uyku bozuklukları olabilir. Uyku bozuklukları bazen yoksunluk bulgularının uzaması şeklindedir. Akut yoksunluk bulguları 3-5 gün içinde geçerken uykuya ilişkin bazı sorunlar birkaç hafta, birkaç ay veya daha uzun bir süre devam edebilir.

1.5.4 Amnestik Bozukluk (Korsakov Psikozu)

Bu hastalarda yakın ve orta geçmişe ait bellek bozuklukları ve bellek boşluklarını doldurmak için masal uydurma vardır. Yeni şeyler öğrenmeleri zordur. Hastaların bir bölümü düzelmeden aynı şekilde veya durum giderek daha kötüleşerek yaşamaya devam eder. Ancak bu gibi durumlar yaşam süresinin kılmasına yol açmaktadır. (Evren,2001)

Bu maddelerin direk olarak kişide kuşkuculuk yapması ve sesleri ortaya çıkarması alışagelmış bir durum değildir. Buna karşın uzun süreli çalışmalarda düzenli kullanımlarında erken yaşlarda şizofrenik bozukluk benzeri psikiyatri durumların geliştiği görülmüştür. (Çoşkun H. , 2012 , sf; 53)

1.5.5 Bunama

Alkol bağımlılığı olan bazı hastalarda bunama belirtileri varsa ve bu durumu açıklayacak başka bir neden bulunamıyorsa alkol bunamasından söz edilebilir. Hasta yeni bilgiler öğrenemez veya daha önce öğrendiği bilgileri hatırlayamaz.

1.5.6 Psikotik Bozukluk

Alkol içenlerde başlangıçtan itibaren ona alışma olmaktadır. Böylece her defasında daha fazla içme arzusu oluşmaktadır. İçimler çoğaldıkça da alkolün vücuda fiziki, psikolojik ve sosyal etkileri görülmeye başlamaktadır. (Babuna C. 2008;53)

Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk oluşabilir. Hastalarda görsel, işitsel varsanımlar, hezeyanlar (mantık dışı düşünceler), aşırı kıskançlık, kuşkuculuk gibi belirtiler görülür. Bu tablonun nasıl devam edeceği önceden kestirilemez. (Türkcan,2003:88)

Panik bozuklukla ilişkili panik ataklar sosyal ortamlar tarafından tetikleniyor, olabilir. Bununla beraber panik bozukluklu hastalar sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalardan

farklı olarak sosyal durumlara maruz kalmaktan korkmaz fakat daha ziyade panik atağın kendisinden endişe duyarlar. Agorafobinin eklendiği şiddetli panik bozukluğu olan hastalar yalnız kalmaktan yoğun korku duyarlar ve panik atak geliştiğinde yardıma ihtiyaçları olabileceğinden çevrelerinde insan olsun isterler. (Evren,2001)

Tedavi için yardım arayışında olmasa da alkol bağımlısı birey sıklıkla birinci basamakta çalışan hekimlere başvurmaktadır. Yüz kızarması, konuşmada bozukluk, dizartri, nistagmus ve ataksi alkol entoksikasyonunu düşündürmelidir. İnhibisyon bozukluğu, konuşma ve tartışmaya yatkınlıkta bu duruma eklenebilir. Muhakeme ve yakın hafıza bozulmuştur. ABD’de yasal zehirlenme olarak kabul edilen değer 80-100 mg/dl’dir. Ülkemizde bu değer 50 mg/dl’dir. (Çakmak E., Evren C.,2006,sf;37)

1.6.Alkolün Sosyal Etkileri

Alkolün toplumsal yaşam üzerindeki bazı etkileri şunlardır:

- Çevreyle ilişkilerin bozulması,
- Arkadaş kaybı,
- Öğrenimini sürdürememe,
- Mesleki başarısızlık,
- Düzenli bir işte çalışamama,
- İşsizlik,
- Aile sorunları,
- Çocukların hırpalanması,
- Boşanma,

Ayrıca pek çok yasal sorun oluşturabilmektedir. Borçlar, kavgalar, alkollü araç kullanma ve bununla ilişkili kazalar bunlar arasındadır.

Bazı alkol bağımlılarında ayrıca patolojik kumar oynama da vardır ve bu, kişinin ekonomik durumunun daha da kötüye gitmesine yol açar. (Türkcan , 2003:88-89)

1.7.Nasıl Yardım Edebilirsiniz?

1.7.1. Alkol Bağımlılığı

“Bağımlılık”, kelime anlamıyla bir alışkanlığa psikolojik olarak önüne geçilmez bir biçimde ihtiyaç duymak demektir. Bir başka deyişle, bağımlılık fiziksel bir hastalıktır. Kesinlikle utanılacak bir şey değildir. Bu bir ahlak problemi değil, sağlık problemidir. Bir kişi isteyerek alkolik ya da uyuşturucu bağımlısı olmaz, onun hastalığı iradesinin önüne geçer. Bağımlı kişi, günahkar değildir, o sadece tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan bir hastadır.

Tedavi edilmezse, bağımlının hastalığı ilerleyecektir. En sonunda da, hastalığı kalıcı fiziksel ve zihinsel bozukluklara yol açacaktır ya da hastalık erken bir ölümle sonuçlanacaktır. Bağımlılık, çevresinde iyi tanınan ve sevilen insanları mahveder. Tüm ailesini etkiler, yakınları, sevdikleri incinir. İş hayatı duraklar, en sonunda kişi çalışamaz hale gelir. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

Alkole Bağımlılık Aşamaları:

- Unutmaların başlangıcı, unutmaların sıklaşması, kontrol kaybı,
- Zorunlu içme,
- İlgilerde azalma, işinde verimin düşmesi, işini asma,
- Kendini küçük görmek, pişmanlık duymak,
- Zorunlu övünmek ve cömertlik göstermek, parça harcamak, aileyi aldatmak,
- Gittikçe yalnızlaşmak, birden bire sinirlenmek, eş ile ilişki bozukluğu, işini kaybetmek, v.s. (Bolay S.H., 2007;42)

Bağımlılık uzun süre bir kişilik bozukluğu olarak görülmekle birlikte son yıllarda bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılık davranış biçimini içeren bir hastalıktır. Çünkü bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptanmıştır. Bağımlılığa özgün kalıtsal (genetik) özellikler bulunmuştur. Bağımlılığın kendine özel seyri ve tedavisi vardır. Tüm bu nedenlerden dolayı

bağımlılığa hastalık demek doğru olacaktır. Öte yandan bağımlı kişiler için de bunu bir hastalık olarak görmek daha yararlı olacaktır. Çünkü nasıl şeker hastalığının uyulması gereken kurallar varsa, ilaç içilmesi gerekiyorsa bağımlılığın da bu tür özelliklerinin olduğunun bilinmesi tedaviye uyumu arttırmaktadır. (Ögel,2009:21)

Bağımlılık bir sendromdur. Bağımlılığın çeşitli ölçütleri vardır. Buna göre aşağıda yer alanlardan sadece üçü bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

- 1.Tolerans gelişmesi,
- 2.Madde kesildiğinde ya da azaltığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması,
- 3.Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar,
- 4.Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama,
- 5.Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması,
- 6.Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarda alınması,
- 7.Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımının sürdürülmesidir. (Ögel,2009:15)

1.7.2. Alkol ve Tedavisi

Alkolikleri tedaviye ikna etmek çok kolay bir iş değildir. Onlar yardıma ihtiyaç duyduklarını belli ettiklerinde, çoğunlukla artık kendileri için yapabilecekleri hiçbir şey kalmamıştır ve sizin kendileri için en iyisini düşüneceğinize karar vermişler demektir.

Ancak, bu döneme gelindiğinde bedensel ve zihinsel olarak, hasta çok zarar görmüş olabilir. Alkolik bir yakınınız varsa ve onu hâlâ sevip, hâlâ sağlığını düşünüyorsanız, onun şişenin dibinde yaşamasını engellemeli ve mutlaka tedaviye ikna etmelisiniz. Ona profesyonel bir yardım sunabilmek için gerekli planı yapmak zorundasınız.

Bu anlamda alkolik yakınınıza yardım etmenin en ümit vadeden metodu “müdahale”dir. Bu metot sizin, kendisi istemese de, ona yardım etmenizi sağlayacaktır.

1.8.Alkolizmle Mücadele

Alkolizmle mücadele de alkolik kişiyi, hastalığını tedavi ettirmek üzere harekete geçirici bir grup metodudur. Bu yöntemde hasta, bağımlılığıyla yüzleştirilir. Bağımlı kişi, aile üyeleri, arkadaşları, doktoru, işvereni, iş arkadaşları ya da onun bağımlılığının kötü etkilerini gözlemlemiş ya da hissetmiş başka yakınları ile karşılaştırılır. Böylece, kişi bağımlılığıyla yüzleşir ve onun kendisine ve çevresine verdiği zararı görür. Müdahaleden sonra büyük ölçüde hasta profesyonel yardım ihtiyacı duyar.

Müdahalenin temel mantığı, hasta hangi derecede bağımlı olursa olsun ona anlayacağı dilde bu durumun anlatılması ve onun tedaviye ikna edilmesidir. Sevdiği ve saygı duyduğu insanların ona bunu anlatması mutlaka etkili olacaktır. Hastanın, bağımlılığını reddetmesini kırmak için en az iki kişiden oluşan bir grup lazımdır. Bu grupta hasta üstünde en etkili olan kişi genellikle onun en saygı duyduğu kişidir.

Müdahale toplantısının yapılmasından önce, profesyonel bir danışmandan yardım ve fikir almak gereklidir. Eğitimli ve profesyonel bir danışman hastaya nasıl davranılması gerektiğini anlatacaktır. (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

Klinik örneklerle çalışıldığında ise araştırmacılar çoğunlukla psikiyatri servisine yönelmekte ancak bu durumda da tanıları açısından oldukça heterojen örneklerle çalışmalar yürütülmektedir. (Karagöz B.,2010;21)

1.8.1. Alkolizmle Mücadelede;

1.8.1.1. Yapılması Gerekenler:

- Bağımlı kişiye gerçek ilgi ve sevgi gösterin,
- Bağımlı kişiye alkol probleminin, hastalığından kaynaklandığını anlatın,
- Nefret, düşmanlık, kötü söz söyleme, lanetleme, ahlak dersi vermek gibi yaklaşımlardan uzak durun, onu sevdiğinizi ve ona yardım etmeye çalıştığınızı unutmayın,
- Hastalığını tedavi etmek için kullanılacak metotlardan bahsedin,
- Bağımlı kişinin davranışlarının sonuçlarını görmesine yardımcı olun.

Hastaya bazı önerilerde bulunun:

Örneğin: Yardım al ve aileni, işini, tüm hayatını eski haline sok ya da hiçbir şey yapmayarak işini, aileni, her şeyini kaybet.

- Bağımlı kişinin yardım kabul etmesine hazırlıklı olun. Tedavi merkeziyle önceden görüşün, gerekli ayarlamaları yapın. Böylece harekete geçmesini engelleyecek bahaneleri ortadan kaldırmış olursunuz.
- Bağımlı kişinin yardımı reddetmesine hazırlıklı olun. Hastalığıyla yüzleşmesi hemen olmayabilir.
- Sürekli hastalığının tedavisi olduğunu, iyileşeceğini söyleyin.

1.8.1.2.Yapılmaması Gerekenler

Kendi kırgınlıklarını büyütmeyin. Ne kadar acı çektiğinizi ona anlatabilirsiniz ama esas olarak hastanın alkol alışkanlığına odaklanın. Hastanın neden bu kadar çok ve sık içtiğini tartışmak ya da alkolizminin kökenini aramak boş bir çaba olacaktır. Ona alkolizmin hayatının en büyük problemi olduğunu göstermek yeterlidir.

Hasta boş yere söz verse de kabul edin. Tüm sözleri tedaviyi kabul ettiklerinin işaretidir.

İkna etmenin anahtarı, gerçekleri göstermektir, yargılamak değil. Mutlaka bir Danışmandan yardım alın.

Buradaki öneriler, size sadece bir fikir vermekten öteye gitmez. Bunu sakın unutmayın. Eğer alkolik bir yakınınız varsa mutlaka bir uzmanla görüşün. Onun fikirlerini alın ve hastaya müdahale etmekte ortak çalışın. Bazen, uzman yardımı almak, zor gelebilir ancak unutmayın, ne kadar geç kalırsanız, hastalık o kadar ilerleyecektir (www.alkol.gen.tr 11.06.2013)

İKİNCİ BÖLÜM

SİGARA'YA GENEL BAKIŞ

2.1. Sigaraya Genel Bakış

Sigara Kullanımı Türkiye'de ve Dünyada erken ölümlerin önlenabilir en önemli nedenidir. Çünkü sigara, eroin ve kokain gibi bağımlılık yapıcı bir madde olan nikotini ve dörtbinden fazla toksik (zehirli) maddeyi birarada içeren bir üründür. Sigaraların dumanında yaklaşık elli kadar kanser yapıcı madde vardır. 35-69 yaşları arasında kalp hastalıkları, kanser ve beyin damarları hastalığı nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık yarısı sigara nedeniyle ölmektedir ve bu kişiler için sigara nedeniyle kaybedilen ortalama ömür süresi kişi başına 22 yıldır. Bu gerçeklere rağmen Türkiye'nin sigara tüketimi hızla artmaktadır. 1960'ların başlarında yaklaşık 30 bin ton olan sigara tüketimi ülkemizde sürekli ve düzenli olarak artmış 1997 yılında 110 bin ton'a ulaşmıştır. Oysa son 20-30 yılda gelişmiş ülkelerde sigara tüketiminin sürekli olarak azaldığı gözlenmektedir. (<https://www.psikonet.com/konu.asp?kid=173> 20.07.2014)

2.1.1. Tütünün Tarihi

Orta Amerika'daki bazı antik tapınakların duvarların da, Maya rahibelerinin çubukla tütün içtiğini tasvir eden figürlerin bulunduğu oymalar görülmektedir. Maya medeniyetinde tütün yaprakları tıpta da yaygın olarak kullanılıyor, acıyı azalması için

yaraların üstüne sarılıyordu. Daha sonraları Aztekler, duman solumayı dini ayinlerin bir parçası haline getirdiler.

Güney Amerika’da tütün, mısır ve palmye yapraklarına sarılarak içilmeye başlandı. Kuzey’ de ise Amerikan yerlileri tütünle tanıştılar. Tütünün tarihinin en önemli dönüm noktası muhakkak ki Kristof Kolomb’un Yeni Dünya’yı keşfetmesidir. Kolomb’un çıktığı adada yerlilerin tütünü yaygın bir şekilde kullanıyor olması da onun da dikkatini çekmiş ve o da bu maddeyi Avrupa’ya götürmüştür. Böylece ilk olarak Portekiz’de kullanılmıştır.

Tütün 16.yüzyılın sonlarında Avrupa’ya getirildi ve kullanma alışkanlığı hızla yayılarak moda oldu. O zamanlar tütün ya pipoyla içilir ya da çok ince kıyıldıktan sonra enfîye halinde buruna çekilirdi. Tütünden sigara ise çok daha sonraki yıllara rastlar. (Ögel,2010:1)

2.1.2. Tütünün Bulunması

Tütün ilk başta zenginlerin tükettikleri lüks bir malzemeydi ama dilenciler çöpe atılmış puro izmaritlerini toplamaya, ufalamaya ve kağıt parçalarına sarıp içmeye başladılar. Bunlara da “cigarrillo” yani “küçük puro” adı verilmiştir.

İngiltere’nin, Avrupa’nın en zengin ülkesi haline gelmesi biraz da tütün ticaretine hakim olmasından kaynaklanmıştır. Tütün yaprağının vebadan koruduğu inancı yaygınlaşınca tütün kullanımı daha da artmıştır. (Ögel,2010:2)

Osmanlıda Tütün ve Tütündeki Yasaklamalar; Tütün hakkında ilk geniş bilgi Peçevi İbrahim Efendi’nin “Peçevi tarihi” adlı eserinde verilmektedir. Peçevi, eserinde tütünü 1600 yılı başlarında İngiliz keferesinin getirdiğini, rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi eder diye sattıklarını, keyif ehli olanlardan bazılarının keyif vasıtası olarak buna alıştığını , sonraları keyif ehli olmayanlarının, hatta ilim ve devlet adamlarının ileri gelenlerinin dahi tütüne müptela olduğunu belirtmektedir. Peçevi, tütünün uyku getirmediği için sadece gemi tayfalarının içmesinde yarar olduğunu belirtmektedir.

Hatta tütünü İstanbul ‘daki büyük yangınların sebebi olarak da görmektedir. Önceleri sürekli tütünü yasaklayan devlet, başa çıkılamayacağını anlayınca tütün yasağını kaldırdı. IV. Murat devrinde Osmanlı İmparatorluğu’nda konulan tütün yasağının idama varacak kadar ağır cezalara bağlanmasına rağmen zamanla alışkanlığın önü alınamamıştır.

17. yüzyılın ikinci yarısında tütün kullanımı iyice yaygınlaşmıştır ve tütün bir gelir kalemi olarak kabul edilmiştir. Böylece devlet resmen tütünün yasallığını kabul etmiş daha sonraki yüzyıllar içinde tütünden elde edilen gelirin miktarı hazine için büyük bir kaynak oluşturmuştur. Başlangıçta tütün ithalini tekeline alan (1862) Osmanlı Devleti, sonradan ithali yasaklayarak yerli tütün ekimine tekel koydu. 1923’ten beri tütün alımı, tütün , sigara yapımı ve satışı devletin elindedir.(Ögel,2010:3)

2.1.3. Avrupa da Tütün ve Yasaklar

Tütünün tarihi çok eski olmasına rağmen, özellikle 17. yüzyılın ikinci yarısından sonra Avrupa’da üst sınıfın insanları arasında resamlara ellerindeki lüleleriyle poz vererek yağlı boya resimler yaptırmak moda haline gelmiştir. Bu yıllarda tütünün hastalıkları tedavi edici bir bitki olduğu düşüncesi yeni fikirlerle yaygınlaşmıştır.

18. yüzyıl ise tütünün geniş ölçüde bir tüketime ulaştığı ve ticaretinin bizzat devlet tekeli altında olduğu bir dönem olacaktır. Gerçi zaman özellikle 17. yüzyılın ilk yarısın da, çeşitli sebeplerle yasaklanmıştır ama bu yasaklamalar tütünün yaygınlaşmasını durduramamıştır.

Roma imparatoru Ferdinand da tütün içilmesini yasaklamıştır ama tütün kullanımı devam etmiştir. 1640’ da Rus Çarı Mihail, tütün içmenin çok büyük bir günah olduğunu ilan etmiştir, tutuklanan tütün kullanıcıları kırbaçlanmış ve dudakları kesilmiştir. (Ögel,2010:4)

Tütün ülkemize Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1600’lü yılların başında, İngilizler tarafından İstanbul’a getirilmiş ve bazı göğüs hastalıklarına iyi geldiği söylentisiyle

kullanımı yaygınlaşmıştır. Osmanlıdan kesintisiz olarak Cumhuriyet dönemine geçen sigara üretimi Türkiye'nin siyasi durumuna göre şekil almaya başlamıştır. (Yaşar H., 2012;12)

Sigara ilk çıktığında hızlı yaşamı, geçiciliği, büyük kent stresini, reklamı temsil ederek yolculuğuna başlamıştır. Sigara, modern kapitalist üretim ve tüketim ilkesine çok iyi bir örnektir. İşin "öz"ün yerine sunumu önem kazanır. Onların ne olduğunu reklam belirler artık.

Tütün reklamları, özel bir keyif peşinde olan kişilere yöneliktir. Sigarada bu durum ortadan kalkar. Sigara reklamları eski tütün ve tütün keyfi motiflerinin yerine konuyla hiç ilgisi olmayan cazip simgeler koyar. Sigaranın reklamı bir imajla, güzel bir kadın veya erkek ile yapılır. Artık tütün içi ritüelleri değiştirilmiştir. Nasıl mı? mesela sigarayı Greta Garbo gibi tutmak ya da Humphrey Bogart gibi ağzının kenarına iliştmek. (Ögel,2010:5)

2.1.4. Tütün ve Sigaranın İçeriği

SİGARA: İnce kağıda kıyılmış tütün sarılarak, hazırlanan silindir biçiminde ağızdan dumanı çekilen nesneye denir. (Türk dil kurumu sözlüğü)

Sigara içen yalnız kendisine zarar vermez çevresine de zarar verir. Sigara bugün birçok hastalığın etkeni sayılmaktadır. Özellikle solunum ve dolaşım sistemi hastalıklarına ve kanserlerine neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda sigara ile ilk tanışma ergenlikte olmaktadır. Ergenlikte ilk defa denenen sigaraya daha sonra olgunluk sembolü veya sorunların çözücüsü olarak görülmekte ve sigara tiryakiliği başlamaktadır. (Uçar E. 1996;8)

Sigara tütününü nikotin, katran ve karbon monoksitten oluşmuştur. Kanserlerin özellikle katran nedeniyle meydana geldiği bilinmektedir. Tütünün duman olarak kullanılmasının nedeni, etkin maddenin akciğerden kana hızla geçmesi ve 8-10 saniyede etkinliğini göstermesidir. Etki göstermesiyle birlikte kol ve bacaklarda, deride kan damarlarının

kasılmasına, iç organlarda ise damarların genişlemesine yol açar. Solunum hızını artırır. Sinir sisteminin nikotine duyarlılığı 90 dakika ara verildikten sonra artar. Bu nedenle de uykudan uyandıktan sonra içilmesi etkinliğini arttırmaktadır. (Ögel,2010:6)

En iyi bilinen ve en tehlikelileri karbonmonoksit, nikotin ve katrandır.

Karbonmonoksit: Arabaların egzoz gazının aynısıdır. Kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltır.

Nikotin: Kokain ve Morfin kadar bağımlılık yapar. Kan basıncını (tansiyon) ve kalp hızını artırır. Karbonmonoksit ile birlikte koroner arter hastalığı ve beyin damar hastalığına yol açar.

Katran: Kanserojen (kanseri yapıcı) olup akciğer kanseri, anfiyem ve kronik bronşit yapar. (<http://www.odunpazariduraktantuni.com/index.asp?sec=3&newsid=84314> 20.07.2014)

2.2. Sigaranın Sağlığa Zararları

Sigara yüzünden vücutta dolaşan kanda karbon monoksitin artması oksijenin azalması sonucu cildi kurutur, sertleştirir, doğal rengini kaybettirir. Kırışıklıklar oluşur, yüzde hoş olmayan görüntüler belirir, gözaltında torbalaşma, göz kapaklarında şişme, gözlerde kanlanma, saçlarda seyrelme ve dökülmeler görülür. Ellerde parmaklarda sararma tırnaklarda sağlıksızlaşma ve zayıflama görülür.(Güneş N. , 2010; 37)

Sigara içimi kadınların yumurtalıklarının fonksiyonlarında olumsuz etki yapmakta ve bu etki, kadının sigara içme süresi ve günlük içtiği sigara sayılısı ile yakından ilişkilidir. Sigara içme, erkeklerde de üreme fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda sperm konsantrasyonunun sigara içenlerde içmeyenlere göre %13-17 oranında az olduğu bildirilmiştir. (Terzioğlu F. ,2008;14-15)

Yaşlanmaya paralel olarak gelişen değişiklikler ve yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları sigara içen kişilerde daha fazla görülür. Sigara içilmemesi, bu sorunlardan korunma bakımında çok önemlidir. Sigara enstitülerinin sigara satışlarını arttırmaya yönelik çabalarına karşılık bu sorunlardan korunmak için sigara ile mücadelenin ısrarlı ve kararlı bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. (Bilir N. 2008;13)

Sigaranın, vücudun çeşitli organlarında yaptığı tahribat ve kanserin yanında cilt sağlığı ve güzelliğinize de zararları vardır.

İşte sigaranın zararları:

- Ağız kokusu yapar, diş ve diş eti hastalıklarına yol açar,
- Dudak, yanak ve gırtlak kanserine neden olur. Hatta sigarayı yakmadan dudağında taşıyan yada tütün çiğneyenlerde de ağız için kanserleri görülür,
- Dilde, tat alma duyusunda bozulmalar olur,
- Beyin hücrelerinin ölümüne yol açar. Öğrenme bozuklukları, hafıza zayıflığı ve erken bunama görülür,
- Göz merceğinin saydamlığının azalmasına yani katarakta sebep olur,
- Cildin yapısının bozulmasına neden olur. Leke ve kırışıklık oluşur. Selülitlere sebep olur,
- Burunda koku alma duyusu azalır,
- Sinüzit, farenjit, bademcik ve orta kulak iltihabı gibi üst solunum yolu hastalıklarına yol açar,
- Damar sertliğini hızlandırır. Beyin ve kalpte damar tıkanıklığına neden olur. Kalp krizi ve tansiyon yükselmesi görülür,
- Erkeklerde iktidarsızlığın başlıca sebeplerindendir. Ayrıca mesane kanserinin önemli nedenlerindendir,
- Akciğerlerde çeşitli hasarlara, astım ve kronik bronşit gibi hastalıklara neden olur. Bronşlarda ve akciğerlerde birçok çeşit kanserin oluşmasına neden olur,
- Gastrit, ülser ve reflü hastalığına sebep olur. Mide ve yemek borusu kanserine yol açar,
- Gebelikte tüketilen sigara düşük doğumlara ve bebekte gelişme geriliğine neden olur.
- Erken menopoz ve rahim kanserinin sebebidir,
- Parmaklarda sararmaya ve tırnaklarda zayıflamaya yol açar,
- Kemik erimesine neden olur,
- Burger hastalığına sebep olur. Bu hastalık, el ve ayaklardan başlayarak tıkanıklığa yol açar ve uzuvların kesilmesi gerekir,
- Vücutta yorgunluk, uykusuzluk hali, stres, gerilim, performansta düşme ve

reflekslerde azalma görülür,

- Pankreas kanseri riski artar,
- Hastalık, yara ve ameliyat tedavileri uzun sürer,
- Kullanılan ilaçları etkisizleştirebilir,
- Bütçenize yük olur, çevre kirliliğine yol açar, yangınların en önemli sebeplerindendir,
- Çocuklarınız kanseri önleyen genlerden yoksun hayata gelir,
- Hamilelerde %10-15 eksik kiloda doğuma ve bebek zeka eksikliğiyle doğar,
- Çevrenizdekileri de bu zararları verirsiniz. Çocuğunuzun sigaraya başlama oranı daha fazladır. (<http://www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkında-bilgi> 20.07.2014)

2.2.1. Sigarayı Bırakınca Meydana Gelen Değişiklikler

20 dakika: Kan basıncı ve kalp hızı normale döner. Eller ve ayaklar, dolaşım normale döndüğü için ısınmaya başlar.

8 saat: Kanda oksijen düzeyi normale döner. Kalp krizi riski düşmeye başlar.

24 saat: Karbonmonoksit (egzoz gazı) vücuttan atılır. Akciğerlerdeki balgam ve diğer birikimler temizlenmeye başlar.

48 saat: Nikotin vücutta artık saptanamaz. Tat ve koku alma duyusu artmıştır.

72 saat: Solunum yolları gevşediği için nefes almak kolaylaşır. Vücut enerjisi artar.

2-12 hafta: Dolaşım bütün vücutta düzelir. Yürümek kolaylaşır.

3-9 ay: Öksürük, nefes darlığı düzelir. Akciğer işlevi yüzde 5-10 oranında artar.

5 yıl: Kalp krizi riski sigara içenlerin riskinin yarısına iner.

10 yıl: Akciğer kanseri riski sigara içenlerin riskinin yarısına iner. Kalp krizi riski hiç sigara içmemiş biri ile eşit olur. (<http://www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkında-bilgi> 20.07.2014)

2.2.2. Sigara Bırakma Yöntemleri

Sigarayı bırakmak insanların sigarayı bırakma nedenleri arasında; sağlık birinci sırayı almaktadır. Sigara Akciğer Kanserinin yanı sıra, ağız, gırtlak, böbrek, pankreas ve Rahim Kanserine de yol açmaktadır. Sigara içenlerin kalp krizi geçirme riski, içmeyenlerin iki katı kadardır. Sigara alışkanlığı, damar sertliğinin de temel sebeplerinden biridir. Bunun dışında kronik bronşit ve pek çok solunum yolu hastalığına da yol açmaktadır.(<http://www.hakkında-bilgi-nedir.com>)

Sigaradan en etkili korunma deneme veya merak amacı ile dahi olsa hiç başlamamaktır. Sigarayı az miktarda kullanan yok denecek kadar azdır. İçenlerin genellikle bağımlı hale geldiği bilinmektedir. Öyle ki ergenlik döneminde merak veya başka sebeplerle sigarayı ağızına götürülenlerin dörtte üçü tiryaki olmaktadır. Tiryakilerin bağımlılık kazanmadan önceki durumlarına dönme şansına sahip olsalar bu hakkı hemen kullanacaklarını bilmek gereklidir. (Saygılı S. 2007;77)

Bayanlar için başka riskler de söz konusudur. 35 yaşın üzerindeki sigara içen ve doğum kontrol hapı kullanan bayanlarda kalp krizi riski çok yüksektir. Düşük yapma ve normalden küçük bebek doğum riski de fazladır. Ayrıca, sigara içenler sadece kendi sağlıklarını değil, çevrelerindeki insanların sağlıklarını da riske atmaktadırlar. (<http://www.hakkında-bilgi-nedir> 20.07.2014)

Sigara bağımlılarında arınma tepkileri ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları üzerinde arınmanın araştırmacılar tarafından nasıl tanımlandığı, bu tanımlamanın arka planında hangi kurumsal modelin bulunduğu ve araştırmada ne türden ölçme araçlarının kullanıldığı oldukça etkili olmaktadır. (Özdemir B.,2009;2)

Araştırma kapsamındaki sigara içen bireylerin çoğunlukla 11-20 adet sigara tükettiği, ilk sigarayı sabah uyandıktan bir saat sonrasında içtikleri, içtikleri sigaradan vazgeçmeyecekleri, günün diğer saatlerine göre sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde

daha az sigara içtikleri, sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bu yasağa uymakta zorlanmadıkları, sigaraya ilişkin kanunlardan biraz bilgileri olduğu bulgulanmıştır. (Karadağlı F. 2009;21)

Sigarayı bırakmada en sık karşılaşılan engeller:

- Başarısızlık Korkusu
- Yetersiz sosyal destek
- Aşırı içme isteği
- Bıraktıktan sonra ortaya çıkan belirtilere ilişkin korku ve kaygılar.(Kamışlı S. 2008;17)

Sigarayı bırakabilmek için iki basamağı geçmek gerekir:

- 1) Karar verme
- 2) Hazırlanma

2.2.3. Karar Verme

Neden bırakmak istediğinizi düşünün. Herkesin kendine göre sebepleri vardır. Bırakabilmek için gerçekten istemeniz gerektiğini unutmayın. Eğer daha önce birkaç kez bırakmayı denediyseniz; bilirsiniz ki insan yeniden başlamak için binlerce anlamsız, gerçekte hiç de mantıklı olmayan birçok bahaneyi akla yatkın hale getirir ve tekrar başlar. Bunu engellemek için motivasyonunuzun çok iyi olması gerekir. Kendinizi böyle bir başarısızlıktan alıkoymak için bırakma nedenlerinizi kendi sözcüklerinizle kağıda dökün. Dayanamayacağınızı düşünüp tekrar başlamayı istediğinizde önce bunları okuyacağınıza kendinizi ikna edin. Eğer daha önce bırakmayı denediyseniz neden tekrar başladığınızı da yazabilirsiniz. Tekrar başladığına pişman olmayan insan yoktur. Ama şunu da akılda tutmakta yarar var: İlk iki haftadan sonra dayanmak çok daha kolaylaşır ve yeniden başlama olasılığı büyük ölçüde azalır.

2.2.4. Hazırlanma

Bunun için aşağıdaki faktörleri göz önünde bulundurmak gerekir:

- Ne kadar zamandır sigara içiyorsunuz?
- Günde kaç tane içiyorsunuz?
- Sizi sigara içmeye iten nedenler nelerdir?
- Düzenli bir plana göre mi içiyorsunuz, yoksa değişken mi?
- Sabahları çok yoğun sigara içme isteği duyuyor musunuz?
- Daha önce bırakmaya çalıştınız mı?
- Bırakırken neden sorunlar yaşadınız? (<http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkinda-bilgi> 20.07.2014)

2.2.5. Sigarayı Bırakmanın Yararları

Sigarayı bırakanlar içmeye devam edenlerden daha uzun yaşar. Sigarayı bırakmak, akciğer kanseri, kalp krizi, kronik akciğer hastalıkları ve solunum yolu hastalıklarına yakalanma riskini azaltır. Sigarayı bırakanların sağlıkla ilgili şikayetleri azalır. Yiyeceklerin tadını ve kokusunu çok daha iyi almaya başlarlar. Kendilerini çok daha iyi hissederler, eğer bu enerjiyi düzenli yürüyüşler veya başka türlü bir spora dönüştürmeyi başarırlarsa düzenli spor yapmanın getirdiği başka avantajları da elde edebilirler. Bu, sigarayı bıraktınca alınabilecek kilolarla ilgili sorunlara da çözüm getirmiş olacaktır. Ayrıca, sigara içmek maliyetli bir iştir. Sigarayı bıraktınca, bu masraf sona ermiş olacaktır.(<http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkinda-bilgi> 20.07.2014)

Sigaradan çekilen her nefes el ve ağız alışkanlığını kuvvetlendiriyor. Eğer günde bir paket sigara içiyorsanız ve her içilen sigaradan 10 nefes çekiyorsanız , günde 200 kez, yılda 73 000 kez bunu tekrarlıyorsunuz ve gittikçe güçlenen bir alışkanlık ortaya çıkıyor. Sigaranın bir alışkanlık olduğunu tespit ettikten sonra onun da her alışkanlık gibi bırakılabilir veya değiştirilebilir olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. (Aslan Ö, 2011;32)

2.3. Sigarayı Bırakmanın Yarattığı Sorunlar

Bazı kişiler sigarayı bıraktıktan sonra sinirli ve huzursuz olmazlar. Ama bazıları sigarayı bıraktıkça sinirlenip huzursuzlaşabilirler. Aşağıdaki belirtiler sigarayı bırakma nedeniyle ortaya çıkan ve can sıkıcı olmakla birlikte vücudun kendini temizlemeye çalıştığının iyi belirtileri olan sorunlardır.

2.3.1. Canı Sigara İstemek

Sigara içmek isteminin birkaç dakikadan fazla sürmediğini unutmayın. Karşı koyarsanız kaybolacaktır. Sigara içmek istemine karşı koymak zamanla daha da kolaylaşacaktır. (<http://www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkında-bilgi>,20.07.2014)

2.3.2. Öksürük

Sigara dumanı asit özelliğindedir. Asit ve duman içindeki başka tahriş edici maddeler öksürüğe yol açar. Soluk borularının içinde yabancı maddelerin nefes yollarına kaçmaması için ince tüycükler vardır. Sigara dumanı bu tüycüklerin hareketini bozar. Böylece yabancı maddelerin nefes yollarına girmesi mümkün olur.

Gece sigara içilmediği zaman tüycüklerin hareketi biraz düzelir ve gündüz nefes borularına girmiş olan yabancı maddelerin dışarı atılması amacıyla tüycükler çalışmaya başlar. Böylece öksürük olur. (Güneş,2009:61-62)

2.3.3. Huzursuzluk

Dikkati belirli birşeyin üstüne toplamakta veya uyumakta zorluk çekmek, bu sorunlar, vücut nikotinsizliğe alıştıkça kaybolacaktır. Derin derin nefes almak ve yürüyüş yapmak da yararlı olabilir. Aynı zamanda çay, kahve ve kolalı içecekleri de azaltmak yerinde olur; çünkü, vücut sigarayı bıraktığımız zaman bu içeceklerin içinde bulunan ve kafein denilen maddeyi normalden daha çok emer. Bu da huzursuz, endişeli ve sinirli olmanıza yol açar.(<http://www.hakkında.com>)

Sigara konsantrasyon yeteneğini arttırmaz. Tam tersine yok bile eder, çünkü bir süre sonra sigara özlemi başlar, tiryaki daha çok sigara içer ve sorun artar. (Carr A. 2005;71)

2.3.4. Daha Çok Acıkmak

Acıktıkça az ve sık yiyin. Yemek için sağlığa uygun yiyeceklerden olan meyve, çiğ sebze ve yemek arasında yenilen yiyeceklerin az yağlı olanlarını stok edin. Günde en az sekiz bardak su içerseniz hem açlığınızı bastırmiş olursunuz hem de sigaradan arta kalan zehirli kimyasal maddeleri vücuttan atmış olursunuz. (<http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkinda-bilgi>)

2.4. Aşırı Sigara İçme İsteğinin Bastırılması

1. En az 3-4 dakika kadar bekleyin, isteğinizi bastırın.
2. Bırakma nedenlerinizi yeniden gözden geçirin.
3. Birkaç dakikalık derin nefes egzersizi yapın.
4. Bir bardak su veya meyva suyu için.
5. Dolaşın, yürüyüş yapın.

İçme isteğine yenilerek bir sigara daha yakılırsa ;

1. Üzülmemeli,
2. Başarısızlık duygusuna kapılmamalı,
3. Bir kez daha bu isteğe yenilmemelidir. (<http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com/sigara-ve-alkolun-zararlari-nedir+sigara-ve-alkolun-zararlari-hakkinda-bilgi>)

Sigarayı bırakma ve iyileşme süreci içerisinde olan insanlar, sigara içen birisi kendilerine bir sigara uzattığında genelde sigarayı kabul ederler. Sigara teklifini kabul etmelerinin nedenleri hissettikleri suçluluk duygusu, alışkanlıkları ve inkar etmeye çalışmalarıdır.

Suçluluk Duygusu; Bir çok tiryaki sigarayı bırakmak ister ve bırakmak istediklerini söyler. Ama sigarayı bırakmak için gerekli adımları atmazlar. Sigaryı bırakmaları gerektiğini bildikleri halde hala sigara içtikleri için kendilerini suçlu hissederler. Sigarayı bırakabilmiş insanlar olduğunu da bildiklerinden, bunu bilmek onlara kendilerini daha da suçlu hissettirir.

Alışkanlık; Sigara içen birinin, sigara içen bir başka kişiye sigara ikram etmesi bir dostluk ifadesi haline gelmiştir. Sigara kullanan kişiler, sigarayı yeni bırakmış birine sigara uzatırlar. Bunu yapmalarının nedeni, daha önce defalarca aynı şekilde sigara ikram etmelerinden kaynaklanan bir alışkanlıktır. (Ögel,2010:67-68)

2.5. Pasif İçicilik

Sigara, sadece içenleri değil diğer aile üyeleri, çalışma arkadaşları gibi aynı ortamda bulunan kişileri de olumsuz olarak etkilemektedir. İçilen her 5 sigara, etrafta bulunan kişilerin 1 sigara içmesine neden olmaktadır. Buna “pasif sigara içiciliği” denmektedir.

Bebeklikten 18 yaşına kadar olan dönemde pasif içicilik her yıl 300 000 broşit ve pnömoni vakasına neden olmaktadır.

Anne veya babası sigara içen çocuklarda orta kulak problemleri, bademcik iltihabı, sinüzit, öksürük ve hırıltı sıklıkla olmakta, astım şikayetleri artmaktadır. Eğer ebeveynler sigara içiyorsa, çocuğun gençlik çağına geldiği zaman sigara içme riski, ebeveynleri sigara içmeyenlere oranla 2 misli fazladır. Sigara içmekle çocuğunuzu pasif olarak zehirlemenin yanı sıra onun gelecekte sizi örnek alarak, sigaraya bağlı risklerle yüz yüze kalma olasılığını da ileri derecede artırmış oluyorsunuz. (http://www.iyibilgi.com/haber.php?haber_id=108648 20.07.2014)

Kendi sigara içmediği halde, bulunduğu ortamlarda sigara içilmesine bağlı duman solumak zorunda kalan kişilerin durumuna “pasif sigara içiciliği” denir. Yanmakta olan bir sigaranın dumanının üçte ikisi asla içen kişinin akciğerine ulaşmamakta, sigara içmeyenlerinde soluduğu havaya karışmaktadır.

Pasif sigara içiciliğinde, akciğer kanseri de dahil olmak üzere meme kanseri, rahim ağzı kanseri, kan kanseri gibi sigara içen kişilerde görülen her türlü kanser çeşidi ve bronşit, amfizem, kalp krizi gibi pek çok hastalık artmış oranda görülmektedir. (Ögel,2010:19)

2.6. Çocukların Sigaraya Başlamasını Önlemek İçin Öneriler,

- Eğer ebeveyn olarak kendiniz de sigara içiyorsanız bir ikilem yaratırsınız. Ancak yine de açıkça sigara kullandığınızı kabul edin ve bu bağımlılığın aslında ne kadar iğrenç olduğunun söylenmesi.
- Sigara içmediği için çeşitli ödüller belirleyin.(Ehliyet, Tatil, Para ödülü) Bu bir tür rüşvet olsa da eğer ödül yeterince cazip ise sigara kullanmamayı tercih edecektir.
- İlk sigaradan itibaren bağımlılığın başladığını kesin olarak ifade edilmesi.
- Asıl olanın kendi kararlarını kendisinin vermesinin olduğunu buna başkalarının karar veremeyeceğini yeterince erken yaşlarda öğretilmesi.

Eğer çocuk sigara içiyorsa:

- Asla sigaranın zararları hakkında uzun söylemler verilmemeli.
- Eğer sigarayı bırakmaya hazır olduğu hissediyor ise terapi için dışarıdan yardım alması sağlanmalı, (Akupunktur-Hipnoz v.b.)
- Kendine yardım etmesi için ona destek olmaya çalışılmalıdır. Mesela sigarayı bırakmakla ilgili yayınları, kitapları okuması için ona gösterilmesi. (<http://www.bilgisayarkurdu.com/forum/konu/cocuklar-ve-sigara.52178/> 20.07.2014)

2.7. Çocuk ve Gençlerde Alkol Kullanımı İçin Risk Faktörleri

2.7.1 Biyolojik Faktörler

Genetik özellikler; Alkol veya madde kullanımında aile öyküsü; Ailede dürtü kontrol bozukluğu, davranış bozukluğu, duygudurum bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu öyküsü.

2.7.2 Psikolojik Davranışsal Faktörler

Nörokognitif değişiklikler; Duygudurum bozuklukları; Anksiyete bozuklukları; Dürtüsellik; Öğrenme güçlükleri; Sosyal becerilerde düşüklük; Madde kullanımı ile ilgili olumlu tutum ve davranışlar; Hostilite ve agresyon; Düşük benlik saygısı; İsyankarlık; Olumsuz yaşam deneyimleri; Davranış bozuklukları; Çabuk öfkelenme; Fiziksel travma; Erken başlangıç.

2.7.3 Ailesel Faktörler

Ailede alkol, madde kullanımı ya da kumar sorunu olması; Ailenin alkol ve madde kullanımı ve kumara karşı olumlu tutumu; Aile desteğinin az olması; Ailenin çocuğunu izlemede yetersiz olması; Özellikle öğrenme güçlüğü ve davranış problemi olan çocuklara karşı ebeveyn becerilerinin etkisiz olması. (Dilbaz,2012;sayı:12)

En iyi şartlarda ailenin her üyesinin alkolizm gereklerini kabul etmeye sistemin ve içindeki bireylerin patolojini besleyen sağlıksız davranış ve düşüncelerden kopmaya başladığı zaman aile uyum içinde hareket eder duruma gelir. Hep birlikte ilerleyebilme becerisi, sistem yerine bireylere odaklanabilmeye geçişle gerçekleşir. Bu kolay gibi gözükse de zor bir iştir. Aslında aile bireylerinin tümü onları harap eden alkolik sistemin kırılmasını engelleyen kararlı bir direnç gösterir.(Brown S.2008 ;283)

2.7.4 Okul ile ilişkili Faktörler

Akademik başarı; Olumsuz, disiplinsiz ve güvensiz bir okul ortamı; Öğretmenin beklentilerinin düşük olması; Madde kullanımına karşı açık bir okul politikasının olmaması; Okul sorumluluğunun olmaması; Sınıfta içine kapanık ya da agresif davranışlar sergileme.

2.7.5 Arkadaş Faktörü

Arkadaşlarının madde kullanması ve bulundurması; Alkol, madde kullanımı ve kumarı onayıcı tutum ve davranışlar; Davranış bozukluğu olan arkadaşlarının olması; Arkadaşları tarafından reddedilme; Sosyal becerilerinin zayıf olması.

2.7.6 Toplumsal Faktörler

Ekonomik ve sosyal olanakların kısıtlı olması; Eğitim olanaklarının yeterli olmaması; Yüksek suç oranının olması; Yüksek göç oranı; Toplumsal normların alkol ve madde bağımlılığı ve kumara izin vermesi. (Dilbaz,2012;sayı:12)

Kişilerin cinsiyete ve sigara kullanma durumuna göre sigara kullananların ve gebelerin sağlık sigorta tazminatları arttırılmalıdır. Sigarayı bıraktırmaya ait uyarılar ve öneriler televizyonların ve çok izlendiği saatlerde gösterilmelidir ve topluma örnek olan insanların ve politikacıların katıldığı programlar yapılmalıdır.(Aslaner E. 2008;35)

Ülkemizde sigara, daha çok bir sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır. Konu eğitim, kültür, çevre, tarım ve diğer boyutları yeterince değerlendirilmemektedir. Bibliyografya incelendiğinde yayınlarının çoğunluğunun sağlıkla ilgili olduğu görülebilir. Sigara savaşı bir bütünlük içinde ele alınacaksa bu konuda en büyük desteği Milli Eğitim, Çevre ve Orman, Kültür, Sağlık Bakanlıkları ile Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığının vermesinin gerektiği kuşkusuzdur. (Uluer C. 2009;5)

2.8. Sigara ve Sağlık

Saatte 200-250 km hızla ve 100 derecenin üzerinde sıcaklıkla dumanı ağız içine çarpan sigara, içerdiği 4000 den fazla zararlı madde ile insan sağlığında ciddi bozulmalara yol açar. Sigara otuza yakın hastalık için ciddi risk faktörüdür. Sigaranın dumanında gaz halinde bulunan CO (karbon monoksit) hücrelerin kandaki oksijeni kullanmasını engelleyerek, tüm organların çalışmasına zarar verir. Sigara dişlerde lekelenmeye, dişlerde daha kolay çürümeye, tad duygusunda bozulmaya yol açar ve diş taşı oluşumunu hızlandırır.

Sigara içenlerde ağız içi kanserleri, dişeti kanserleri, dil kanserleri, bademcik kanserleri, sigara içmeyenlere göre 3-33 kat daha fazla görülür. Sigara, solunum yollarını örten hücreleri ve koruyucu siliyer yapıyı bozarak akciğerlerin her türlü zarara açık hale gelmesine yol açar. Kronik akciğer hastalıklarının % 80-90 sorumlusu , sigaradır. Sigara içenlerde kronik bronşit, amfizem gibi hastalıklardan ölüm oranı, sigara içmeyenlere göre 2.5 kat fazladır. Akciğer kanserlerinin % 90'ı sigarayla ilgili olup, sigara içmeyenlere göre riskleri 15-20 kat yüksektir. (<http://www.sakaryahastanesi.com.tr/saglikrehberi.php?id=1130> 20.07.2013)

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli kısmı başkalarının içtiği sigara dumanından kaynaklanmaktadır. Pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri riskini %20-30 arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri vakaları azalırken son 20 yıl içinde tüm kanserler içindeki payı gelişmekte olan ülkelerde %31'den %49,9'a çıkmıştır. Kadınlarda daha sık görülür; tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların %53'ünün, erkeklerin %15'inin hiç sigara içmediği tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin en sık görülen histolojik tipi adenokasinomdur. (Şengelen M. 2011;14)

Sigara içen gençlerde yetişkinlerle aynı olumsuz etkiyi yapar. İçmeyen yaşlıları ile karşılaştırıldığı, fiziksel dayanıklılığın ve performansın azalmasının yanı sıra, nefessizlik hissi, spor yaralanmalarında artış ve bütün sağlığın bozulması sık karşılaştığımız bir sorundur. (Sağlam M.,2008;9)

Sigara içen kişiler, içmeyenlere göre ortalama 8 yıl daha erken ölmektedirler. Sigara damar sertliği gelişmesini kolaylaştırır, koroner arter hastalığı gelişiminde ise en önemli risk faktörlerinden biridir. Kalbin oksijen tüketimini artırır, damarlarda büzölmelere neden olur. Yemek borusu kanserlerinin en önemli risklerinden birisi sigara içimidir. Sigara mide salgısını artırır, mide ülseri ve mide kanseri gelişmesini ise kolaşlaştırır. İdrar kesesi ve pankreas kanseri sigara içenlerde, içmeyenlere göre 2 kat daha fazla görülür. Böbrek kanserleri ise 5 kat daha fazladır.

Sigara erkeklerde ejakülasyon miktarını ve spermlerin hareket yeteneğini azaltır. Cinsiyet hormonlarının da salgılanışını bozarak, cinsel isteğin ve gücün azalmasına yol açar. Sigara içenlerde prostat kanseri de, içmeyenlere göre 2 kat fazla görülür. Sigara kadınlarda ise istenmeyen düşöklere, erken ve düşük kilolu bebek doğumlarına, ölü doğumlara ve erken menapoza yol açar.

Ayrıca ses kısıklığına, ses kalınlaşmasına ve cilt damarlarının daralmasına bağılı cilt kurumalarına yol açarak cinsel yaşantıyı olumsuz yönde etkiler. Sigara içen kadınlarda rahim ağız kanserleri de yaklaşık 20 kat fazla görülür. Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda sigara içimi de eklenirse, kalp-damar hastalıkları içmeyenlere göre 2 kat fazla görülür. (<http://www.sakaryahastanesi.com.tr/saglikrehberi.php?id=1130> 20.07.2013)

2.8.1 Sigara ve Akciğer Kanseri

İnsan vücudundaki her hücrenin çekirdeğinde bulunan p53 geni “genomun gardiyanı” olarak bilinir. Genom, genetik bilgilerin, yani DNA’nın teknik adıdır. Her gün, hücrelerimiz bir çoğundaki DNA kendisini kopyalar ve her gün bu kopyalama işlemi sırasında bazı hatalar meydana gelir. Bu hataların yarattığı yeni hücreler kanserleşme potansiyeli taşır. p53 geninin ana görevlerinden biri, hücredeki bu değişiklikleri ve hataları temizlemektir. Dolayısıyla, görevini gereğı gibi yerine getirmeyen bir p53 geni bir hücreyi, sonuçta da insan vücudunu kanser tehlikesiyle karşı karşıya bırakır.

Tüm kanserlerin en az yarısında p53 geninin hasarlı olduğu tespit edilmiştir p53 geni, sigara içen ve akciğer kanserine yakalananların yaklaşık %60'ında çok özgül bir biçimde hasar görmektedir. Sigara dumanının bazı bileşenleri DNA'yla kimyasal olarak tepkimeye girer. Bu hasar gören DNA onarılmazsa, hasarlı DNA hücre bölünmesi sırasında kopyalanırken bu hatalar sistemin bir parçası haline gelir. Bu şekilde, normal gelişim denetimine yanıt vermeyen bir farklılaşmış hücre popülasyonu gelişebilir ve en sonunda kansere dönüşebilir.

California ve Texas'lı bilimadamları, 1996 yılında, sigara dumanında yüksek konsantrasyonlarda bulunan bir kanserojen olan "benzopiren" maddesinin p53 genine doğrudan hasar verdiğini kanıtlamak suretiyle, sigara ile akciğer kanseri arasındaki direkt genetik bağlantıyı kurmuş oldular. Bu bilimadamları sigara dumanının kendine özgü işaretini p53 geninde bıraktığını gösterdiler. Sigaranın p53 genine hasar verdiği ve bunun akciğer kanserine sebep olduğu hiçbir şüpheye yer bırakmayacak şekilde kesindir.(<http://www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigara-ve-akciger-kanseri-nedir+sigara-ve-akciger-kanseri-hakkında-bilgi> 20.07.2014)

2.8.2 Ağız Kanseri

Yemek Borusu Kanseri: Bu kanserden ölenlerin hemen hemen hepsi sigara içtikleri içinölmüşlerdir.

Çocukluk Solunum Problemleri: Annesi ya da babası sigara içen çocuklar 6 kat daha fazla solunum yolu hastalıklarıyla karşılaşma riski taşır. (Soğuk algınlığı, kulak iltihapları, bronşit, bademcik problemleri, astım ve de zatüre ki bazen ölüme bile yol açar)

Kulak Enfeksiyonları: Sigara içenlerin çocuklarının orta kulak enfeksiyonuna yakalanma riskleri vardır.

Erken Doğum ve Bebeğin Hafif Doğması: Günde sadece 5 tane sigara içen hamile bir kadının erken doğum yapması ya da oldukça küçük ve de sağlıksız bir bebek doğurma riski inanılmaz boyutlardadır.

Şeker Hastalığı: Sigara içmek, vücudun insülün salgılama yeteneğini zamanla yok eder. Bu da şeker hastalığına yol açar.

Kalp Hastalıkları: Sigara içenlerin kalp krizine yakalanma riski içmeyenlere göre 4 kat daha fazladır.

Kangren: Akciğerler verimsizleştiği için, vücuda çok az oksijen yayılır. İnsan vücudu, bu çok az miktardaki oksijeni iç organlara dağıtmak zorunda kalır. Bundan dolayı, kalbe en uzak kısımlar olan parmak uçlarından itibaren hücreler süratle zincirleme olarak ölür. Çoğu zaman kollar ya da bacaklar kesilebilir.

(<http://www.aydinsaglik.gov.tr/topics.asp?i=A0A19A9C>,20.07.2014)

2.8.3 Ses Telleri ve Gırtlak Kanseri

Sigaranın sağlığa zararları sürekli uzmanlar tarafından anlatılmakta, sigara bağımlılığını azaltmak için sigara paketlerinin üzerine “sigara gırtlak kanseri nedenlerinden biridir” gibi yazılar yazılmakla kurukafa resimleri paketlerin üzerine yapıştırılmakla birlikte ülkemizde sigaraya bağlı gırtlak kanserli hastaların sayısında artma devam etmektedir.

Editör arkadaşım benden sigaranın gırtlak ve ses tellerine zararlarıyla ilgili bir yazı yazmamı istediğine aslında hiç bugüne kadar sigara içmemiş bir insan olarak insanları bu alışkanlık yapıcı zehirden vazgeçirebilecek bir yazı yazabilir miyim diye düşündüm. Çünkü sigara benim için hiçbir ehemmiyet taşımayan basit bir konuydu, ancak gırtlak sigaraya bağlı oluşan kanser nedeniyle alınan bir hastanın boynundaki bizim “trakeostoma” dediğimiz delikten hala sigara dumanını içine çekmek için çaba sarf etmesi ne kadar büyük ve önemli bir düşmanla karşı karşıya olduğumu bana bir kez daha hatırlattı.

Sigara içimini takiben duman ilk olarak ağız ve ağız içindeki dil, dişle temas ettikten sonra bu sıcak zehirli duman aşağılara doğru ilerlerken bu bölgedeki en hassas organlardan biri ile ses tellerimizle temas eder. Ses tellerinin organ olarak hassas olmasının yanı sıra sesin dış dünyayla bir insanın temasını sağlaması ve böylece sosyal toplumun bir parçası olmasını sağlaması açısından da çok önemlidir. Sıcak dumanın ses tellerinin kurumasına ve konuşma sırasında daha fazla tahrişine sebep olması bile bu

dokunun üzerini örten epitelyum dediğimiz dokuda bir hücrenin kanserleşmesine veya kanser öncüsü bir dokuya dönüşmesine sebep olabilir.

Bu mikroskopla bile zor görülen hücredeki kanserleşme hızla çoğalır ve vücudun önleyemediği bir mekanizmayla sağındaki solundaki hücreleri iterek yiyerek yok ederek büyümeye başlar. Kişinin sesini kaybetmesi ve hatta hayatını kaybetmesine sebep olabilecek çarklar dönmeye başlamıştır artık. Kişi kendisine hayat arkadaşı gibi gördüğü sigarayı daha da çok içmeye başlar nikotinin alışkanlık yapıcı etkisiyle. Nikotin içeren zehirli dumanın içindeki zerrecikler akciğere giderken her seferinde ses tellerinin üzerine yapışarak binlerce kez daha hızlı kanserleşmeye neden olabilecek bir riske artık girilmiştir.

Bazen arkadaşlarımız ben az sigara içiyorum der ama görülmüştür ki günde içilen 4-5 sigarada aynı riski bizlere sunmaktadır. Etrafımızda mutlaka sesi eskiden güzel ve ince olan ancak şuan telefonla konuştuğunda erkek zannedilen bayanlar vardır. Genelde çok sigara, çay ve kahve tüketerek ses tellerine zarar verdikleri gibi birde aşırı konuşma reaksiyonlarıyla iyice ses tellerini hırpalatırlar. Çalışmalar göstermiştir ki bayanlarda ki sigara içme alışkanlığının artmasıyla birlikte gırtlak kanserinin bayanlarda görülme sıklığı erkektekine yaklaşmış bazı ülkelerde bu oran kadın lehine artmıştır.

Sigaranın bu bölgede tek etkilediği organ ses telleri değildir, dudaklar, dil, frekans dokusu, soluk borusu ve yemek borusunun başı da aynı riskle karşı karşıyadır. Ses tellerinin hassas yapısı onun daha hızlı etkilenmesinin sebebidir. Bundan dolayı her şeye rağmen ses kısıklığı erken bir uyarıcı olarak gırtlak kanserlerinin erken teşhisinde sesin kansere rağmen korunabilecek ameliyatlar yapılmasında çok önemli bir semptomdur. Sesinde 1 aydan uzun süre kısılma olan kişilerin bir kulak burun boğaz uzmanına gitmesi kaçınılmaz bir durum olmalıdır. Çünkü ses telinin ortasından başlayan bir kanserde ses kısıklığı erken kanser belirtisi iken, ses tellerinin altından başlayıp yukarı ses teline doğru yayılan veya üstünden başlayıp aşağı yayılan hastalarda bu geç dönem kanser belirtisi olabilir.

Bazen de yemek borusuyla ses telinin arka kısmı arasındaki bölge kanserlerinde ses kısıklığı çok geç ortaya çıkar ve hatta olmayabilir. Bunun yerini uzun süredir devam eden yutma zorluğu, yutma sırasında kulak bölgesine kadar vuran ağrıların olması şeklinde belirtiler görülebilir. Bazen kanser o kadar yayılır ki soluk borusunun aşırı kanserli dokuyla dolması sonucu acil soluk borusuna delik açmak gerekir hastanın yaşaması için. Bu hastalarda kaçınılmaz sonuç sesin kalıcı kaybı ve nefes borusuna açılan bir delikten nefes alıp vermek demektir. (<http://www.turkbilgin.com/ses-telleri-ve-girtlak-kanseri-hakkinda-bilgi.html> 20.07.2014)

2.8.4 Sigaranın Güzelliğe Etkisi

Dermatologlar tarafından yapılan araştırmalara göre sigara tiryakilerinde hiç içmeyenlere göre 5 kat fazla kırışık var.

Hatta bazı çalışmalarda sigaranın güneş ışınlarından bile etkili olduğu bildiriliyor. İşte sigara tiryakisinin yüzünün belirtileri: Soluk, kirli beyaz-gri renkli ve kırışık deri “sigara tiryakisi derisi” olarak tanımlanmaktadır. Sigara içenlerin %79’unda bu görünüm mevcuttur.

“Sigara tiryakisi yüzü”nün özellikleri şunlardır:

- 1- Kalıcı çizgi veya kırışıklıklar,
- 2- Alttaki kemik çıkıntılarının belirginleşmesi sonucu çökmüş yüz ifadesi,
- 3- Deride incelme, hafif gri görünüm,
- 4- Derinin hafif turuncu-mor-kırmızı renk alması.

“Sigara tiryakisi yüzü” 70 yaşın üzerindeki kadınların yüz yapısı ile aynıdır. Sigara içenlerde kırışıklığın erken yaşta başlaması dikkate değerdir. Kırışıklık oluşumu bir yılda içilen sigara miktarı ile doğru orantılıdır. Sigaranın kırışıklık yapıcı etkisine kadınlar daha fazla duyarlıdır. Nikotin ve sinir sisteminin uyarılması sonucu gelişen damarlardaki daralma, dokuların oksijenlenmesinde azalma, pıhtılaşmada artış, kolajen

depolanmasında azalma, kırışıklık oluşumunu kolaylaştıran etkenlerdir. (<http://www.neosante.com.tr/sigara-ve-guzelliginiz.html> 20.07.2014)

Sigaranın deri üzerindeki etkilerini açıklayan faktörler şu şekilde özetlenebilir:

1- Direk toksik etki: Sigara içenler de derinin neminin azalmış olması , onun toksik etkisinebağlıdır.

2- Mekanik faktörler: Kırışıklığın şeklini belirlemede önemli role sahiptir. Sigara içerken kullanılan yüz kaslarıyla ilgili olarak dudak çevresinde; tek taraflı içenlerde aynı tarafta kırışıklık görülmesi veya kazayağı kırışıklıkları gibi özel görünümler ortaya çıkar.

3- Genetik faktörler: Bütün sigara içenlerde “sigara tiryakisi yüzü” görünümü olmadığı için genetik faktörlerin rolü de düşünülmektedir.

4- Sigara içenler de vücudun güneş görmeyen yerlerinde derideki elastik tabakanın, sigara içmeyen aynı yaş grubundakilere göre daha kalın ve parçalı olduğu gösterilmiştir. Derideki kronik oksijenlenmenin azalması, kollajen sentezini düşürerek belirgin kırışıklığa neden olmaktadır.

5- Sigara damarlardaki daraltıcı etkisiyle deride gri-esmer renklenmeye neden olur.

6- Sigaranın kısırlık, erken menopoz, adet düzensizlikleri gibi anti-östrojenik etkileri bilinmektedir. Östrojenin deri üzerindeki fizyolojik etkileri menopoz sonrası dönemde açıkça görülmektedir. Sigara içen kadınlarda göreceli bir hipoöstrojenik durum meydana gelmekte ve bu da deri kuruluğu ve kırışıklığa neden olmaktadır.

7- Sigara A vitamini seviyesini azaltır, dolayısıyla hücrenin bir numaralı düşmanı olan serbest radikallere karşı korunmayı azaltarak, kırışıklıkların oluşumunu kolaylaştırır.

Sigara içen beyaz veya gri saçlı kişilerde katrana bağlı olarak sarımsı bir saç rengi ortaya çıkar.Sigara içerken sigaranın tutulduğu parmaklar ve tırnaklarında sarı-kahverengi renklenme ortaya çıkar. Bu bulguya “nikotin belirtisi” denir. Sigara içenlerde ağız içi daha koyudur. Hatta yanak iç yüzlerinde inatçı, sert, düzensiz beyaz tabakalar oluşabilir.

Sigara damarlardaki daraltıcı etkisi ile kan akımını bozarak, yara iyileşmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Tek bir sigara içiminin 90 dakika süren bir damarlarda daralmaya

yol açabileceği gösterilmiştir. Sigara dumanında 4000 den fazla kimyasal madde bulunur ancak kan akımı azalmasından en çok nikotin sorumlu tutulmaktadır. (<http://www.neosante.com.tr/sigara-ve-guzelliginiz.html> 20.07.2014)

Sigara kullanımının etkileri yalnızca bazı hastalıkların meydana gelmesi ile sınırlı değildir. Hastalıklar, özellikle de öldürücü olan hastalıklar çok önemli olmakla birlikte, ağızda fena koku, çevredeki eşya, evlerdeki perdeler ve giysiler üzerindeki koku, yangın tehlikesi, genel anlamda çevre kirliliği, saplıkla doğrudan bağlantısı olmayan durumlar da sigaranın önemli etkilerindedir. (Bilir N., 2008;18)

2.8.5 Sigaranın ve Alkolün Ekonomik Zararları

Sigaranın zararlarının bir de Ekonomik yönü vardır. Ekonomik boyutunu da 2'ye ayırabiliriz; kendi bütçemize olan zararlar ve çevremize olan zararlar.

Tütün ya da sigara içiminin sağlığa olan zararları yanında ekonomiye olan zararları da azımsanmayacak boyuttadır. Bu alışkanlık sebebiyle oluşan ekonomik kayıpları iki grupta toplamak mümkündür: Doğrudan ve dolaylı kayıplar. Amerika'da yapılan hesaplara göre sigaranın sebep olduğu doğrudan kayıplar yılda yaklaşık 15 milyar dolar, dolaylı kayıplar ise 35 milyar dolardır.

Tütün üretimi sırasında zararlı ot ve böcekleri öldürmek amacıyla kullanılan pestisit ve insektisitlerin gerek çevreye, gerekse çalışan tarım işçilerinin sağlığına ciddi zararlar verdiği bilinmekte ve bu yolla oluşan dolaylı ekonomik kayıpların tutarı ne yazık ki hesaplanamamaktadır. Sigara içimi dışında tütün üretimi sırasında oluşan bazı ekonomik kayıpların varlığı da söz konusudur. Bu kayıpların başında ormanların ve tarıma elverişli alanların,tütün üretimi için tahribi ile bilinçsizce kullanılan tarım ilaçlarının yarattığı tehlikeler gelmektedir.

Daha basit bir deyimle üretilen her 15 paket sigara için Üçüncü Dünya Ülkeleri'nde iki ağaç yakılarak yok edilmektedir. Ülkemizde şu anda 1 paket sigara ortalama 1 milyon.

Günde 1 paket için için ayda 30 milyon. Yılda en az 360 milyon TL.30 yılda yaklaşık 11 milyar TL. Bu para çalıştırıldığı taktirde yine en az 25 ilâ 30 milyar TL... Emekli olan vatandaş için uygun bir daire... Dilerse oturur, dilerse kiraya verir ve güzel bir gelir kapısı açmış olur. Bu mâlî meblağ,tiryakinin sadece sigaraya ödediği ve aile gelirinin her ay en az %15'ini götüren fuzûlî bir masraf kapısıdır. Bu fuzûlî masraf ayrıca 3 zarara sebep olmaktadır: Bu gider, aile efradının eksik beslenmesine sebep olmaktadır.

Bu masrafla tiryaki; kendisine, aile fertlerine ve kapalı yerlerde diğer insanlara hastalık ve bu yolla akla gelmedik tedavi masrafları yüklemektedir. Tiryaki erkek ve kadınlar doğan ve doğacak nesillere de, parasal hesabı yapılamayacak sayısız zararlar vermektedirler.

Sigara içen bir kişi çalıştığı firmaya yılda 4 bin 600 dolar ek yük getirmektedir. Amerikan İşçi Sağlığı Örgütü, sigara içen bir kişinin çalıştığı firmaya ek maliyet yüklediğini, bu maliyetin içinde sigara dumanının çevreye verdiği zararın yanı sıra, çalışan kişinin sigara içmekten doğan hastalık giderlerinin de bulunduğunu saptadı. Firmalar bu tespitten sonra, çalışanlar için sigara içme yerleri yaptırma yerine, onları sigara içmekten alıkoyacak yöntemleri bulmak için çaba sarfetmeye başladılar. Bu arada bazı işyerleri İşçi Sağlığı Örgütü'nün bulgularını gerekçe göstererek çalışanlara, çalıştıkları süreler içerisinde sigara içmeyi yasak ettiler.

Sigaranın ülkemizde halk sağlığına verdiği zarar, her yıl sağlanan kârın tam dört katıdır. Bunlar sağlık masraflarına dayalı bulgulardır. Gerçekte sigaradan her yıl meydana gelen 160 bin ölüm, bundan çok daha fazla insana getirdiği ömür boyu süren hastalık ve sakatlıklar ve de sigaradan meydana gelen ölü doğumların ve düşüklerin parasal hesabı yapılamaz.(<http://yesiladam.com.tr/sigaradan-kurtulmak/sigararin-zararlari> 20.07.2014)

Bir taraftan içki ve sigarayla mücadele için Yeşilay'ı kuran, destekleyen devlet; diğer yandan tekel aracılığı ile içki ve sigara üretmektedir. Halkının sağlığını korumak anayasasında kendine verilen bir görev olduğu halde devlet vatandaşlarının çoğunu zehirlemektedir. (Kocatepe M., 2000; sf; 37)

Devletin alkolü vergi gelirleri yönüyle sektörü ise düzenleme ve denetleme yoluyla değil, halk sağlığı yönüyle ele alması gerekli koruyucu ve önleyici tedbirleri almak üzere, yasal düzenlemeleri dünyadaki diğer ülkeler uygulamalarını da dikkate alarak yapması Anayasasının 58. Maddesi ve diğer kanunların amir hükümleri gereğince ilgili kurumlar tarafından yerine getirilmesi zorunludur. (Varol M. 2012;sf;95)

2.8.6 Sigaranın İş Kaybına Neden Olması

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Celal Karlıkaya, sigara tiryakisinin daha çok kazalara yol açtığını belirterek, “Sigara tiryakisi, içmeyene oranla iki kat daha fazla iş kazasına uğruyor” dedi.

Karlıkaya, dumansız bir ortamın herşeyden önce çalışanların sağlığı için gerekli olduğunu söyledi. Aktif sigara içiminin kalp hastalığı, akciğer kanseri ve akciğer problemlerine yol açtığının kanıtlandığını bildiren Karlıkaya, birçok insan için pasif sigaranın, yani başkasının dumanının da ciddi sağlık tehdidi oluşturduğunu kaydetti.

Sigara içenlerin daha sık kazalara yol açtığını ifade eden Karlıkaya, şunları kaydetti: “Sigara tiryakisi, içmeyene oranla iki kat daha fazla iş kazasına uğruyor. Sigara dumanındaki maddeler, dikkat azalması, ellerin meşguliyeti ve gözlerin irritasyonu nedeniyle performans azalmasına yol açarak, kazaya zemin hazırlar. Sigara içenler, yaklaşık yüzde 50 daha fazla trafik kazasına uğrarlar. Bu farklılıkları, yaş, sürücülük tecrübesi, eğitim seviyesi de etkilemektedir.” Sigara içenlerde uyuşturucu ve alkol kullanımının da sigara içmeyenlerden daha fazla olduğunu bildiren Karlıkaya, alkol ve uyuşturucu faktörleri düzeltildiğinde bile sigara içenlerde kazaların daha fazla olduğunu kaydetti.

Sigara içenlerin içmeyenlere oranla daha fazla devamsızlık yaptıklarını ifade eden Celal Karlıkaya, kanser, bronşit, amfizem, inme ve kalp krizleri gibi önemli hastalıklar yanında öksürük, soğuk algınlığı ve gripin, sigara içenlerde daha sık olduğunu bildirdi.

ABD ordusunda yapılan bir araştırmada da sigara içen erkeklerde yüzde 60 daha fazla işgücü kaybı saptandığını belirten Doç. Dr. Karlıkaya, işgücü kaybının sigara içen

erkeklerde yüzde 14,1, kadınlarda ise yüzde 3 olarak belirlendiğini kaydetti. İsviçre’te yapılan bir araştırmanın da sigara içenlerin yüzde 30 daha fazla devamsızlık yaptıklarının ortaya çıktığını bildiren Karlıkaya, sigarayı bırakanların, iş devamsızlığının azaldığını söyledi.

Hastalığın yanında çalışma saatlerinde sigara içme molası nedeniyle üretim kaybı yaşandığına işaret eden Karlıkaya , günde 6 dakikalık 5 sigara içiminin bağımlı kişinin 30 dakikalık iş kaybına yol açtığını bildirdi. (http://www.hospitaliumgroup.com/index.php?option=com_content&view=article&id=141&Itemid=233 20.07.2014)

Geleneksel yapı ve inançları sebebi ile bir çok konuda olduğu gibi alkole de alabildiğine kucak açmakta bir sakınca görmeyen Batı, bugün alkol ve alkolizmin derin sarsıntılarını yaşamaktadır. A.B.D’de 1978’de zamanın Sağlık Bakanı kongre üyelerine verdiği raporda 10 milyon kişinin aşırı alkol sebebiyle ölümlerle karşı karşıya kaldığını açıklamış ve 13-19 yaş arasında 13 milyon gencin alkol müptelası olduğunu söylemiştir. (Türk A,1999,sf;66)

2.8.7 Sigara Kullanımının Türkiye’deki Yaygınlığı ve Zararları

Türkiye’de sigara içme alışkanlığı konusunda 16 yıllık bir süre boyunca yapılmış olan 82 araştırma sonucunun meta analizine göre Türkiye’de 20 yaş üzeri erkeklerin yüzde 72’sinin, kadınların yüzde 53’ünün sigara içme alışkanlığı olduğu tahmin edilmektedir. Literatür bilgilerine göre tütün kullanımı en çok yaş değişkeninden etkilenmekte, ergen ve genç erişkinlerde psiko-sosyal etkiler öne çıkmaktadır.

Tütün kullanımını etkileyen diğer değişkenler ise bedensel çalışmayı getiren işler ile zihinsel alanlarda çalışanlara göre erkeklerde, aile ve yakın çevrede sigara içenin olması, kentsel alanlarda gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazladır.

1997’de Ankara’da yapılan PİAR araştırmasına göre; öğretmenlerde %6.9 , annelerde %5.6 , gazetecilerde % 13,5 , sanatçılarda %13.7 , doktorlarda % 6.9 , milletvekillerinde % 40 , sporcularda % 9’dur. (Ögel,2010:10-11)

Tütünün bize verdiği zararın yaklaşık 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık atılımlarının bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık atılımları arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır. Ülkemizde sigara içen 17 milyon kişi günde 40 milyon doları, yılda ise 15 milyar doları sigaraya harcamaktadır. Bu 17 milyondan 4 milyonu hayatından 7 yıl, 4 milyonu ise 22 yıl kaybederek ölecektir.

Ülkemizde her yıl yaklaşık 100.000 kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sigaranın yol açtığı hastalıklar nedeniyle ülkemize verdiği yıllık ekonomik zarar 2,72 milyar dolardır. Bu rakama işgücü kaybı, hastalıklar nedeniyle bireylerin ve ailelerin yaşadığı sosyal sorunlar dahil değildir. (Ögel,2010:22)

Arkadaşlar arasında madde kullanımı, kişinin madde kullanımını belirleyen en önemli etkenlerdendir. Bu duruma olumsuz değerlendirme ile ilgili endişelerde göz önüne alındığında, sosyal anksiyetesi olanların özellikle hassasiyet gösterebilecekleri düşünülebilir. Gerçekten, sosyal anksiyetesi olan genç erişkinlerin arkadaş baskısına cevap olarak (Buckner ve ark., 2006) ve sosyal sansürden kaçınmak için (Steawart ve ark.,2006) alkol kullanma ihtimallerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. (Evren, 2009, sf; 45)

2.8.8 Ülkemizde Dumansız Hava Sahası Anlayışı

Sigara başta olmak üzere tütün dünyanın giderek terk ettiği bir üründür. Doğum öncesi dönemden başlayarak, çocuk ve erişkinlikte ölüme kadar götüren 50'nin üzerinde sağlık sorununa yol açar. Önlenebilir hastalık ve ölüm sebepleri arasında en önde gelen nedenlerdendir. Günümüzde dünyada 1,3 milyar kişi sigara içmektedir ve sigara içenlerin % 80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.

Tütün kullanımının neden olduğu ölümler ana haberlere konu olmasa da tütün, her 6 saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tütün, kullanıcılarının yaklaşık yarısını öldüren bir üründür ve ortalama 15 yıl kadar erken ölüme yol açmaktadır. Halen dünya genelinde her 10 ölümden bir tanesi sigara kullanımı nedeniyle olmaktadır. Yılda 5,4 milyon kişi sigara kullanımının neden olduğu sağlık sorunları yüzünden ölmektedir.

Acil önlemler alınmadığı takdirde 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımı nedeniyle ölen kişi sayısı 8 milyonu geçecektir ve bu ölümlerin %70'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelecektir.

Benzer şekilde Türkiye'de her 6 dakikada bir kişi, günde 275, yılda ise en az 100,000 kişi tütüne bağlı hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir.

Sigaraya başlama yaşı son kırk yıldır maalesef daha küçük yaşlara inmiştir. 1950'li yıllarda sigara içmeye çoğunlukla 18 yaşından sonra başlanırken, günümüzde 15-19 yaş arası gençlerin %40'ının bağımlı hale geldiği görülmektedir. İlk sigara deneyimlerine erken yaşta başlayan gençlerin düzenli sigara kullanıcısı olma ihtimalleri daha yüksek, sigarayı bırakma ihtimalleri de daha düşüktür.

Sigara dumanı evler de dahil olmak üzere tüm kapalı ortamlardaki başlıca hava kirliliği etkenidir. Bilimsel veriler kapalı ortamda sigara dumanına maruz kalmanın sigara içmeyen insanlarda kalp krizi ve kanser gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açtığını ve bu konuda hiçbir güvenli aralığın olmadığını ortaya koymaktadır. Sigara dumanı çocuklarda ani bebek ölümleri, orta kulak ve solunum sistemi enfeksiyonları ile süregen öksürüğün görülme sıklığını artırmaktadır. Ayrıca astım hastalığının gidişatını da kötüleştirmektedir. Anne karnında sigara dumanına maruz kalan bebekler ise düşük doğum ağırlıklı olarak doğmakta ve erişkin çağda akciğer ile ilgili rahatsızlıklara daha fazla yakalanmaktadır. Ayrıca sigara dumanına maruz kalmak, akciğer kanseri riskini %30 artırmaktadır.

Sigara içme davranışında sosyal öğrenme önemli bir yere sahiptir. Sigaraya başlamanın önlenmesinde ve bırakmanın teşvik edilmesinde gençlerin örnek aldıkları kişilerin çok büyük etkisi vardır. Ayrıca, tütün endüstrisinin araba yarışları gibi, açık ya da örtülü sigara tanıtım ve reklamları da tüm dünyada erken yaşlarda sigaraya başlamayı etkileyen sebepler arasında yer almaktadır.

Bu kadar zararlı ve tehlikeli bir ürüne karşı elbette kapsamlı ve etkin bir mücadele gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bu mücadele kapsamında küresel olarak da kabul gören aşağıdaki üç temel hedef önem taşımaktadır.

- 1) Çocuklar ve gençler başta olmak üzere bireylerin sigara içmeye başlamalarının önlenmesi,
- 2) Sigara içenlerin bu davranışlarını bırakmasının desteklenmesi,
- 3) Sigara dumanından pasif etkilenimin engellenmesi.

Sigarasız bir dünya için kararlı ve hızlı bir mücadele gerekmektedir. Toplum pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından korumanın yegane yolu, sigara kullanımının bütün kapalı alanlarda tam olarak yasaklanmasıdır. (T.C Sağlık Bakanlığı Dumansız Hava Sahası Rehber Mart 2011)

2.8.9 Ülkemiz de Tütünle Mücadele Çalışmaları

Toplum pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından korumanın yegâne yolu, sigara kullanımının bütün kapalı alanlarda tam olarak yasaklanmasıdır. Dumansız Hava Sahası Yasalarının gücünü artırmak için yapılması gereken, yasanın yürürlüğe girmesi ile birlikte uygulamanın yakından izlenmesi ve denetlenmesidir. Sigara içilmesinin yasak olduğu yerlerde sigara içenlere yasanın öngördüğü şekilde davranış değişimi yapacak şekilde uyarma ve gerekirse ceza uygulama kaçınılmaz bir görevdir. Sigara içenlere yönelik ceza uygulamalarının yanı sıra, sigara içilmesine izin veren işyeri sahiplerine ceza verilmesi daha etkili ve daha önceliklidir.

Sigarasız işyerleri yaratmanın öncelikli amacı çalışanların sağlığının korunmasıdır. İşyeri sahipleri, çalışanlar için güvenli bir çalışma ortamı sağlamak zorundadır. Dolayısı ile işverenler bu kapsamda işyerlerinin sigara dumanından arındırılmış olmasını da sağlamak durumundadır. Sigarasız işyerleri tartışmasının çalışanların sağlığı konusu olarak ele alınması, bu uygulamayı desteklemektedir.

Tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün, Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”nin (TKÇS) 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütünün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmiştir.

Bu sözleşme 28 Nisan 2004 tarihinde ülkemiz adına Sağlık Bakanımız Sayın Prof Dr. Recep AKDAĞ tarafından imzalanmış ve Resmi Gazetede de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz sözleşmeyi imzalayan 43. ülke olma özelliğindedir. Şubat 2009 tarihi itibarıyla TKÇS’yi 168 ülke imzalamış, 164 ülke de taraf olmuştur.

TKÇS’nin imzalanması ile birlikte ülkemizdeki tütün kontrolüne yönelik çalışmalar ivme kazanmıştır. 130’a yakın uzmanın katılımı ve ilgili Bakanlıklar, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütleri gibi paydaşların işbirliği ile hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 7 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır.

Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması için illerde, 2007 yılından itibaren “İl Tütün Kontrol Kurulları” oluşturulmuş, yerel düzeydeki her türlü tütün mücadele etkinliklerinin yürütülmesi için görevlendirilmiştir.

Bakanlığımızda yürütülen çalışmaların daha etkili ve sürdürülebilir olabilmesi amacıyla Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Düzenlenecek faaliyetler ve bunların yerine getirilmesinden sorumlu kamu kurum ve kuruluşlarının belirlendiği “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008—2012” hazırlanmış ve 12.12.2007 tarihinde Sayın Başbakanımız Recep Tayyip ERDOĞAN’ın katılımları ile kamuoyuna tanıtılmıştır.

Sigarasız bir dünya için kararlı ve hızlı bir mücadele gerekmektedir. Dünyadaki gelişmiş ülkeler, vatandaşlarını sigaranın zararlarından koruyan yasaları, başarıyla uygulamaya koymaktadırlar. Bu kapsamda ülkemizde 1996 yılında yürürlüğe girmiş olan 4207 Sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” çok önemli bir gelişmedir.

Sayın Başbakanımızın tütünle mücadele çalışmalarına kattığı ivme ile 3 Ocak 2008 tarihinde 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (EK 1) TBMM’de kabul edilmiştir. Bu Kanunla ülkemiz, tütün kontrolü konusunda yasal düzenlemesi olan sayılı ülkeler arasına girmiş, hatta liderlik yapar hale gelmiştir.

Söz konusu Kanunun özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hükmü 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Diğer tüm kapalı alanlar ile ilgili hükümleri ise 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Kanun hükümlerinin etkili şekilde uygulanması ve uygulamada standardın sağlanması amacıyla 16.05.2008 tarihinde Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır.

Kanunun ceza hükümlerinin uygulanması ile ilgili olarak da 27 Mayıs 2008 tarihinde “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek, İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır.

27 Ekim 2008 tarihinde yayımlanan 2008/66 sayılı Genelge ile 4207 sayılı Kanunun uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonuna yönelik yapılacak çalışmalarda dikkat edilmesi gereken hususlar ve multidisipliner yaklaşımın gerekliliği vurgulanarak tekrar açıklanmış, izleme değerlendirme formları revize edilmiştir

Yeni yasa, çalışanların ve halkımızın dumansız hava soluma hakkını teslim etmek üzere, yani istemsiz sigara dumanının zararlı etkilerinden korumak için hazırlanmıştır. Çünkü; tehlike sadece sigara içicileri ile sınırlı değildir. Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre, 700 milyon çocuk, yani dünyadaki çocukların yarısı sigara dumanına maruz kalmaktadır.

Sigara dumanı içinde siyanür (çok güçlü bir zehir), amonyak, karbon monoksit (egzos gazı), naftalin (güve öldürücü), kadmiyum (pil, akü yapımında kullanılan zehirli bir madde) ve aseton (oje çıkarıcı) gibi 4000’den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bu

dumana maruz kalmanın güvenli bir eşik düzeyi yoktur. Başkalarının tütürdüğü ve çocukların, hamilelerin ve diğer içmeyenlerin soluduğu sigara dumanındaki bu maddelerin en az 81'nin kanser yapıcı ve zehirli olduğu bilinmektedir.

Tıbbi ve bilimsel araştırmalar, pasif içiciliğin kalp krizi, akciğer kanseri, astım krizi, çocukluktaki solunum yolu hastalıkları, ani bebek ölümleri ve akciğer yetmezliği gibi ölümcül hastalıklara yakalanma tehlikesini arttırdığını göstermektedir.

Ayrıca, bilimsel araştırmalara göre ortamın, çok güçlü klimalarla bile havalandırılması kapalı alanlarda pasif solumanın sağlığa zararlarını önlememektedir. Etkili korunmanın tek yolu, insanların kapalı ortamda sigara dumanına pasif olarak maruz kalmalarını önlemektir.

İşte bu zorunluluklar nedeniyle Dumansız Hava Sahaları oluşturulmuştur. 4207 sayılı yasadaki bu yenilik ile yüz binlerce kişinin sağlığının korunması, kapalı alanların herkesin rahatlıkla çalışabileceği ve ziyaret edebileceği Dumansız Hava Sahaları olması amaçlanmaktadır. (T.C Sağlık Bakanlığı Dumansız Hava Sahası Rehber Mart 2011)

2.8.10 Tütün Dumanından Pasif Etkilenme

Tütün dumanından pasif etkilenim; başkalarının içtikleri veya yanan -bir sigara, puro, pipo ve benzeri- tütün ürününden kaynaklanan dumanın solunmasıdır.

- Tütün dumanına maruz kalmak, dünyada her yıl birçok insanın ölümüne neden olmaktadır. Başkalarının tükettiği tütünün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanan ölümler, trafik kazaları ve uyuşturucu madde kullanımına bağlı ölümlerden çok daha fazladır.
- Bu duman karışımı; formaldehit, siyanür, amonyak, karbon monoksit, naftalin, kadmiyum ve aseton gibi 4.000 kimyasal madde içerir. Arsenik, benzen, vinil klorür gibi en az 81'i kanserojen olan bu kimyasal maddeler, tütün dumanında, fazla miktarda bulunur.

- Tütün dumanına maruz kalmak, kanser, amfizem ve kalp krizleri gibi birçok öldürücü hastalığa neden olmaktadır.
- Çocuklar tütün dumanının zararlı etkilerine karşı çok daha hassastır.
- Tütün dumanının zararları, maruz kalma süresi uzadıkça artmaktadır.

2.8.11 Kısa Süreli Duman Altında Kalmanın Etkileri

- Başkalarının tütün dumanında sadece 5 dakika kalmanın bile kalp krizlerini tetikleyebildiği kanıtlanmıştır. Süre uzadıkça risk katlanarak artmaktadır.
- Hemen ortaya çıkan etkiler: Gözlerde tahriş, sulanma, yanma, baş ağrısı, burunda rahatsızlık, akıntı, öksürük, boğaz ağrısı, kalp hızı ve tansiyonun yükselmesi, solunumsal yakınmalarda artış ve enfeksiyonlar; var olan hastalıkların alevlenmesi, kalp hastalığı olan kişilerde kalp krizi, astım, allerjiler...
- Çevresel tütün dumanı kalp-damar hastalıklarını %20 - 70 oranında arttırmaktadır. Tamamen dumansız hava sahası yasası uygulanan yerlerde kalp krizleri % 60 azalmaktadır.
- Başkalarının tütün dumanını solumaktan kaynaklanan kanser ölümlerinin oranı; asbest, radyoaktif maddeler, arsenik, benzen, vinil klorür, radyasyon, pestisid (tarım ilaçları), tehlikeli atıklar, içme suyunda bulunan kimyasallar, endüstriyel kimyasallar ve madeni atıkların hepsinin toplamından kaynaklanan kanser ölümleri oranından daha fazladır. Sigara içmeyenlerde çevresel tütün dumanına maruz kalmak akciğer kanserini % 32 oranında arttırmaktadır. Sigaraya maruz kalan genç kadınlarda meme kanseri riski % 90 artmaktadır. Menapoz öncesi kadınlarda 2,6 kez daha fazla meme kanserine yakalanma riski vardır. Çok az ve devamlı sigara dumanına maruz kalan kadınlarda 50 yaşına kadar meme kanseri olma riski % 60 artmaktadır.
- Solunum hastalıkları: İş yeri veya sosyal ortamda sigara dumanına maruz kalmak KOAH ve erişkin astımına neden olmaktadır.

2.8.12 Çocukların Tütün Dumanında Kalma Riskleri

Bebek ve çocukların başta akciğerleri olmak üzere organları da küçüktür. Zarar, erişkinlere göre daha büyüktür. Başkalarının tütün dumanına maruz kalmaları sonucu bebeklerde ve çocuklarda;

- Ani bebek ölümleri,
- Astım vakaları,
- Çocukluk dönemi kanserleri
- Zatüree,
- Kulak enfeksiyonları,
- Solunum yolu enfeksiyonları her yıl artış göstermektedir. Tütün dumanına maruz kalmak, düşük, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı vakalarına neden olmaktadır.

2.8.13 Tütün Endüstrisinin İtirazları ile Baş edebilmek için Öneriler

Bütün salgın hastalıklarda bir bulaşma yolu ve bir de hastalık ve ölümlerin yayılmasına yol açan bir aracı vardır. Tütün salgını konusunda bu araç bir endüstri ve çalışma stratejisidir. Bugünkü bilgilerimize göre geçtiğimiz yüzyıl boyunca tütün endüstrisinin bu öldürücü ürünü pazarlama ve tanıtma çabası olmasaydı tütün kullanımı ve hastalık salgını da olmayacaktı. Uzun zamandan beri tütün endüstrisi gençleri, sigarayı bırakanların veya ölenlerin yerini alacak kişiler olarak hedef almıştır. Tütün endüstrisi kendi geleceği için bağımlı hale gelmiş olan gençlerin ümit olduğunu bilmektedir. Tütünü kullanan kişiler nikotine bağımlı hale gelirler, ancak 21 yaşına kadar sigara içmemiş olanların daha sonra başlaması olasılığı düşüktür. Yaşam boyu tütüne bağımlı bir gruba ulaşabilmek bakımından tütün endüstrisi sigaranın adolesan grup tarafından denenmesi konusunda saldırgan bir politika izlemiştir.

Bir çocuk sigara içmeye ne kadar erken yaşta başlarsa bağımlı olma olasılığı o kadar yüksektir, ve sigarayı bırakması da o ölçüde zordur.

Sigara firmaları ölümcül ürünlerini satabilmek için sadece Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 8,4 milyar Dolar günde 23 milyon Dolar pazarlama bütçesi

harcarlar. Küresel tütün endüstrisi, gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarılı olduğu kanıtlanmış ve bu ülkelerden dışlanmış olan lobcilik taktiklerini şimdi gelişmekte olan ülkelerde artan bir şekilde kullanmaktadır. Örneğin, tütün endüstrisi gelişmekte olan ülkelerde kadınları ve gençleri hedef olarak almıştır. Bunun yanı sıra, hükümetleri de zorlayarak pazarlama konusundaki kısıtlamaları ve vergi artırımını konusundaki uygulamaları tıkmak için çaba göstermektedir.

Bu yöntemler vaktiyle gelişmiş ülkelerde kullanılmış olan yöntemlerdir. Bağımlı müşteriler grubuna sahip olma ve yüksek karlılık nedeni ile tütün endüstrisi çok para kazanmıştır. Ancak gelişmiş ülke vatandaşlarını öldürmek tütün endüstrisi için çok pahalı hale geldi. Bunun üzerine pazar arayışlarını gelişmekte olan ülkelere doğru yöneltti.

Çok uluslu şirketlerin yerel şirketler ve devletin sahip olduğu şirketlerle ortak yatırımlar yapması ve ortaklıklar kurması, büyük şirketlerin dünya pazarına açılması bakımından yarar sağladı ve bu amaçla kullanıldı. Son yıllarda dev tütün şirketleri gelişmekte olan ülkelerdeki şirketlerin hisselerinin büyük bölümünü satın almak suretiyle bu ülkelerin pazarına girdiler ve gelişmekte olan ülkelerdeki satışlarını çok artırdılar.

Özetle kanıtlanmıştır ki sigara firmaları:

- Sigaranın zararlı sağlık etkilerini ve bağımlılık özelliğini bilerek inkar ederler,
- Çocukları, gençleri ve kadınları da hedef alarak acımasız pazarlama taktikleri
- Uygularlar,
- Pasif içicilik konusundaki bilimsel gerçekleri çarpıtırlar,
- Tüketicileri düşük katran ve düşük nikotin gibi sahte tanımlamalar ile aldatırlar,
- Gelişmekte olan ülkelere saldırgan politikalar sürdürürler,
- Sigara kaçakçılığına yardımcı olurlar,

Dumansız hava sahası yasası ile ilgili geçmiş deneyimler bu konuda mutlaka itirazların olduğu şeklindedir. Tütün endüstrisi bu yasanın uygulanmasının ve bu konuda zorlama yapılmasının mümkün olmadığını, özellikle restoran ve barlarda olmak üzere işyerlerinin müşteri kaybedeceğini ileri sürer. Onlar, %100 sigarasız ortamlar yerine

daha kabul edilebilir bir yöntem olarak sigara içilen yerlerin ayrılmasını ve havalandırma sistemleri kurulmasını önerirler. Fakat bu yaklaşım pasif sigara dumanı etkilenimini önlemez. Kapsamlı sigara yasağı yasasının uygulandığı bütün ülkelerde sigarasız ortam uygulamasının benimsendiği, kolay ve etkili bir yöntem olduğu ve işyerleri bakımından herhangi olumsuz etki yapmadığı gözlenmiştir. Dünya çapında yapılan çalışmalarda yasağın uygulandığı restoran ve barlarda yasaya yüksek düzeyde uyum olduğu ve müşterilerinde ve gelirlerinde artış olduğu tespit edilmiştir.

Tütün endüstrisi lobicileri ve mücadele grupları bu uygulamanın sigara içenlerin haklarını çiğnediğini de iddia ederler. Sigara içenler ve içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminin olumsuz etkilerine aynı şekilde duyarlıdır. Bu yasanın arkasındaki ilke ise, hükümetlerin, temel insan hakları ve özgürlüklerini korumak olduğu noktasıdır. Bu yaşamsal ödev kesindir ve ulaşılabilen en yüksek sağlık standardı hakkı olarak pek çok uluslararası yasal düzenlemelerde belirtilmiştir. Pasif sigara dumanı etkilenimi bu hakkı açıkça ihlal etmektedir.

Tütün endüstrisi, onun lobicileri ve mücadele grupları tarafından ileri sürülen bu görüşlerle baş etme çalışmaları temel bir insan hakkı olan sigarasız ortam konusunda destek sağlamak bakımından çok temel bir çabadır. Sigarasız ortamların sağlanması, sigara içmeyenlerin temiz hava soluma haklarını garanti altına alır, sigara içenleri sigarayı bırakmaları yönünde teşvik eder, hükümetlere de toplumda herkesin yararına olan tütünle mücadele konusunda önderlik yapma olanağı sağlar.

Tütün endüstrisinin sigarasız ortamlar uygulamasının işe yaramaz ve işyerleri açısından harcama gerektiren uygulama olacağı şeklindeki ifadelerin aksine, sigarasızlık yasaları çeşitli ülkelerde çok başarılı şekilde uygulanmaktadır. Amerikan halkının yaklaşık yarısı ve Kanada halkının %90'ı, İrlanda, Norveç, Yeni Zelanda, İtalya, Fransa, Uruguay, Nijer, Singapur gibi birçok ülke halklarının tamamı sigarasız toplu alanlarda ve sigarasız işyerlerinde yaşamaktadır. Sigarasız ortam uygulamasının ekonomi üzerindeki etkileri konusundaki bilimsel verilerin dikkatle incelenmesi sonucunda, bu uygulamanın işyerlerinin ekonomisi üzerine herhangi olumsuz etkisi olmadığı, bu etkinin nötral, hatta bazı durumlarda olumlu bir etki olduğu saptanmıştır. İrlanda'da sigarasızlık yasası

konusu gündeme geldiğinde tütün endüstrisi, sigara içilmesinin ülkenin bar (pub) kültürünün ayrılmaz bir parçası olduğunu ileri sürerek şiddetle itiraz etti, bu yasaklamanın zorlayıcı olamayacağını ve bar sahipleri açısından tamiri mümkün olmayan ekonomik zarara yol açacağını iddia etti. Oysa ülke üç yıldan beri büyük bir toplumsal destek ile “sigarasız”dır ve işyerleri üzerinde herhangi olumsuz etkisi de yoktur.

Sigarasızlık yasasının yürürlüğe girdiği bütün ülkelerde toplumun görüşü üzerine yapılan çalışmalar, bu konuda büyük bir toplumsal destek olduğunu ortaya koymaktadır. Uruguay, Amerika kıtasında %100 sigarasızlık yasasını uygulayan ilk ülke olmuştur. Bu ülkede bütün kapalı alanlar ve restoran, bar ve gazino lar dahil olmak üzere bütün işyerleri “sigarasız” olmuştur. Yasaklama 10 Uruguaylı’nın 8’inin ve sigara içenlerin de yaklaşık üçte ikisinin desteğini almıştır.

Yeni Zelanda 2004 yılında sigarasızlık yasasını geçirdikten sonra toplumun %69’u, insanların sigarasız bir ortamda çalışma hakkının olduğunu ifade etmiştir.

Kaliforniya’da restoran ve barlar dahil olmak üzere sigarasız işyerleri yasası 1998 yılında yürürlüğe girdiğinde toplumun %75’ nin onayını almıştır.

Sigarasız ortamlar oluşturulması sigarayı bırakmak isteyenler bakımından da yarar sağlar. İşyerlerinin “sigarasız” olması sigara içme sıklığında %4’lük azalmaya yol açar. Endüstrileşmiş bazı ülkelerde sigarasız işyeri politikası uygulamasından sonra çalışanlar arasında toplam sigara kullanımında %29’luk azalma meydana gelmiştir. Toplu yerlerde sigarasızlık politikasının uygulanması sonucunda aileler de kendi evlerini “sigarasız” hale getirmektedirler ve bu durum evdeki çocukları ve diğer kişileri pasif sigara dumanı etkileniminin tehlikelerinden korumaktadır. Kapsamlı “sigarasızlık” yasasının yürürlüğe girmesinden sonra sigara içenler de evlerinde gönüllü olarak sigara içmemeye başlamışlardır.

Kapalı yerlerde sigara içilmesi için yerler ayrılması sigarasız ortamlar yasasını ciddi şekilde zayıflatır, hatta tamamen işlevsiz hale getirebilir. Tütün endüstrisi de sigarasız ortamlar uygulamasının etkisini çok iyi bilmektedir ve bu uygulamayı zayıfl atmak için istisnalar yaratmaya çalışmaktadır. Phillip Morris firmasının 1992 yılındaki bir iç

yazışma raporunda şöyle denilmektedir: “İşyerlerinde tam sigarasızlık kuralının uygulanması endüstrinin iş hacmini ciddi şekilde etkiler. İşyerlerinde sigara içilmesine izin verilen yerler ayrılması gibi daha ılımlı kısıtlamalar yapılması sigara bırakma üzerinde az etki yapar ve toplam sigara tüketimini çok etkilemez”.
(<http://www.havanikoru.org.tr/>)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

“GÜNÜMÜZDE ALKOL VE SİGARA TÜKETİMİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA” UYGULAMA SONUÇLARI

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Ankara ilin de Tütün ve Alkol tüketiminin etkilerini seçilen örnek yardımı ile ölçmektir. Bununla birlikte, kişilerin demografik özelliklerinin, Alkol ve Sigara tüketimi ile etkileşimini ölçmek amacıyla, yapılan anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda araştırma hipotezlerinin test edilmesi amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Örneğe seçilen 14 – 45 yaş aralığının da 420 kişiye Anket formu ile elde edilen bilgilere dayalı olarak, geliştirilen hipotezler Ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca Demografik bilgiler özetlenerek verilmiştir.

Anket uygulanmadan önce seçilen küçük bir grup ile anket soruları test edilmiş anlamsız sorular ayıklanmış eksik hissedilen konular sorulara eklenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YIĞIN VE ÖRNEĞİ

Araştırmanın yığını , Ankara İlindeki, Alkol ve Sigara kullanımında 14-45 yaş aralığındaki kişilerdir.

Araştırmanın örnek çapı ise Ankara da rassal olarak seçilmiş 420 kişiden oluşmaktadır.

3.4. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmada yığın ve örneğimiz Ankara ili merkezinde bulunan rassal olarak seçilmiş kişilerden oluşmaktadır. Örneğimize 450 kişi seçilmesine rağmen anketi cevaplayan 420 kişi ile sınırlı kalmıştır.

3.5. VARSAYIMLAR

Ankete katılanların verdikleri cevapların doğru olduğu varsayılmıştır. Örneğe alınan birimler birbirlerinden bağımsız olarak seçilmiştir. Yığın normal dağılıma sahiptir. Ankette; çoktan seçmeli, sorular da ise liste tipi sorular kullanılmıştır.

3.6. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Ölçme aracını oluşturan ifadelerin birbiriyle tutarlılık gösterip göstermediği, aralarındaki ilişkinin ölçülmesiyle ortaya çıkar. Güvenirlik katsayısı, 0 ile 1 arasında değerler alır ve bu değerler 1'e yaklaştıkça güvenirlilik artar. Bu amaçla yapılan anket araştırmasının güvenilirliğini ölçmek amacıyla sorular hazırlanarak güvenirlilik testi yapılmıştır.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,868	10

Güvenirlilik analizine göre likert ölçekli 10 soruya ait Cronbach's Alfa değeri 0,868'dir. Bu değer 0,70'den büyük olduğu için sonuçların güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7. ARAŞTIRMADA ELDE EDİLEN BULGULAR

3.7.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3.7.1.1. Ankete katılanların “Cinsiyet” Dağılımları

Tablo.1: Katılımcıların Cinsiyet İtibariyle Dağılımı

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Erkek	273	65,0	65,0	65,0
Kadin	147	35,0	35,0	100,0
Total	420	100,0	100,0	

Tablo 1’de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların cinsiyet itibariyle dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların;

- % 35’i (147 kişi) kadındır.
- % 65’i (273 kişi) erkektir.

Ankete katılanlar kişiler arasında erkekler kadınlardan %30 daha fazladır.

3.7.1.2. Ankete katılanların “Yaş” Dağılımları

Tablo. 2 : Katılımcıların Yaşları İtibariyle Dağılımı

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-24	211	50,2	50,2	50,2
25-34	179	42,6	42,6	92,9
35-44	21	5,0	5,0	97,9
45-54	7	1,7	1,7	99,5
55 ve üzeri	2,5	,5		100,0
Total	420	100,0	100,0	

Tablo 2’de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların yaşları itibariyle dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların Ankete katılan kişilerin:

- % 50,2’si 18 – 24 (211 kişi) yaş aralığındadır.
- % 42,6’si 25–34 (179 kişi) yaş aralığındadır.
- % 5’i 35–44 (21 kişi) yaş aralığındadır.
- % 1,7’si 45-54 (7 kişi) yaş aralığındadır.
- % 0,5’i 55 (2 kişi) yaş ve üzerindedir .

3.7.1.3. Ankete katılanların “Medeni Durum” Dağılımları

Tablo. 3: Katılımcıların Medeni Durumları itibariyle Dağılımları

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Evli	56	13,3	13,3	13,3
Bekar	355	84,5	84,5	97,9
Bosanmis	9	2,1	2,1	100,0
Total	420	100,0	100,0	

Tablo 3 de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların;

- % 2,1 (9 kişi) Boşanmıştır.
- % 13,3’ü (56 kişi) Evlidir.
- % 84,5’i (355 kişi) Bekârdır.

3.7.1.4. Ankete katılanların “Eğitim Durumu” Dağılımları

Tablo. 4 :Katılımcıların Eğitim Düzeyleri İtibariyle Dağılımı

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ilköğretim	1	,2	,2	,2
lise	43	10,2	10,2	10,5
ön lisans	39	9,3	9,3	19,8
lisans	298	71,0	71,0	90,7
yüksek lisans	39	9,3	9,3	100,0
Total	420	100,0	100,0	

Tablo 4 de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların eğitim düzeyleri itibariyle dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların;

- % 0,2'si (1 kişi) ilköğretim mezunudur.
- % 10,2'si (43 kişi) lise mezunudur.
- % 9,3'ü (39 kişi) önlisans mezunudur.
- % 71'i (298 kişi) lisans mezunudur.
- % 9,3'ü (39 kişi) yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların büyük bir yüzdesi (%89,5) üniversite düzeyinde eğitim görmüştür.

3.7.1.5. Ankete katılanların “Mesai Düzeni” Dağılımları

Tablo. 5 : Katılımcıların Mesai Düzenine Göre Dağılımı

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
normal mesai	160	38,1	62,5	62,5
Vardiyalı	19	4,5	7,4	69,9
duzensiz ve vardiyalı	77	18,3	30,1	100,0
Total	256	61,0	100,0	
Missing				
System	164	39,0		
Total	420	100,0		

Tablo 5’de araştırma kapsamında yer alan katılımcıların;

- % 37,9’u (159 kişi) normal mesai
- % 4,5’i (19 kişi) Vardiyalı .
- % 18,3’ü (77 kişi) Düzensiz ve vardiyalı.
- % 39,2’si (165 kişi) çalışmadıkları , öğrenci oldukları için bu soruya cevap vermemiştir.

Katılımcıların % 37,9’u (159 kişi) normal mesaidir.

3.8. HİPOTEZLER

1. HİPOTEZ

H0: Cinsiyet ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Cinsiyet ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 6. Cinsiyet ile Alkol Kullanımı

			alkol_kullanma			Total
			Evet	zaman zaman	Hayir	
Cinsiyet	Erkek	Count	92	82	99	273
		% within cinsiyet	33,7%	30,0%	36,3%	100,0%
		% within alkol_kullanma	74,8%	59,9%	62,3%	65,2%
		% of Total	22,0%	19,6%	23,6%	65,2%
Kadin	Kadin	Count	31	55	60	146
		% within cinsiyet	21,2%	37,7%	41,1%	100,0%
		% within alkol_kullanma	25,2%	40,1%	37,7%	34,8%
		% of Total	7,4%	13,1%	14,3%	34,8%
Total	Total	Count	123	137	159	419
		% within cinsiyet	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,317 ^a	2	,026
Likelihood Ratio	7,547	2	,023
Linear-by-Linear Association	4,266	1	,039
N of Valid Cases	419		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Ankete katılan kadınların % 58,9'lık kısmı alkol kullanıyor ya da zaman zaman alkol kullanıyor. Erkeklerde ise bu oran % 63,7 ile kadınlardan daha yüksektir. Toplam da bu soruyu yanıtlayan 419 kişiden 159 kişi alkol kullanmadığını belirtmiştir. Bu %37,9'luk bir orana karşılık gelmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Yani cinsiyet değişkeni ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

2.HİPOTEZ

H0: Yaş ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Yaş ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 7. Yaş ile Alkol Kullanımı

		alkol_kullanma			Total	
		evet	zaman zaman	Hayir		
Yas	18-24	Count	83	67	61	211
		% within yas	39,3%	31,8%	28,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	67,5%	48,9%	38,4%	50,4%
		% of Total	19,8%	16,0%	14,6%	50,4%
25-34	Count	35	60	83	178	
		% within yas	19,7%	33,7%	46,6%	100,0%
		% within alkol_kullanma	28,5%	43,8%	52,2%	42,5%
		% of Total	8,4%	14,3%	19,8%	42,5%
35-44	Count	5	10	6	21	
		% within yas	23,8%	47,6%	28,6%	100,0%
		% within alkol_kullanma	4,1%	7,3%	3,8%	5,0%
		% of Total	1,2%	2,4%	1,4%	5,0%
45-54	Count	0	0	7	7	
		% within yas	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% within alkol_kullanma	,0%	,0%	4,4%	1,7%
		% of Total	,0%	,0%	1,7%	1,7%
55 ve uzeri	Count	0	0	2	2	
		% within yas	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% within alkol_kullanma	,0%	,0%	1,3%	,5%
		% of Total	,0%	,0%	,5%	,5%
Total	Count	123	137	159	419	
		% within yas	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,901 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	40,737	8	,000
Linear-by-Linear Association	23,793	1	,000
N of Valid Cases	419		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Toplam içerisinde alkol kullanımına evet cevabını veren bireylerden 18-24 ve 25-34 yaş grupları %67,5 ve %28,5 oranları toplamda %96'lık büyük bir kısmı oluşturmaktadır. 45 yaş ve üzerini kapsayan tüm gruplarda alkol kullanıma evet veya zaman zaman cevabını veren birey yoktur.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Yani yaş değişkeni ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

3.HİPOTEZ

H0: Medeni durum ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Medeni durum ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 8. Medeni Durum ile Alkol Kullanımı

			alkol_kullanma			Total
			Evete	zaman zaman	hayir	
medeni_durum	Evli	Count	7	13	36	56
		% within medeni_durum	12,5%	23,2%	64,3%	100,0%
		% within alkol_kullanma	5,7%	9,5%	22,6%	13,4%
		% of Total	1,7%	3,1%	8,6%	13,4%
	Bekar	Count	112	123	119	354
		% within medeni_durum	31,6%	34,7%	33,6%	100,0%
		% within alkol_kullanma	91,1%	89,8%	74,8%	84,5%
		% of Total	26,7%	29,4%	28,4%	84,5%
	Bosanmis	Count	4	1	4	9
		% within medeni_durum	44,4%	11,1%	44,4%	100,0%
		% within alkol_kullanma	3,3%	0,7%	2,5%	2,1%
		% of Total	1,0%	0,2%	1,0%	2,1%
Total	Count	123	137	159	419	
	% within medeni_durum	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%	
	% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,111 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	22,399	4	,000
Linear-by-Linear Association	15,635	1	,000
N of Valid Cases	419		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanımı sorusuna cevap verenlerden evli bireyler arasında %64,3'lük kısım hayır cevabını vermiştir. Fakat toplamda alkol kullanımı sorusuna hayır cevabını verenlerin büyük çoğunluğu %74,8 ile bekarlardan gelmiştir. Boşanmış bireylerde ise zaman zaman yanıtını birey sayısı azdır.

Bekar bireylerde alkol kullanımına ilişkin yönelim çok dağınıktır ve oranlar birbirine çok yakındır. Bekar bireylerde evet cevabı %31,6; zaman zaman cevabı %34,7; hayır cevabı ise %33,6 oranında görülmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Yani medeni durum değişkeni ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

4.HİPOTEZ

H0: Öğrenim düzeyi ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Öğrenim düzeyi ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 9. Öğrenim Düzeyi ile Alkol Kullanımı

			alkol_kullanma			Total
			evet	zaman zaman	hayir	
ogrenim_ düzeyi	İlkogretim	Count	0	0	1	1
		% within ogrenim_düzeyi	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% within alkol_kullanma	,0%	,0%	,6%	,2%
		% of Total	,0%	,0%	,2%	,2%
Lise		Count	10	14	19	43
		% within ogrenim_düzeyi	23,3%	32,6%	44,2%	100,0%
		% within alkol_kullanma	8,1%	10,2%	11,9%	10,3%
		% of Total	2,4%	3,3%	4,5%	10,3%
on lisans		Count	12	12	15	39
		% within ogrenim_düzeyi	30,8%	30,8%	38,5%	100,0%
		% within alkol_kullanma	9,8%	8,8%	9,4%	9,3%
		% of Total	2,9%	2,9%	3,6%	9,3%
Lisans		Count	91	95	111	297
		% within ogrenim_düzeyi	30,6%	32,0%	37,4%	100,0%
		% within alkol_kullanma	74,0%	69,3%	69,8%	70,9%
		% of Total	21,7%	22,7%	26,5%	70,9%
yüksek lisans		Count	10	16	13	39
		% within ogrenim_düzeyi	25,6%	41,0%	33,3%	100,0%
		% within alkol_kullanma	8,1%	11,7%	8,2%	9,3%
		% of Total	2,4%	3,8%	3,1%	9,3%
Total		Count	123	137	159	419
		% within ogrenim_düzeyi	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,163 ^a	8	,842
Likelihood Ratio	4,439	8	,815
Linear-by-Linear Association	1,113	1	,291
N of Valid Cases	419		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanma durumu sorusuna yanıt veren lisans düzeyinde eğitim görmüş kişilerin bu soruya verdikleri cevap dağılık ve oranları çok yakındır. Bu kişilerde evet cevabını verenler %30,6; zaman zaman cevabını verenler %32 ; hayır cevabını verenler ise %37,4'tür. Toplam alkol kullanım duruma hayır cevabını verenlerin büyük bir çoğunluğu(%74) yine lisans düzeyinde eğitim görmüş bireylerden gelmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilemez. Yani öğrenim düzeyi değişkeni ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğunu kanıtlayacak yeteri kadar bilgi bulunmamaktadır.

5.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durum ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Ekonomik durum ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 10. Ekonomik Durum ile Alkol Kullanımı

			alkol_kullanma			Total
			evet	zaman zaman	hayir	
Ekonomik _durum	asgari ucret	Count	21	21	43	85
		% within ekonomik_durum	24,7%	24,7%	50,6%	100,0%
		% within alkol_kullanma	29,2%	26,6%	33,6%	30,5%
		% of Total	7,5%	7,5%	15,4%	30,5%
1000- 1500		Count	23	14	26	63
		% within ekonomik_durum	36,5%	22,2%	41,3%	100,0%
		% within alkol_kullanma	31,9%	17,7%	20,3%	22,6%
		% of Total	8,2%	5,0%	9,3%	22,6%
1501- 3000		Count	20	32	53	105
		% within ekonomik_durum	19,0%	30,5%	50,5%	100,0%
		% within alkol_kullanma	27,8%	40,5%	41,4%	37,6%
		% of Total	7,2%	11,5%	19,0%	37,6%
3001 ve uzeri		Count	8	12	6	26
		% within ekonomik_durum	30,8%	46,2%	23,1%	100,0%
		% within alkol_kullanma	11,1%	15,2%	4,7%	9,3%
		% of Total	2,9%	4,3%	2,2%	9,3%
Total		Count	72	79	128	279
		% within ekonomik_durum	25,8%	28,3%	45,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	25,8%	28,3%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,388 ^a	6	,037
Likelihood Ratio	13,493	6	,036
Linear-by-Linear Association	,297	1	,586
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanımı sorusuna yanıt verenlerin büyük çoğunluğunu toplamda %61,1'lik oran ile geliri asgari ücret ve 1000-1500TL aralığında olanlar oluşturmaktadır. Geliri 3001 TL ve üzerinde olanların % 46,2'si alkol kullanımlarını zaman zaman diye tanımlamışlardır.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Yani ekonomik durum ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

6.HİPOTEZ

H0: Cinsiyet ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Cinsiyet ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 11. Cinsiyet ile Sigara Kullanımı

		Cinsiyet		Total
		Erkek	Kadin	
sigara_kullanma	Evet	199	96	295
	zaman zaman	32	11	43
	Hayir	42	40	82
Total		273	147	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,305 ^a	2	,010
Likelihood Ratio	9,100	2	,011
Linear-by-Linear Association	5,610	1	,018
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullanımına evet diyenlerden 199 kişi erkek ; 96 kişi kadın.Zaman zaman sigara kullananların 32'si erkek , 11'i kadın. Sigara kullanmayanların 42'si erkek , 40'ı kadın.

Soruyu yanıtlayan 420 kişiden 295'i sigara kullanıyor , 43'ü zaman zaman kullanıyor ; 82'si sigara kullanmıyor.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani Sigara ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

7.HİPOTEZ

H0: Yaş ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Yaş ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 12. Yaş ile Sigara Kullanımı

		Yas					Total
		18-24	25-34	35-44	45-54	55 ve üzeri	
sigara_ kullanma	Evet	165	116	9	4	1	295
	zaman zaman	20	18	5	0	0	43
	Hayir	26	45	7	3	1	82
Total		211	179	21	7	2	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,460 ^a	8	,003
Likelihood Ratio	23,147	8	,003
Linear-by-Linear Association	17,723	1	,000
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullanmadığını söyleyen 295 kişinin, büyük çoğunluğu 18-24 ve 24-34 yaş aralığındadır.18-24 yaş aralığındaki 211 kişiden 165'i sigara kullanmadığını belirtmiştir.18-24 yaş aralığındaki, 20 kişi zaman zaman sigara kullanırken ; 26 kişi kullanmadığını belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p>0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani Sigara kullanımı ile yaş durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

8.HİPOTEZ

H0: Medeni durum ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Medeni durum ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 13. Medeni Durum ile Sigara Kullanımı

		medeni_durum			Total
		Evli	Bekar	Bosanmis	
sigara_kullanma	Evet	26	260	9	295
	zaman zaman	8	35	0	43
	Hayir	22	60	0	82
Total		56	355	9	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,187 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	22,738	4	,000
Linear-by-Linear Association	21,681	1	,000
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullandığını belirten 295 kişiden ; 260'ı bekar, 26'sı evlidir.Zaman zaman sigara kullanan 43 kişiden, 53'i bekar , 8'i evlidir.Bu soruya yanıt veren 9 boşanmış kişinin tamamı da sigara kullanmaktadır.Sigara kullanmayan 82 kişiden, 60'ı bekar, 22'si evlidir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani Sigara kullanımı ile medeni durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

9.HİPOTEZ

H0: Öğrenim düzeyi ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Öğrenim düzeyi ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 14. Öğrenim Düzeyi ile Sigara Kullanımı

	ogrenim_duzeyi					Total
	ilkogretim	Lise	on lisans	lisans	yuksek lisans	
sigara_kullanma Evet	1	31	31	203	29	295
zaman zaman	0	0	4	34	5	43
Hayir	0	12	4	61	5	82
Total	1	43	39	298	39	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,558 ^a	8	,228
Likelihood Ratio	15,492	8	,050
Linear-by-Linear Association	,008	1	,927
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Yüksek lisans düzeyinde eğitim görmüş 39 kişiden, 29'u sigara kullanmaktadır. Lisans düzeyinde eğitim görmüş 298 kişiden, 203'ü sigara kullanırken, 34'ü zaman zaman kullanmaktadır ; 61i sigara kullanmamaktadır. Sigara kullandığını belirten 295 kişiden 1'i ilköğretim ; 31'i lise ; 31'i önlisans ; 203ü lisans ; 29'u yüksek lisans düzeyinde eğitim görmüştür.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani Sigara kullanımı ile eğitim düzeyinin arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez..

10.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durumu ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Ekonomik durumu ile sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 15. Ekonomik Durum ile Sigara Kullanımı

	ekonomik_durum				Total
	asgari ücret	1000-1500	1501-3000	3001 ve üzeri	
sigara_kullanma Evet	61	43	60	20	184
zaman zaman	5	6	19	3	33
Hayir	19	14	26	3	62
Total	85	63	105	26	279

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,149 ^a	6	,119
Likelihood Ratio	10,559	6	,103
Linear-by-Linear Association	,158	1	,691
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullandığını belirten 184 kişiden, 61'i Asgari ücret ; 43'ü 1000 - 1500 TL aralığında ; 60'ı 1501 - 3000 TL aralığında ; 20'si 3001 TL ve üzeri düzeyde gelire sahiptir.Asgari ücret gelirine sahip 85 kişiden, 61'i sigara kullanmaktadır ; 5' i zaman zaman kullanmaktadır ; 19'u sigara kullanmamaktadır. Geliri 1000 - 1500TL arasında olan 63 kişiden ; 43'ü sigara kullanmaktadır ; 6'sı zaman zaman kullanmaktadır ; 14'ü sigara kullanmamaktadır. Geliri 3001 TL ve üzerinde olan 26 kişiden ; 20si sigara kullanırken, 3'ü zaman zaman kullandığını ; 3'ü de sigara kullanmadığını belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p>0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani Sigara kullanımı ile ekonomik durum arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

11.HİPOTEZ

H0: Sigara kullanma durumu ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur

H1: Sigara kullanma durumu ile alkol kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo: 16. Sigara Kullanma Durumu ile Alkol Kullanımı

			alkol_kullanma			Total
			Evet	zaman zaman	hayir	
Sigara _kullanma	Evet	Count	106	96	93	295
		% within sigara_kullanma	35,9%	32,5%	31,5%	100,0%
		% within alkol_kullanma	86,2%	70,1%	58,5%	70,4%
		% of Total	25,3%	22,9%	22,2%	70,4%
zaman zaman		Count	9	18	16	43
		% within sigara_kullanma	20,9%	41,9%	37,2%	100,0%
		% within alkol_kullanma	7,3%	13,1%	10,1%	10,3%
		% of Total	2,1%	4,3%	3,8%	10,3%
Hayir		Count	8	23	50	81
		% within sigara_kullanma	9,9%	28,4%	61,7%	100,0%
		% within alkol_kullanma	6,5%	16,8%	31,4%	19,3%
		% of Total	1,9%	5,5%	11,9%	19,3%
Total		Count	123	137	159	419
		% within sigara_kullanma	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%
		% within alkol_kullanma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	29,4%	32,7%	37,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,705 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	34,373	4	,000
Linear-by-Linear Association	30,264	1	,000
N of Valid Cases	419		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Katılımcılardan hem alkol hem de sigara kullanımına evet diyenlerin oranları %25,3 ile diğer tüm ikili cevaplar arasından en yüksek olanıdır. Sigara kullanımına hayır,alkol kullanımına evet diyenler %1,9 ile en düşük değere sahiptir. Hem alkol hem de sigara kullanımı için zaman zaman yanıtını veren katılımcıların oranı ise % 4,3'tür.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Yani alkol kullanma durumu ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

12.HİPOTEZ

H0: Yaşın, alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerinde etkisi yoktur.

H1: Yaşın, alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerinde etkisi var.

Tablo: 17. Yaş ile Alkol Kullanan Kişideki İçme Durumu

		alkol_kullanan_kiside			Total
		surekli icme egilimi vardir	zaman zaman icme egilimi olur	istediginde birakilabilir	
Yas	18-24	38	84	88	210
	25-34	43	69	64	176
	35-44	6	5	10	21
	45-54	1	4	2	7
	55 ve uzeri	1	0	1	2
Total		89	162	165	416

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,291 ^a	8	,506
Likelihood Ratio	7,991	8	,434
Linear-by-Linear Association	1,429	1	,232
N of Valid Cases	416		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanan kişilerdeki içme özelliğinin yaşa bağlı olmaksızın genellikle istendiğinde bırakılabilir nitelikte olduğu ankete katılan kişiler tarafından belirtilmiştir. Özel olarak 25-34 yaş arasındaki alkol kullanan kişilerde içme özelliği için “zaman zaman içme eğilimi olur” diğer yaş aralıklarına göre ağırlıklı olmuştur.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani yaş ile alkol kullanan kişideki içme özelliği arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

13.HİPOTEZ

H0: Yaşın alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Yaşın alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 18. Yaş ile Alkol Kullanım Sıklığı

		alkol_kullanma_sikligi				Total
		Hergun	haftada bir kac kez	haftada 1 kez	ayda 1kez	
yas	18-24	5	33	32	88	158
	25-34	1	20	18	59	98
	35-44	0	5	5	4	14
	45-54	0	1	0	1	2
Total		6	59	55	152	272

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,208 ^a	9	,513
Likelihood Ratio	8,733	9	,462
Linear-by-Linear Association	,221	1	,638
N of Valid Cases	272		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullandığını belirten 272 kişiden 152'si alkol kullanım sıklığını "ayda 1 kez" olarak belirtmiştir. Her gün alkol kullandığını belirten 6 kişiden 5'i 18-24, 1'i ise 25-35 yaş aralığındadır. Tablodan genel olarak alkol kullanım sıklığının yaş aralıklarına göre farklılık göstermediği görülebilir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani yaş ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

14.HİPOTEZ

H0: Medeni durumun alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Medeni durumun alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 19. Medeni Durum ile Alkol Kullanımı

		alkol_kullanimi_degerlendirme			Total
		Normal	zaman zaman olmalı	hic kullanilmamali	
medeni_durum	Evli	13	16	27	56
	Bekar	71	171	111	353
	Bosanmis	3	2	4	9
Total		87	189	142	418

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,510 ^a	4	,033
Likelihood Ratio	10,750	4	,030
Linear-by-Linear Association	1,463	1	,226
N of Valid Cases	418		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, 418 kişiden bekar olanların alkol kullanımını ağırlıklı olarak “zaman zaman olmalı” diye değerlendirdiği; evli olanların ise ağırlıklı olarak “hiç kullanılmamalı” olarak değerlendirdiği gözlenmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilir. Yani medeni durum ile alkol kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

15.HİPOTEZ

H0: Medeni durumun alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerine etkisi yoktur.

H1: Medeni durumun alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerine etkisi vardır.

Tablo: 20. Medeni Durumun Alkol Kullanan Kişideki içme Durumu

		alkol_kullanan_kiside			Total
		surekli icme egilimi vardır	zaman zaman icme eğilimi olur	istediginde birakılabilir	
medeni_durum	Evli	16	16	21	53
	Bekar	69	142	143	354
	Bosanmış	4	4	1	9
Total		89	162	165	416

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,885 ^a	4	,096
Likelihood Ratio	7,978	4	,092
Linear-by-Linear Association	,000	1	,995
N of Valid Cases	416		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanımı değerlendirmesi yapan 416 kişiden 354'ü bekar, 53'ü ise evlidir. Hem evli hem de bekar bireylerde “sürekli içme eğilimi vardır” “zaman zaman içme eğilimi vardır” “istediginde bırakabilir” görüşlerinin buldukları medeni durumdaki katılım sayısı ile orantılı olarak değiştiği gözlenmektedir. Özel olarak bekar bireylerin alkol kullanan kişide sürekli içme eğilimi olacağı yönündeki görüşten evlilere göre daha fazla kaçındıkları görülmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilemez. Yani medeni durum ile alkol kullanan kişideki içme özelliği arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

16.HİPOTEZ

H0:Medeni durumun alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1:Medeni durumun alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 21. Medeni durumun Alkol Kullanım Sıklığı

		alkol_kullanma_sikligi				Total
		Hergun	haftada bir kac kez	haftada 1 kez	ayda 1 kez	
medeni_durum	Evli	0	7	5	13	25
	Bekar	5	49	50	138	242
	Bosanmis	1	3	0	1	5
Total		6	59	55	152	272

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,135 ^a	6	,028
Likelihood Ratio	10,390	6	,109
Linear-by-Linear Association	,737	1	,391
N of Valid Cases	272		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Ayda 1 kez alkol kullandığını belirten 55 kişiden 50'sinin bekar 5 tanesinin evli olduğu görülmektedir. Ayda 1 kez alkol kullandığını belirten 152 kişiden 138 tanesinin bekar 13'ünün evli olduğu görülmektedir. Bekarlar da alkol kullanımının daha yaygın olduğu gözlenmektedir. Her iki medeni durum grubu için de ayda 1 alkol kullananların oran daha yüksektir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani medeni durum ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

17 .HİPOTEZ

H0: Medeni durumun sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Medeni durumun sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 22. Medeni Durumun Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi

		sigara_kullanimi_degerlendirme			Total
		zaman zaman icilebilir	tiryakilige yol acabilir	kesinlikle icilmemelidir	
medeni_durum	Evli	7	9	40	56
	Bekar	74	147	134	355
	Bosanmis	1	4	4	9
Total		82	160	178	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,264 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	23,642	4	,000
Linear-by-Linear Association	10,926	1	,001
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullanımını “kesinlikle içilmemeli” olarak değerlendiren 178 kişiden 40’ı evli, 134’ü bekar , 4’ü ise boşanmıştır. Bekar bireyler arasından 74 kişi sigaranın zaman zaman kullanılabileceğini, 147 kişi tiryakiliğe yol açabileceğini, 134 kişi ise kesinlikle içilmemesi gerektiğini belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani medeni durum ile sigara kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

18.HİPOTEZ

H0: Öğrenim düzeyinin alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Öğrenim düzeyinin alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 23. Öğrenim Düzeyinin Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi

		alkol_kullanimi_degerlendirme			Total
		Normal	zaman zaman olmalı	hic kullanılmamalı	
ogrenim_duzeyi	İlkogretim	0	0	1	1
	Lise	10	15	18	43
	on lisans	7	14	18	39
	Lisans	58	140	98	296
	yuksek lisans	12	20	7	39
Total		87	189	142	418

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,158 ^a	8,144	
Likelihood Ratio	12,659	8,124	
Linear-by-Linear Association	4,249	1,039	
N of Valid Cases	418		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Lisans düzeyinde eğitim görmüş bireyler 140'ı alkol kullanımını “zaman zaman olmalı” olarak değerlendirmiştir. Yüksek lisans düzeyinde eğitim görenlerden ise 20 kişi “zaman zaman olmalı “olarak değerlendirmiştir. Her eğitim düzeyinde ağırlıklı olarak alkol kullanımının “ zaman zaman olmalı” ya da “hiç kullanılmamalı” olarak değerlendirildiği gözlenebilir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p>0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani öğrenim düzeyi ile alkol kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

19.HİPOTEZ

H0: Öğrenim düzeyinin alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerinde etkisi yoktur.

H1: Öğrenim düzeyinin alkol kullanan kişideki içme özelliği üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 24. Öğrenim Düzeyinin Alkol Kullanan Kişideki İçme Durumu

		alkol_kullanan_kiside			Total
		surekli icme egilimi vardır	zaman zaman icme eğilimi olur	istediginde birakılabilir	
ogrenim_duzeyi	İlkogretim	0	0	1	1
	lise	11	15	17	43
	on lisans	10	8	21	39
	lisans	61	122	111	294
	yuksek lisans	7	17	15	39
Total		89	162	165	416

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,031 ^a	8	,340
Likelihood Ratio	9,840	8	,276
Linear-by-Linear Association	,022	1	,883
N of Valid Cases	416		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanan kişilerdeki içme özelliğinin bireylerin çoğunluğunu oluşturan lisans düzeyinde eğitim alanlar açısından 122 kişinin cevabı ile “zaman zaman içme eğilimi olur” olarak değerlendirdiği gözlenmektedir. Yine lisans eğitimi almış bireylerden 111 kişinin ise alkol kullanan kişideki içme özelliğini “ istediğinde bırakılabilir” olarak değerlendirdiği görülmektedir. Alkol kullanan kişideki içme özelliğini “ zaman zaman içme eğilimi olur” ve “istendiğinde bırakılabilir” olarak değerlendiren bireylerin sayısı aynıdır.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani öğrenim düzeyi ile alkol kullanan kişideki içme özelliği arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

20.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durumun alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Ekonomik durumun alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 25. Ekonomik Durumun Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi

		alkol_kullanimi_degerlendirme			Total
		Normal	zaman zaman olmalı	hic kullanilmamali	
ekonomik_durum	asgari ucret	16	37	31	84
	1000-1500	14	28	21	63
	1501-3000	18	35	52	105
	3001 ve uzeri	8	12	6	26
Total		56	112	110	278

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,346 ^a	6	,155
Likelihood Ratio	9,376	6	,154
Linear-by-Linear Association	,004	1	,947
N of Valid Cases	278		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Her ekonomik düzeydeki alkol kullanımı değerlendirmelerinin düzeydeki birim sayısına orantılı olarak yaklaşık aynı dağıldığı gözlenmektedir. Yani aldığı ücret 1000-1500 aralığın da olan bireyler ile 3001 ve üzerinde olan bireylerin alkol kullanımı değerlendirmesi soruyu cevaplayan gruptaki birey sayısına göre orantılı dağılmıştır. Asgari ücret alan 84 bireyden alkol kullanımı değerlendirmesi için 16'sı “normal” 37'si “zaman zaman olmalı” 31'i “hiç olmamalı” şeklinde olduğu görülmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani ekonomik durum ile alkol kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

21.HİPOTEZ

H0: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanımı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanımı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 26. Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanımı Üzerindeki Etkisi

	sigara_kullanma			Total
	evet	zaman zaman	hayir	
aldiginiz_ucret_sizce Yeterlidir	52	6	10	68
daha iyi bir is buldugumda vazgeçilebilir	35	17	14	66
Yetersizdir	95	12	38	145
Total	182	35	62	279

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,662 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	16,089	4	,003
Linear-by-Linear Association	2,474	1	,116
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı ücreti yeterli bulduğunu belirten 68 bireyden 52'si sigara kullandığını belirtmiştir. 6'sı zaman zaman kullandığını, 10 tanesi ise sigara kullanmadığını belirtmiştir. Sigara kullandığını belirten 182 kişiden 52'si aldığı ücreti yeterli bulmaktadır, 35'i daha iyi bir iş bulduğunda vazgeçilebilir olarak değerlendirmiştir, 95'i is aldığı ücreti yetersiz bulduğunu söylemiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani alınan ücret değerlendirmesi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

22.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durumun alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Ekonomik durumun alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 27. Ekonomik Durumun Alkol Kullanım Sıklığı

		alkol_kullanma_sikligi				Total
		hergun	haftada bir kac kez	haftada 1 kez	ayda 1kez	
ekonomik_durum	asgari ucret	3	12	9	20	44
	1000-1500	0	16	13	13	42
	1501-3000	1	10	13	32	56
	3001 ve uzeri	2	5	2	12	21
Total		6	43	37	77	163

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,967 ^a	9	,068
Likelihood Ratio	17,296	9	,044
Linear-by-Linear Association	1,931	1	,165
N of Valid Cases	163		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı geliri asgari ücret olarak belirten 44 kişiden 3'ü her gün, 12'si haftada birkaç kez; 9'u hafta da bir kez 20'si ayda bir kez alkol kullandığını belirtmiştir. Çoğunu oluşturan ayda bir kez alkol kullandığını belirten 77 kişiden 20'si asgari ücret; 13'ü 1000-1500 TL; 32'si 1501-3000 TL; 12'si 3001 TL ve üzeri geliri olduğunu belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani ekonomik durum ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

23.HİPOTEZ

H0: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 28. Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanım Sıklığı

		sigara_kullanim_sikligi				Total
		hic icmiyorum	gunde 5 tane	yarim paket	1 paket ve ustu	
aldiginiz_ucret_sizce	Yeterlidir	11	14	20	23	68
	daha iyi bir is buldugumda vazgeçilebilir	19	23	12	12	66
	Yetersizdir	41	15	59	30	145
Total		71	52	91	65	279

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,563 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	29,281	6	,000
Linear-by-Linear Association	1,438	1	,231
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı ücretin yeterli olduğunu düşünen 68 kişiden 11'i hiç kullanmadığını belirtirken, 14'ü günde 5 adet sigara içtiğini, 20'si yarım paket sigara içtiğini, 23'ü ise 1 paket ve üzerinde sigara içtiğini belirtmiştir. Aldığı ücreti yetersiz bulan 145 kişiden 59'u ise günde yarım paket sigara kullandığını söylemiştir. Günde 1 paket ve üzeri sigara kullandığını belirten 65 kişiden 23'ü aldığı ücreti yeterli bulmamaktadır; 30'u ise aldığı ücreti yeterli bulunduğunu belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani alınan ücret değerlendirmesi ile sigara kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

24.HİPOTEZ

H0: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alınan ücret değerlendirmesinin sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 29. Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi

		sigara_kullanimi_degerlendirme			Total
		zaman zaman icilebilir	tiryakilige yol acabilir	kesinlikle icilmemelidir	
aldiginiz_ucret_ sizce	Yeterlidir	17	22	29	68
	daha iyi bir is bulduğumda vazgeçilebilir	13	23	30	66
	Yetersizdir	28	38	79	145
Total		58	83	138	279

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,706 ^a	4	,447
Likelihood Ratio	3,679	4	,451
Linear-by-Linear Association	2,399	1	,121
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı ücreti yeterli bulan 68 kişiden 17'si sigara için "zaman zaman içilebilir" değerlendirmesinde bulunurken 22'si "tiryakiliğe yol açabilir"; 29'u ise "kesinlikle içilmemelidir" değerlendirmesinde bulunmuştur. Sigara kullanımı değerlendirmesini "zaman zaman içilebilir" şeklinde cevaplayan 58 kişiden 17'si aldığı ücreti yeterli bulmaktadır; 28'i ise aldığı ücreti yetersiz bulduğunu belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani alınan ücret değerlendirmesi ile sigara kullanım değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

25.HİPOTEZ

H0: Alkol kullanım sıklığının sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alkol kullanım sıklığının sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 30. Alkol Kullanım Sıklığının Sigara Kullanım Sıklığı

		sigara_kullanim_sikligi				Total
		hic icmiyorum	gunde 5 tane	yarim paket	1 paket ve ustü	
alkol_kullanma_ sikligi	Hergun	0	0	0	6	6
	haftada bir kac kez	5	16	11	27	59
	haftada 1 kez	14	9	24	8	55
	ayda 1 kez	29	20	70	33	152
Total		48	45	105	74	272

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,016 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	47,271	9	,000
Linear-by-Linear Association	6,317	1	,012
N of Valid Cases	272		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Günde 1 paket ve üzeri sigara kullandığını belirten 74 kişiden 6'sı her gün alkol kullandığını; 27'si haftada birkaç kez alkol kullandığını, 8'i haftada bir kez alkol kullandığını, 33'ü ise ayda bir kez alkol kullandığını belirtmiştir. Her gün alkol kullandığını söyleyen 6 kişinin tamamı günde 1 paket ve üzeri sigara kullandığını belirtmiştir. Hiç sigara kullanmayan 48 kişiden 5'i haftada birkaç kez; 14'ü haftada bir kez; 29'u ayda bir kez sigara kullandığını belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani alkol kullanım sıklığı ile sigara kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

26.HİPOTEZ

H0: Alkole başlama yaşının sigaraya başlama yaşı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alkole başlama yaşının sigaraya başlama yaşı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 31. Alkole Başlama Yaşının Sigaraya Başlama Yaşı

	sigarayaş			Total
	14 ten önce	15-20	21 ve daha fazla	
14 ten önce	16	11	1	28
alkolyaş 15-20	10	139	20	169
21 ve daha fazla	1	15	8	24
Total	27	165	29	221

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	69,123 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	48,346	4	,000
Linear-by-Linear Association	36,749	1	,000
N of Valid Cases	221		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkole başlama yaşı ile sigaraya başlama yaşının hemen hemen aynı yaş aralığına denk geldiği ve özellikle 15 yaştan başlayıp 21 yaşa kadar olan süreçte hem alkole hem sigaraya başlayanların çoğunlukta olduğu gözlenebilmektedir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilir. Yani alkole başlama yaşı ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Ancak yaş aralıklarında yeteri kadar bilgi olmadığından hipotezi değerlendirmek anlamlı olmaz.

27.HİPOTEZ

H0: Sigara kullanımı değerlendirmesinin alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Sigara kullanımı değerlendirmesinin alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 32. Sigara Kullanımı Değerlendirilmesinin Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi

	Alkol_kullanımı_değerlendirme			Total
	normal	zaman zaman olmalı	hic kullanılmamalı	
sigara_kullanimi_ zaman zaman icilebilir	38	28	16	82
değerlendirme tiryakilige yol acabilir	22	89	49	160
kesinlikle icilmemelidir	27	72	77	176
Total	87	189	142	418

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,349 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	43,917	4	,000
Linear-by-Linear Association	28,230	1	,000
N of Valid Cases	418		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullanımını “kesinlikle içilmemelidir” olarak değerlendiren 176 kişiden 77’si alkol kullanımı hakkında da “hiç kullanılmamalıdır” değerlendirmesini yapmıştır; 72’si “ zaman zaman olmalı”; 27’si ise “normal” olarak değerlendirmiştir. Alkol kullanımı hakkında “normal” değerlendirmesini yapan 87 kişi ise sigara kullanımı hakkında 38’i “zaman zaman içilebilir”; 22’si “tiryakiliğe yol açabilir”; 27’si “kesinlikle içilmemelidir” olmak üzere ayrılmıştır.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan H0 hipotezi reddedilir. Yani sigara kullanımı değerlendirmesi ile alkol kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

28.HİPOTEZ

H0: Yaşın sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Yaşın sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 33. Yaşın Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi

		sigara_kullanimi_degerlendirme			Total
		zaman zaman icilebilir	tiryakilige yol acabilir	kesinlikle icilmemelidir	
Yas	18-24	49	96	66	211
	25-34	28	58	93	179
	35-44	4	4	13	21
	45-54	1	1	5	7
	55 ve üzeri	0	1	1	2
Total		82	160	178	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,342 ^a	8	,002
Likelihood Ratio	25,318	8	,001
Linear-by-Linear Association	14,741	1	,000
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, bireylerin çoğunluğunu oluşturan 18-24 yaş grubundaki kişiler sigara kullanımı hakkında 49'u "zaman zaman içilebilir"; 96'sı "tiryakiliğe yol açabilir"; 66'sı "kesinlikle içilmemelidir" değerlendirmesine sahiptir. Sigaranın tiryakiliğe yol açabileceğini düşünen 160 kişiden 96'sı 18-24 yaş grubundan; 58'i 25-34 yaş grubundan; 4'ü 35-44 yaş grubundan; 1'i 45-54 yaş grubundan; 1'i ise 55 ve yaş üzeri grubundan bireylerdir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilir. Yani yaş ile sigara kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

29.HİPOTEZ

H0: Yaşın alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Yaşın alkol kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 34. Yaşın Alkol Kullanımı Değerlendirilmesi

		alkol_kullanimi_degerlendirme			Total
		Normal	zaman zaman olmalı	hic kullanilmamali	
Yas	18-24	43	111	56	210
	25-34	37	68	73	178
	35-44	5	9	7	21
	45-54	2	1	4	7
	55 ve üzeri	0	0	2	2
Total		87	189	142	418

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,351 ^a	8	,027
Likelihood Ratio	18,183	8	,020
Linear-by-Linear Association	4,064	1	,044
N of Valid Cases	418		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanımı değerlendirmesini “hiç kullanılmamalıdır” olarak yapan 142 kişiden 56’sı 18-24 ; 73’ü 25-34 ; 7’si 35-44 ; 4’ü 45-54 ; 2’si 55 ve üzeri yaş grubundandır. Bireylerin çoğunluğunu oluşturan 18-24 yaş grubundaki 210 kişinin 111’i alkol kullanımını “zaman zaman olmalı” olarak değerlendirmiştir. 25-34 yaş grubundaki 178 kişiden 73’ü ise alkol kullanımını “ hiç kullanılmamalı” olarak değerlendirmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani yaş ile alkol kullanımı değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

30.HİPOTEZ

H0: Yaşın sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Yaşın sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 35. Yaşın Sigara Kullanımı Sıklığı

		sigara_kullanim_sikligi				Total
		hic icmiyorum	gunde 5 tane	yarim paket	1 paket ve ustü	
Yas	18-24	34	43	91	43	211
	25-34	46	32	60	41	179
	35-44	7	5	6	3	21
	45-54	3	0	3	1	7
	55 ve üzeri	1	0	0	1	2
Total		91	80	160	89	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,564 ^a	12	,212
Likelihood Ratio	17,412	12	,135
Linear-by-Linear Association	4,175	1	,041
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Hiç sigara kullanmadığını belirten 91 kişiden 41'i 18-24 ; 46'sı 25-34 ; 7'si 35-44 ; 3'ü 45-55 ; 1'i 55 ve üzeri yaş aralığındadır. Bireylerin çoğunluğunu oluşturan 25-34 yaş aralığındaki 179 kişinin 46'sı hiç sigara kullanmadığını ; 32'si günde 5 tane ; 60'ı günde yarım paket ; 41'i günde 1 paket ve üzeri sigara kullandığını belirtmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani yaş ile sigara kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

31.HİPOTEZ

H0: Medeni durumun sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Medeni durumun sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 36. Medeni Durumun Sigara Kullanım Sıklığı

		sigara_kullanim_sikligi				Total
		hic icmiyorum	gunde 5 tane	yarim paket	1 paket ve ustü	
medeni_durum	Evli	21	9	15	11	56
	Bekar	70	71	142	72	355
	Bosanmis	0	0	3	6	9
Total		91	80	160	89	420

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,452 ^a	6	,001
Likelihood Ratio	21,980	6	,001
Linear-by-Linear Association	10,780	1	,001
N of Valid Cases	420		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Evli olduğunu belirten 56 kişiden 11'i günde 1 paket ve üzeri sigara içtiğini ; bekar olduğunu belirten 355 kişiden 72'si günde 1 paket ve üzeri sigara içmektedir. Günde yarım paket sigara içtiğini belirten 160 kişiden 15'i evli , 142'si ise bekadır.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,01$ olduğundan Ho hipotezi reddedilir. Yani medeni durum ile sigara kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

32.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durumun sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Ekonomik durumun sigara kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 37. Ekonomik Durumun Sigara Kullanım Sıklığı

	sigara_kullanım_sikligi				Total
	hic icmiyorum	gunde 5 tane	yarim paket	1 paket ve ustu	
ekonomik_ asgari ucret	22	13	29	21	85
durum 1000-1500	15	12	19	17	63
1501-3000	28	23	36	18	105
3001 ve üzeri	4	4	9	9	26
Total	69	52	93	65	279

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,233 ^a	9	,716
Likelihood Ratio	6,356	9	,704
Linear-by-Linear Association	,005	1	,945
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı ücreti asgari ücret olarak belirten 85 kişiden 21'i günde 1 paket üzeri sigara kullandığını belirtirken; 22'si hiç sigara içmediğini söylemiştir. Hiç sigara kullanmayan 69 kişiden 22'si asgari ücret; 15'i 1000-1500 TL ; 28'i 1501-3000 TL; 4'ü 3001 TL ve üzeri gelire sahiptir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani ekonomik durum ile sigara kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

33.HİPOTEZ

H0: Ekonomik durumun sigara kullanımı değerlendirmesi üzerine etkisi yoktur.

H1: Ekonomik durumun sigara kullanımı değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 38. Ekonomik Durumun Sigara Kullanımı Değerlendirilmesi

		sigara_kullanimi_degerlendirme			Total
		zaman zaman icilebilir	tiryakilige yol acabilir	kesinlikle icilmemelidir	
ekonomik_durum	asgari ucret	20	30	35	85
	1000-1500	16	16	31	63
	1501-3000	17	28	60	105
	3001 ve üzeri	5	11	10	26
Total		58	85	136	279

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,010 ^a	6	,237
Likelihood Ratio	7,956	6	,241
Linear-by-Linear Association	1,872	1	,171
N of Valid Cases	279		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Sigara kullanımını “kesinlikle içilmemelidir” olarak belirten 136 kişiden 35’i asgari ücret ; 31’i 1000-1500 TL ; 60’ı 1501-3000 TL ; 10’u 3001 TL ve üzeri geliri olduğunu belirtmiştir. Geliri 3001 TL ve üzerinde olan 26 kişiden 5’i sigara kullanımını “zaman zaman içilebilir” ; 11’i “ tiryakiliğe yol açabilir”; 10’u ise “kesinlikle içilmemelidir” olarak değerlendirmiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ Ho hipotezi reddedilemez. Yani ekonomik durum ile sigara kullanım değerlendirme arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

34.HİPOTEZ

H0: Alınan ücret değerlendirmesinin alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alınan ücret değerlendirmesinin alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 39. Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Alkol Kullanım Sıklığı

		alkol_kullanma_sikligi				Total
		Hergun	haftada birkac kez	haftada 1 kez	ayda 1kez	
aldiginiz_	Yeterlidir	2	8	13	20	43
ucret_sizce	daha iyi bir is buldugumda vazgeçilebilir	1	12	10	24	47
	Yetersizdir	3	21	16	32	72
Total		6	41	39	76	162

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,849 ^a	6	,827
Likelihood Ratio	2,910	6	,820
Linear-by-Linear Association	,539	1	,463
N of Valid Cases	162		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Aldığı ücreti yeterli bulmadığını belirten 72 kişiden 3'ü her gün ; 21'i haftada birkaç kez, 16'sı haftada 1 kez ; 32'si ise ayda bir kez alkol kullandığını belirtmiştir. Ayda 1 kez alkol kullandığını belirten bireylerden 20'si aldığı ücreti yeterli bulduğunu belirtirken ; 24'ü daha iyi bir iş bulduğunda vazgeçilebilir bir gelire sahip olduğunu söylemiştir ; 32'si ise aldığı ücreti yetersiz bulduğunu söylemiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p > 0,05$ olduğundan Ho hipotezi reddedilemez. Yani alınan ücret değerlendirmesi ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

35.HİPOTEZ

H0: Alınan ücret değerlendirmesinin alkol kullanım değerlendirmesi üzerinde etkisi yoktur.

H1: Alınan ücret değerlendirmesinin alkol kullanım değerlendirmesi üzerinde etkisi vardır.

Tablo: 40. Alınan Ücret Değerlendirilmesinin Alkol Kullanım Değerlendirilmesi

		alkol_kullanimi_degerlendirme			Total
		Normal	zaman zaman olmalı	hic kullanılmamalı	
aldiginiz_ücret_sizce	Yeterlidir	14	31	22	67
	daha iyi bir iş bulduğumda vazgeçilebilir	8	36	22	66
	Yetersizdir	34	47	64	145
Total		56	114	108	278

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,111 ^a	4	,025
Likelihood Ratio	11,349	4	,023
Linear-by-Linear Association	,519	1	,471
N of Valid Cases	278		

Yukarıda ki hipotez sonuçlarına göre, Alkol kullanımını normal olarak değerlendiren 56 kişiden 14'ü aldığı ücreti yeterli bulduğunu belirtmiştir; 34'ü ise aldığı ücreti yetersiz bulduğunu belirtmiştir. Alkol kullanımını “hiç kullanılmamalı” olarak belirten 108 kişiden 22'si aldığı ücreti yeterli bulurken 64'ü aldığı ücreti yeterli bulmadığını söylemiştir.

Ki- kare testi sonucunda elde edilen $p < 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilir. Yani alınan ücret değerlendirmesi ile alkol kullanım değerlendirmesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sigara ve Alkol tüketiminin çalışanlar da etkilerinin ölçülmesi açısından anket araştırması yapılmıştır. Anket çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm ; Alkol'e genel bakış, İkinci bölüm; Sigara'ya genel bakış, Üçüncü Bölüm “Günümüzde Alkol ve Sigara Tüketimi Üzerine Bir Araştırma'nın ” uygulama sonuçlarıdır.

Birinci Bölüm; Alkol'e Genel bakış, alkolün tarihinden başlayıp tanımı, sebepleri, aşamaları, yaşanan sorunlar, yardımcı olabilmek için öneriler, müdahale esnasında yapılması ve yapılmaması gerekenler.

İkinci Bölüm; Sigaraya Genel bakış; Tütünün tarihi, Avrupa'daki yasaklar, tütünün içeriği, bedendeki etkileri, nasıl bırakılmalı?, çocuk içicilerdeki risk faktörleri, tütünün meydana getirdiği kanser çeşitleri, pasif içicilik, Türkiye de tütünle mücadele çalışmaları, pasif içiciliğin etkileri ve bu endüstriyle baş edebilmek için önerilerde bulunulmuştur.

Üçüncü Bölüm; Rassal olarak seçilen ortalama 450 kişilik bir topluluk üzerinde uygulanmıştır. Verilen cevaplara istinaden 420 kişinin doldurmuş olduğu anketler dikkate alınarak hazırlanmıştır.

“14 - 45 Yaş Arası Çalışanlarda Alkol ve Sigara Kullanımı Üzerine Bir Araştırma”

Uygulamasının sonuçları; Alkol ve Sigara tüketimine uygun olarak hazırlanan 25 soru tek tek kategorize edilerek, verilen cevaplar eşliğinde frekans ve yüzde dağılımlı tabloları verilmiş ve karşılaştırmalı grafikleri oluşturulmuştur.

İstatistiksel Analizler içinde ; En anlamlı olabilecek sorulardan 35 tane Çapraz Tablo ve Ki-kare tabloları hazırlanıp yorumlanmıştır. Sonuç Olarak ; Bütün bölümleri kapsayacak şekilde 35 Hipotez oluşturulmuştur.

Ankete katılanların demografik özelliklerine bakılarak ; % 35'i (147 kişi) kadın , % 65'i (273 kişi) erkektir. Katılımcıların dikkat çeken yoğunlukları ; 18 – 24 (211 kişi) yaşları itibariyle dağılımları % 50,2'sini kapsamaktadır. % 84,5'i (355 kişi) Bekârdır. Katılımcıları büyük bir yüzdesi (%89,5) üniversite düzeyinde eğitim görmüştür. Mesai düzeni sorusuna vermiş oldukları cevap; % 37,9'u (159 kişi) normal mesai , % 39,2'si (165 kişi) çalışmadıkları , öğrenci oldukları için bu soruya cevap vermemiştir.

Araştırmamızın sonucunda alkol kullanma alışkanlığının daha çok erkek bireylerde gözlemlendiğini görüyoruz. Kadınlarda alkol kullanma alışkanlığı erkeklere göre daha düşüktür. Sigara kullanma alışkanlığı için de bu yoruma ulaşabiliriz. Toplumsal değer yargılarının cinsiyet üzerindeki etkisinden bahsedebileceğimiz bu durum bayanlarda alkol ve sigara kullanımının çok daha az olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanımının yaş ilerledikçe azalan bir alışkanlık olduğunu görebiliriz. Genç yaştaki bireylerin çevreleri ile etkilerinden kaynaklanan özenme gibi durumlardan kaynaklı alkol kullanma alışkanlığı gençlerde, orta yaş ve üzeri kişilere göre çok daha fazladır. Genç ve ileri yaş düzeyleri hakkında alkol kullanım alışkanlığında olduğu gibi alkol kullanım sıklığı konusunda da farklılıklar görülmektedir. Genç bireyler alkol kullanımının daha sık olabileceğini düşünürken orta yaş ve üzeri bireylerin daha seyrek alkol kullanımı fikrine yakınlığı görülebilir.

Çalışanlar arasında Alkol kullanımını “normal” , “zaman zaman” olarak belirten 45 kişi, aldığı ücreti yeterli olarak belirtmiştir. Aynı zamanda geliri 1000-1500tl arasında olan %61,1'lik oran ile alkol kullanımının çoğunluğunu oluşturmaktadır. 3001 ve üzeri geliri olanların %46,2'si “zaman zaman” şeklinde cevaplandırmışlardır. Bu ekonomik durumla alkol kullanım oranında ters orantı olduğunu göstermektedir.

Çalışanlarda alınan ücret ile Sigara kullanımı değerlendirildiğinde aldığı ücreti yetersiz bulan 145 kişiden 59'u ise günde yarım paket sigara kullandığını söylemiştir.Kişiler aldığı ücreti yeterli bulmamasına rağmen kullanıma devam ettiğini belirtmiştir.

Alkol kullanımı ve sigara kullanımının her seviyeden ekonomik şartlara sahip bireylerde görülebileceği ve bunun maddi duruma bağlı olmadığını söyleyebiliriz. Sosyal ve kültürel aktivitelere katılım gibi yararlı alışkanlıklar bireyin ekonomik durumunun iyileşmesine göre arttığı gözlenen araştırmaların yanında, kötü alışkanlıkların ekonomik durumun iyileşmesine göre değişmesi ironiktir.

Alkol kullanımını değerlendiren kişiler içerisinde her eğitim düzeyinden bireylerin bu konudaki bakış açısının farklılık göstermediğini görüyoruz. İlkokul düzeyinden yüksek lisans düzeyindeki bireylere kadar örneklemin büyük bir çoğunluğunun alkol kullanım sıklığı hakkındaki fikrin “zaman zaman olmalı” ya da “hiç kullanılmamalı” yönünde algılandığı görülebilir.

Alkol ve Sigara kullanımı değerlendirildiğinde 18-24 yaş arasında en fazla kullanım görülmektedir. Alkol ve Sigaraya başlama yaşı özellikle 15 yaşından başlayıp 21 yaşına kadar olan süreçte çoğunlukta olduğu gözlenmiştir. Öğrenim durumu dikkate alındığında en fazla Lisans düzeyindekilerin kullandığı, Sigara kullanımının maddiyata bağlı olmadan oldukça sık kullanıldığı, çıkan sonuçlardan tespit edilmektedir. Alkol, Sigara kullanımına “evet” diyenlerin oranı % 25,3 ‘dür.

Alkol kullanan kişilerdeki içme özelliği yaşa bağlı olmaksızın “genellikle istendiğinde bırakılabilir” nitelikte olduğu, ankete katılan kişiler tarafından belirtilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça alkol kullanımı da artan oranlı artmıştır. Buna rağmen bireyler sigara kullanımını kesinlikle içilmemesi gerektiğini de belirtmişlerdir. Alkol kullanım sıklığı ile sigara kullanım sıklığının da genel olarak katılımcıların çoğunluğu alkol ve sigara ikilisini birlikte tüketmektedirler.

Toplumun alkol kullanma alışkanlığına bakışı sağlık açısından çok da farklılık göstermemektedir. Aynı değerlendirmeyi sigara açısından yaptığımızda ise; sigara alkole göre bağımlılık düzeyi çok daha fazla olan bir kötü alışkanlık olduğu için her eğitim düzeyindeki bireylerin bu alışkanlığa başladıktan sonra bırakamayışı sigara kullanım sıklığının eğitim düzeyine göre değişmeyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Alkol ve sigara en büyük en ucuz kitle imha silahıdır. Her ikisi de ölümcül bir alışkanlıktır. İnsan sağlığına zarar verdiği halde reklamına ve satışına izin verilen ticari ürünlerdir. Alkol ve Sigara alışkanlığı ile eğitim , kültür ve ekonomik güç arasında ters bir ilişki vardır. Sessiz adımlarla gelerek çığ gibi büyümekte olan alkol , sigara kullanımı ve hatta bağımlılığı toplumumuz açısından çok büyük bir tehlike arz etmektedir. Bu yüzden Alkol , Sigara kullanımının artışı engelleyici ve kullananları vazgeçirmek için yapılacak araştırmaların artması beklenebilir.

Araştırmamızda yapılan analiz ve değerlendirmeler sonucunda Alkol , Sigara tüketimi kişi üzerindeki etkileri açıkça görülmektedir. Ancak bu etkileri yok edebilmek için çevredeki tetikleyici faktörleri azaltıp , olumlu yönler irdelenmelidir. Daha fazla kamu spotu , televizyon reklam uygulamaları arttırılıp , sağlık sorunları gözler önünde tutulmalıdır. Daha az satış ve daha az tüketim amaçlanarak , caydırıcı fiyat politikaları güdülmelidir. Bu tip ürünlerde yüksek vergiler konulmalıdır.

Sürekli olarak, güncel kaynaklar da dikkate alınarak Alkol , Sigara üzerine anket çalışmaları yapılarak, olayın ciddiyeti devamlı kontrol altında tutulmaya çalışılmalıdır. Önemli olan var olan tüketiciyi tespit etmek ve yeni kullanıcıları engellemektir.

Bunların sonucunda ; Alkol ve sigara kullanımını engelleyici olabilecek, yardımlar, psikolojik destek ve her türlü kampanya, kontrollü olarak, devlet yardımıyla teşvik edilip desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

ASLAN Ö. **Elveda Sigara Merhaba Hayat** Çankırı Belediyesi 2011 Ankara Syf:32

ASLANER E. **Çukurova Üniversitesi Adana il merkezinde sigara kullanımı ve etkilerinin, sigara ve dumana maruziyetin ve tütün kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların telefon surveyi ile saptanması-** Adana- 2008 Syf:35

ATABEK E. , **Alkol ve İnsan**, Kasım 1982 sf; 147-148,

BABUNA C. **Alkol Esareti ve Sağlık Sorunları** İş Dünyası Vakfı Yayınları 2008 Ankara Syf:53

Bağımlılık Dergisi , Cilt :1 , Sayı :2 , 2000 / Journal of Dep. Vol : 1 , N. : 2, 2000

BEİLİN L: **Alcohol and Htpertension,İmplications for Management.**Bull of the World Health Org,69(4):377-82, 1991.

BİLİR N. **Sigarayı Bırakma Yolları** Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:18

BİLİR N. **Yaşlanma ve Sigara** Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf: 13

BOLAY S.H. **İÇKİ** 2007 Ankara Syf: 42

BROWN S. **Alkolizm Terapisti** Prestij Yayınları- Ankara 2008 Syf: 283

ÇAKMAK D.,EVREN C. **Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları** 2006 Ankara sf; 37

CARR A. **Sigarayı Bırakmanın Kolay Yolu** E Yayınları 2005 Syf: 71

CHİCK J. **Alkol ve İçki Sorunları** 2005- Morpa Yayınları- Ankara Syf: 12

CREAGER J. **Review and Workbook**.C Brown Pub,Oxford, England, 1993, s.191.

ÇOŞKUNAL H. **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı** 2012
Ankara Syf: 53

DİLBAZ N. **Psikohayat** sayı 11, 08.05.2012

DİŞSİZ M. **Alkol ve Madde bağımlılığının Kadın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi** İstanbul Üniversitesi 2012 İstanbul Syf:25

EVREN C. **Alkol Bağımlılığı ve Sosyal Anksiyete** / Muzina ve El-Sayegh,2001

EVREN C.- **Alkol Bağımlılığı ve Sosyal Anksiyete** – 2009- Ankara Syf:45

EGE R. **Gazi Üniversitesi** 1986 Ankara Syf:26

GÜNEŞ N.A. , **Sigara** , Ağustos 2009

GOODWIN, D.W. **Biological Factors in Alcohol Use and Abuse: Implications for Recognizing Review of Psychiatry** 1 ; 41-49, 1989

GLATT M.M. “ **The Question of Moderate Drinking Despite Loss of Control** ” .
British Journal of Addiction 71: 135- 144 , 1976

GÜNEŞ N. **Kanser Ağacı veya Ölüm Makinesi** 2010 Ankara Syf:37

JELLİNEK EM. **The Disease Concept of Alcoholism**. New Haven ,
Conn.,College and University Press, in sociation with Hill house press,
New Brunswick , N.J. 1960

KAPLAN MN. **Alcohol and Hypertansion**.The lancet, 345:1588, 1995.

KARADAĞLI F. Sigara içen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazırolunuşluk Durumu ve ilişkili Faktörler İstanbul Üniversitesi 2009 İstanbul Syf:21

KARAGÖZ B. Hacettepe Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi 2010 Ankara Syf:21

KNOTT DH,Alcohol Problems: Diagnosis and Treatment. New York , Pergamon Press 1986

KUTAY C, Türkiye'yi Alkolsüz Ülke Yapma Savaşı. Tarih Konuşuyor, cilt 2, sayı:8, s.620, Eylül 1964

KUŞ S. Alkol Kontrolü Politikaları- Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu 2011 Ankara Syf:119

KASATURA İ. , Alkol ve Arkadaşları sf;5, sf;12 - 13 , 1995

KAMIŞLI S. Sigara ve Ruh Sağlığı Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:17

KUBLAY G. Gebelik ve Sigara Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:8

KALTSKY AL. Alcohol Consumption And Blood Pressure.New Eng J Med, 296:1194-200,1977.

KOCATEPE Gençliği Can Düşmanı 2000B Milli Gençlik Vakfı Tanıtma Komisyonu- Ankara Syf: 37

MALHOTRA H. Pressor Effect of Alcohol in Normontensive and Hypertensive Subjects.lancet,335(2):584-6, 1985.

MANGIR M. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi 1992 Ankara Syf: 6

NURMEDOV S. , **Bağımlılık**, İstanbul , Şubat 2013, 2.Baskı

ÖGEL K. **Hekimler için Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları** 1998
AMATEM Bakırköy ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi- Ankara Syf: 25

ÖNCÜ F. , ÖGEL K. , ÇAKMAK D. **Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç Ve Meyhane.** Bağımlılık Dergisi; (2001).

ÖGEL K. , **99 Sayfada Alkol Bağımlılığı** Ankara Kasım 2009 1.baskı

ÖZCEBE H. **Gençler ve Sigara** Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:12

ÖZDEMİR B. **Hacettepe Üniversitesi- Sigara İçmeyle ilişkili görsel ipuçlarının farklı bağımlılık düzeyine sahip kadın ve erkeklerden alınan psikofizyolojik ölçümler ile sigara içme istekliliğine etkileri** 2009 Ankara Syf:2

ÖZYAZICI A. **Alkollü İçkiler Sigara ve Madde Bağımlılığı** Ankara 2012

ÖZSOYLU Ş. **Editöre mektup.** Gastroenterohepatoloji,2(4):304, 1991.

SAYGILI S.**Sigarayı Niçin ve Nasıl Bırakmalı** 2007 Elif Yayınları Ankara Sf: 77

SAĞLAM M. **Sigara ve Fiziksel Aktivite** Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:9

ŞENGELEN M. **Hacettepe Üniversitesi- Sigara Bırakma Ünitesine Başvuran Bireylerin Bazı Özellikleri ve Sigara Bırakma Olasılıkları** Ankara 2011 Syf:14

SCHUCKİT MA, **Drug and Alcohol Abuse : A clinical guide to diasnosis and treatment** .Fourth Edition ,Plenum Medical Book Company , New York , 1995 .

TERZİOĞLU F. **Sigara ve İnfertilite** Sağlık Bakanlığı 2008 Ankara Syf:14-15

TÜRKCAN A. , **Alkol ve Siz** Sistem yayıncılık 2003

TC.Sağlık Bakanlığı Dumansız Hava Sahası Rehberi Mart 2011

TÜRK A. **Geliyorum Diyen Tehlike** , 1999- Bayrak Yayınları- Uyuşturucu, Alkol, Sigara Syf:66

UÇAR E. **Sinop İl Milli Eğitim Müdürlüğü Yayınları** , anket ve sonuçları, sinop 1996, s:8

ULUER C. **Sigara Bibliyografyası** 2009 Ankara Syf:5

VAROL M. **Alkol Raporları** Beykoz Belediyesi 2012 Ankara Syf:95

YAŞAR H. **Sigarayla Son 60 Dakika** Sokak Kitapları Yayınları 2012 Ankara Syf:12

YILDIZ U.E. **Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı** 2012 Ankara Sf: 90

World Health Organization , 1992.

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.havanikoru.org.tr/>

<http://www.alkol.gen.tr> 11.06.2013

<http://www.belgeler.com> 08.07.2013

<http://www.hemensaglik.com> 15.07.2013

<http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com>12.07.2013

<http://www.ozkanpektas.com> 10.07.2013

<http://www.neosante.com.tr/sigara-ve-guzelliginiz.html>20.07.2014

EK-1

Değerli Katılımcı,

“ *Alkol ve Sigara tüketimi üzerine bir araştırma* ” konulu Tez çalışması için kullanılacak olan bu anket ile bilgi, davranış ve güncel olaylar ile ilişkisinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Ankete katılım **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Anket sonuçları üzerinde, bireysel düzeyde herhangi bir değerlendirme kesinlikle yapılmayacak ve kişilere ait bilgiler **gizli** tutulacaktır. Bu anket, 25 sorudan oluşmaktadır. Ankette kişisel bilgi soruları , Alkol ve Sigara kullanımına yönelik sorular yer almaktadır. Anketin araştırmaya katkı sağlayabilmesi için, sizden istenen bilgilerin eksiksiz , tarafsız ve doğru olarak yanıtlanması önem taşımaktadır. Soruları, düşüncelerinizi en iyi yansıtacak şekilde yanıtlayınız.

Lütfen , ifadelerin karşısına size uygun olan seçenek için (**X**) koyunuz.

1. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek () Kadın ()

2. Yaşınız?

18 – 24 () 25 – 34 () 35 – 44 () 45 – 54 () 55 ve üzeri ()

3. Medeni durumunuz?

Evli () Bekâr () Boşanmış ()

4. Öğrenim düzeyiniz?

İlk öğretim () Lise () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans ()

5. Çalışma hayatınız da mesai düzeniniz nasıl?

Normal mesai () Vardiyalı () Düzensiz ve vardiyalı ()

6. Bulduğunuz iş yerinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

0 - 2 () 3 - 5 () 6 - 10 () 11 + ()

7. Ekonomik durumunuz;

Asgari ücret () 1000 – 1500 () 1501 – 3000 () 3001 ve üstü ()

8. Aldığınız ücret sizce ;

Yeterlidir. () Daha iyi bir iş bulduğumda vazgeçilebilir. () Yetersizdir. ()

9. Alkol kullanıyor musunuz ?

Evet () Zaman zaman () Hayır ()

10. Alkol kullanımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Normal () Zaman zaman olmalı () Hiç kullanılmamalı ()

11. Alkol kullanan kişi de ;

Sürekli içme eğilimi vardır. ()

Zaman zaman içme eğilimi olur. ()

İstediğinde bırakabilir ()

12. Alkol kullanma sıklığınız;

Hergün () Hafta da birkaç kez () Hafta da 1 kez () Ayda 1 kez ()

13. Kaç yaşında Alkol'e başladınız ?

.....

14. Aileniz de alkol kullanan kişi var mı?

Yok () Anne () Baba () Anne - Baba () Kardeş ()

15. Arkadaşlarınızla alkol almak için buluştuğunuz oluyor mu ?

Evet () Zaman zaman () Hayır ()

16. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet () Zaman zaman () Hayır ()

17. Kaç yaşında sigaraya başladınız ?

.....

18. Sigara kullanımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zaman zaman içilebilir () Tiryakiliğe yol açabilir () Kesinlikle içilmemelidir ()

19. Sigara kullanma sıklığınız;

Hiç içmiyorum () Günde 5 tane () Yarım Paket () 1 Paket ve üstü ()

20. Aileniz de sigara kullanan kişi var mı?

Yok () Anne () Baba () Anne - Baba () Kardeş ()

21. Alkol – sigara kullanımında eğitim düzeyi sizce önemlimi?

Evet () Emin değilim () Hayır ()

22. Alkol - sigara kullanımı sizce bir hastalık mıdır?

Evet () Emin değilim () Hayır ()

23. Sizce, boşanmış çiftlerin çocuklarında alkol ve sigara kullanımı , diğerlerine göre;

Daha azdır () Aynı () Daha fazladır ()

24. Sizce, Alkol ve Sigara kullanımının sınırlandırılması;

Tepki yarattı () Bir şey değişmedi () İyi oldu ()

25. Alkol kullanımı cinsel isteklerinizi;

Arttırdı () Değişmedi () Azalttı ()

Anket sona ermiştir, Katıldığınız için teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Canan KARAAĞAÇ

Doğum Yeri ve Tarihi : Tokat / 19.09.1985

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Anadolu Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi – Kamu Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrenimi : Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Yönetimi (MBA)

Yabancı Dil Bilgisi : İngilizce

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurum : Genel Kurmay Başkanlığı

İletişim

E-Posta Adresi: canankrgc@hotmail.com , canankrgc@gmail.com

Telefon: (505) 473 96 39