

**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BAĞIMLILARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gökçen TÜRKER**  
**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Mustafa ÇELİK**

**EYLÜL – 2015**

**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BAĞIMLILARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gökçen TÜRKER**  
**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Mustafa ÇELİK**

**EYLÜL - 2015**

# ÖNSÖZ

## SİGARA BAĞIMLILARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

(UZMANLIK TEZİ)

**Dr. Gökçen TÜRKER**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ**  
**ANABİLİM DALI**

**ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada Kahramanmaraş ilindeki 18-65 yaş arası kadın ve erkek sigara bağımlılarının kişilik özelliklerinin Eysenck kişilik ölçeği gözden geçirilmiş kısa formu ile ortaya konması ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya Kahramanmaraş ilindeki aile sağlığı merkezleri ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı sigara bırakma polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kadın ve erkek sigara içen ve içmeyen toplam 472 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılan 472 hastanın 233 tanesi sigara içen ( %49.4), 239 tanesi sigara içmeyenlerden ( %50.6) oluşmaktadır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı ve bireylerden Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş/ Kısaltılmış Formunu (EKA-GGK) doldurmaları istendi. Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş/ Kısaltılmış Formu kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: Dışadönüklük, Nörotisizm, Psikotosizm. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Veri analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcılardan sigara içenlerin yaş ortalaması  $34.2 \pm 10.5$  sigara içmeyenlerin yaş ortalaması  $31.6 \pm 10.4$  olarak saptandı. Sigara içenlerin yaş ortalaması içmeyenlerden anlamlı olarak yüksektir ( $p=0.002$ ). Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş/ Kısaltılmış Formunun alt bölümlerinden alınan puanlar incelendiğinde sigara kullananlarda 'Psikotisizm' puanı  $1.8 \pm 1.35$ , 'Nörotisizm' puanı  $3.45 \pm 1.7$ , 'Dışa dönüklük' puanı  $3.9 \pm 1.8$ , 'Yalan' puanı  $3.8 \pm 1.7$  olarak saptandı. Kontrol grubunda yer alanların 'Psikotizm' puanı  $1.1 \pm 1.1$ , 'Nörotisizm' puanı  $2.97 \pm 1.6$ , 'Dışa dönüklük' puanı  $3.7 \pm 1.8$ , 'Yalan' puanı  $4.4 \pm 1.5$  olarak saptandı. Sigara kullananlar ile kullanmayanların 'Dışa dönüklük' puanları benzer bulundu ( $p=0.337$ ). Sigara kullananların 'Psikotisizm' ( $p= 0.00$ ) ve 'Nörotisizm' ( $p=0.002$ ) bölümünden aldıkları puan kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı seviyede yüksekti. Yalan ölçeği sigara içmeyenlerde anlamlı olarak içenlerden fazla çıkmıştır. Sigara kullananların nörotik ve

psikotik özellikler göstermesi anlamlı bir bulgudur. Kişilik alt formlarından en fazla psikotizmdeki 1 birim artış sigara bağımlılığı riskini arttırmaktadır. Bunu nörotizm takip etmektedir. Dışa dönüklük ve yalan özelliklerinin artışı sigara bağımlılığı riskini anlamlı olarak arttırmamaktadır.

**Sonuç:** Sigara bağımlılığı olan bireylerin sigara içme davranışları ve bağımlılık düzeyleri bağlamında psikolojik değerlendirilmeleri gelecekte etiyojiye yönelik tedavi yaklaşımları geliştirmekte faydalı olabilir. Sigara bağımlılarının nörotizm özellikleri ve psikotizme ait özellikler ile baş edebilecekleri eğitim ve sosyal hizmetlere daha yoğun olarak yer verilmesi önerilebilir. Sigara bağımlılığı ile mücadelede bireyin kişilik özellikleri göz önüne alınarak genel sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Sigara bağımlılığı bırakma tedavilerinde bireyin kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması bırakma başarısını olumlu yönde arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, kişilik, nörotizm, psikotizm, dışadönüklük, Eysenck

**Sayfa Adedi:**

**Danışman:** Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

## **SİGARA BAĞIMLILARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ**

**(UZMANLIK TEZİ)**

**Dr. Gökçen TÜRKER**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ABSTRACT**

**Aim:** This study aimed to determine the relationship between smoking and personality traits.

**Material and Methods:** A total of 472 smoking and nonsmoking female and male patients with the age range between 18-65 who applied to the family health centers in Kahramanmaraş and Kahramanmaraş Sütçü İmam University Family Medicine Department's Smoking Cessation Clinics participated in this study. Two hundred thirty-three of those patients were smokers (49.4%) and 239 of them were nonsmokers (50.6%). A standard poll, developed by the researchers with open- and close-ended questions, was conducted with the participants, in which they were asked to complete a Short-Form Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-S). The EPQR-S assesses the personality in three dimensions: Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism. The points given for each personality trait varied between 0 and 6. Data analysis was conducted by using the SPSS 20.0 statistical packaged software. Statistically,  $p < 0.05$  was found to be significant.

**Findings:** The average age of smoking participants was determined as  $34.25 \pm 10.5$  and the average age of nonsmoking participants was determined as  $31.6 \pm 10.4$ . The average age of smokers is significantly higher than the average age of nonsmokers ( $p=0.002$ ). When the points from the sub-dimensions of the EPQR-S were examined; it was determined that the *Psychoticism* point of smokers was  $1.8 \pm 1.35$ , *Neuroticism* point was  $3.45 \pm 1.7$ , *Extraversion* point was  $3.9 \pm 1.8$ , and the *Lie* point was  $3.8 \pm 1.7$ . It was determined that the *Psychoticism* point of those in control group is  $1.1 \pm 1.1$ , *Neuroticism* point was  $2.97 \pm 1.6$ , *Extraversion* point was  $3.7 \pm 1.8$ , and the *Lie* point was  $4.4 \pm 1.5$ . The *Extraversion* points of smokers and nonsmokers were observed to be similar ( $p=0.337$ ). The *Psychoticism* ( $p=0.00$ ) and *Neuroticism* ( $p=0.002$ ) points of the smokers were significantly high compared to the control group. The *Lie* scale of the nonsmokers was significantly higher than those of the smokers. Neurotic and psychotic traits that were observed in the smokers are a meaningful finding. The highest increase in the sub-

dimensions of personality was observed in psychoticism as 1-unit, which increases the risk of smoking addiction and it is followed by the neuroticism. An increase in the dimensions of extraversion and lie does not significantly increase the risk of the smoking addiction.

**Result:** In the future, it may be useful to develop the psychological evaluations within the context of the smoking behaviors and addiction levels of the addicted smokers and adopt therapeutic approaches towards the etiology. It can be suggested that educational and social services in which addicted smokers can cope with the traits of neuroticism and psychoticism shall be emphasized. A general health policy should be developed by taking into consideration the personal traits of the individuals in their struggle with smoking addiction. Considering individual's personal traits in the treatments of smoking cessation shall increase the success of these treatments in a positive manner.

**Keywords:** Smoking, personality, neuroticism, psychoticism, extraversion, Eysenck

**Page Number :**

**Advisor:** Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iiv
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	vii
TABLolar .....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1.1. Sigaranın Tarihçesi.....	2
2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi .....	3
2.1.3. Sigaranın İçeriği .....	5
2.1.4. Sigara ve Yol Açtığı Hastalıklar .....	6
2.1.5. Sigara Bağımlılığının Tanımı, Yaygınlığı, Nedenleri, Değerlendirilmesi ....	9
2.1.6. Kişilik Tanımı ve Gelişimi .....	11
2.1.7. Sigara Bağımlılığında Kişilik .....	12
2.1.8. Eysenck Kişilik Testi.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	13
3.1. Çalışma dizaynı .....	13
3.2. Verilerin elde edilmesi .....	14
3.3. İstatistiksel Analiz .....	15
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA .....	20
6. SONUÇ .....	25
7. KAYNAKLAR.....	26



## SİMGELER VE KISALTMALAR

- FEV 1 : Birinci saniyede dışarı verilen hava miktarı
- KOAH : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- DM : Diabetes Mellitus
- LDL : Düşük dansiteli lipoprotein
- HDL : Yüksek dansiteli lipoprotein
- HT : Hipertansiyon
- SS : Standart sapma
- KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
- MİN : Minimum
- MAX : Maksimum
- MED : Median
- ORT : Ortalama
- UHYME : Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik çalışması
- OR : Tahmini Rölatif Risk
- TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
- BİGTAŞ : 1993` te sağlık bakanlığı tarafından sigara içme prevalansını saptamak için yaptırılan kamuoyu araştırması

## **TABLolar**

Tablo 1. Sigara İçme Durumu İle Bazı Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması...	17
Tablo 2. Sigara İçme Durumu İle Bazı Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması...	18
Tablo 3. Sigara Bağımlılığına Etkisi Olabilecek Faktörleri Lojistik Regresyon Analizi İle Deęerlendirme Sonuçları...	

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara bağımlılığı çağımızın en önemli ve en ciddi sağlık sorunlarından biridir. Sigara kullanan her dört kişiden üçü bağımlı olmaktadır ve nikotin bağımlılığı günlük sigara tüketimiyle orantılı olarak gelişmektedir (1,2). Türkiye’de on sekiz yaş üstü sigara kullanım oranı %33,4 tür. Erkeklerin %50,6’ sı, kadınların %16,6’ sı sigara kullanmaktadır (3). Tütün tipi madde bağımlılığının temini kolay ve kullanımı yasaldır. Bu nedenlerdendir ki sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir ve diğer madde bağımlılıkları için geçiş maddesidir (4-6).

Sigara içerdiği Nikotin maddesi nedeniyle bağımlılık oluşturur fakat bağımlılığın nedeni olarak tek bir etkenden söz edilemez, genellikle pek çok etken bir aradadır. Sigara bağımlılığı nikotinin psikofarmakolojik etkilerinin yanı sıra genetik ve çevresel faktörlerden de kaynaklanmaktadır (7). Sigara bağımlılığının sürmesinde diğer önemli unsurlar sosyoekonomik durum, kişilik özellikleri ve zekâdan oluşan kişisel etmenlerdir (7,8). Sigara kullanımının başlamasında ve bağımlılığın gelişmesinde kişisel özellikler ve biyolojik temelli bazı mizaç özellikleri önemli rol oynamaktadır. Bireyin kendine özgü olan ve bireyi başkalarından ayırt ettiren uyum özellikleri kişilik kavramını oluşturur. Kişilik bireyin kendine özgü tutum, davranış ve duruşunu yansıtır. Kalıcı, yineleyen ve alışılmış davranışlar kişilik özelliklerini oluşturur. Bağımlılık yapan her tür alışkanlığın kazanılmasında çevresel faktörler, aile ilişkileri, kişilik özellikleri ve psikolojik faktörler rol oynamaktadır. Sigara bağımlılığı çok sayıda kişilik özelliği ile ( dürtüsellik, risk alma, monotonluktan kaçınma, yenilik arayışı, dışa dönüklük) ile ilişkilendirilmektedir (9). Sigara içme davranışı ve kişilik özellikleri arasındaki bağı anlamak sigara bırakma tedavilerindeki başarı yüzdesinin artmasını sağlayabilir. (9).

Bu çalışmada Kahramanmaraş ilindeki 18-65 yaş arası kadın ve erkek sigara bağımlılarının kişilik özelliklerinin Eysenck kişilik ölçeği gözden geçirilmiş kısa formu ile ortaya konması ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.1. Sigaranın Tarihçesi**

Sigara “Nicotina tobacum” adı verilen ve tütün olarak bilinen bir bitkiden yapılır. Tütün bu bitkinin yaprakları kurutulup işlendikten sonra kullanıma hazır hale getirilmiş şeklidir (10). Tütünü ilk içenlerin milattan önce 6000 yıllarında Aztekler ve Mayalar olduğu düşünülmektedir. “Sikar” kelimesinin Maya dilinde “tütün içen kişi” olması buna delil olarak görülmektedir. (11). Tütünün anayurdu Amerika’dır. Avrupa’ya 1492 yılında ulaştığı bilinmektedir (12,13) Avrupa’dan İspanyol ve Portekizli denizciler tarafından Batı Afrika, Hindistan, Endonezya, Çin, Japonya’ya kadar yayılmıştır. Tütün ilk kez 1601 yılında İngiliz gemiciler tarafından İstanbul’a getirilmiştir (14,15). Osmanlı İmparatorluğu döneminde I.Ahmet ve IV.Murat zamanlarında tütüne karşı çeşitli yasaklar getirilmiş ancak tütün kullanımının önüne geçmek mümkün olmamıştır. Tütün önceleri uyarıcı ve yatıştırıcı etkisi nedeniyle tedavi amacıyla kullanılsa da 17.yüzyıldan sonra keyif maddesi olmuştur. Nikotinin güçlü zararlı etkileri 1856 yılında kanıtlanmıştır (16,17). Sigara ve paket tütün üretimi 1874 yılında başlamıştır (15).

19.yüzyıl sanayi devriminden sonra dünyada yaygın kullanımı başlamış olan sigaranın 1950’ li yıllara kadar sağlık üzerine zararları konusunda ciddi bir yayına rastlanmamaktadır (12,13). Sigara üreten makinanın keşfiyle sigara en yaygın tütün kullanım şekli haline gelmiştir (18).

### 2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyadaki 15 yaş üstü nüfusun 1/3'ü sigara içmektedir. Tüm dünyada 1,1 milyar insan sigara içmekte ve bunların 800 milyarı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (19). Her 10 saniyede 1 kişi tütün ürünleri kullanımı nedeniyle ölmektedir. 2020 yılında 10 milyon insan sigara yüzünden ölecektir ve bunların %70'i gelişmekte olan ülkelere olacaktır (19).

2001 verilerine göre Türkiye dünya tütün tüketiminin %2'sini, Avrupa tütün tüketiminin %14'ünü oluşturmaktadır (20). 2008 yılında Türkiye'de yapılan araştırma sonucunda tütün kullanım sıklığı %31.2'dir. Kadınlarda oran %15.2 erkeklerde %47.9 olarak saptanmıştır. Araştırmalara göre Türkiye'de sigaraya başlama yaşı 13-17 arasında değişmektedir (21). Dünya sağlık örgütünden elde edilen verilere göre 2002 yılı sonuçlarına dayanarak gelişmiş ülkelerde erkeklerin %35'i, kadınların %22'si sigara içerken gelişmekte olan ülkelere erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir (22,23).

Sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olduğu, gelişmekte olan ülkelere ve kadınlar arasında yaygınlaştığı söylenebilir. 1998 verilerine göre en çok sigara tüketen ülke Çin'dir. Bunu Amerika, Japonya, Rusya, Endonezya takip etmektedir (24). Avrupa ülkelerindeki sigara içme sıklığı 1920-1960 yılları arasında artmış, bir süre aynı düzeyde devam etmiş, sonradan düşmüştür. 1975-1990 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, Hollanda gibi ülkeler başta olmak üzere 12 Avrupa ülkesinde sigara tüketiminde belirgin bir düşüş gözlenmiştir. Güneydoğu ve Orta Avrupa ülkelerindeki erkekler kadınlardan daha fazla sigara içmektedir. Kadınlarda sigara içme sıklığı artmaktadır. Kuzey Avrupa ve Batı Avrupa'da hem kadınlar ve hem de erkeklerde sigara içme sıklığı azalmaktadır. Orta Avrupa ve Doğu Avrupa ülkelerindeki erkeklerde sigara içme sıklığı %50 düzeyindeyken kadınlarda bu oran %30'dur (25). Dünyada günlük sigara tüketimi 15 milyar adettir (24). Kişi başına sigara tüketimi miktarı açısından en riskli ülkeler İspanya, Macaristan, İsviçre ve Bulgaristan'dır. Bu ülkeleri Rusya, Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada izlemektedir (24). Sigara tüketimiyle ilgili mevcut verilere göre sigarayı bırakanların oranı Amerika'da %40 ve üzeri; Meksika, Almanya, Finlandiya ve Çin'de %10-20 arası; Rusya, Mısır, Suudi Arabistan'da %10 ve altındadır (26). Gelişmiş ülkelere ve

erkeklerde sigara içme sıklığı azalmakta, gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlarda ise artmaktadır. Sigaraya başlama yaşları genç yaşlara kaymaktadır. Yapılan çalışmalar ilerde sigaranın özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli ve tehlikeli bir sağlık sorunu olacağını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun hızla artması, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sağlık yönetiminin yetersizliği bu ülkelerde sorunun hızla artmasına neden olacaktır. Bu ülkelerde kontrol yöntemleri yetersizdir ve sigara firmaları bundan yararlanarak gelişmekte olan ülkelere saldırgan politikalar uygulanmaktadır (27). Gelişmekte olan ülkelerdeki sigaraya başlama yaşı 12-16 arasında değişmektedir ve her gün dünyada 80.000-100.000 genç sigara bağımlısı olmaktadır (28). Sigara bağımlılarının çoğu ilk sigarasını on yaşına gelmeden içtiğini ifade etmektedir. Adölesan dönemde sigaranın denenmesi oldukça sık görülen bir durumdur (29,30). Sosyoekonomik durum, eğitim, yaşanan bölge gibi faktörler sigara içme sıklığını etkilemektedir. Sağlık ve yaşam koşullarının iyi olduğu, kişilerin kendi sağlıkları konusunda bilinçli davrandıkları, yasal düzenlemelerin kişilerin sağlıklarını iyi koruyabildikleri yerlerde sigaranın zararları bilinmekte ve sigara içme oranları da düşük olmaktadır. Sigara içme sıklığında kişilerin eğitim düzeyi önemlidir. Sigara içme davranışının toplumsal bir davranış olarak görüldüğü gelişmekte olan ülkelerde eğitim seviyesi ne olursa olsun sigara içme sıklıkları yüksektir (27).

Türkiye’de kişi başına düşen sigara tüketim miktarı açısından Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan’dan sonra 2.sıradadır (31). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ortalama sigaraya başlama yaşı 11-18 arasında saptanmıştır (32-35). Ülkemizde yetişkinlerde sigara kullanımına ilişkin ilk çalışma Public Relations şirketi tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 15 yaş üstü nüfusun sigara içme prevalansı %44 (erkeklerin %63’ü, kadınların %24’ü) olarak bulunmuştur (36). Trakya bölgesi %39 ile en yüksek sigara içme oranının olduğu bölgedir. En düşük sigara içme oranı ise %29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndedir. Sigara içme sıklığı kentlerde %36.9, köylerde %29.1’dir (37). Emri ve arkadaşlarının 2002 yılında Türkiye genelinde 15 yaş üstü nüfusta yaptıkları araştırmaya göre sigara içme sıklığı %35.8 olarak saptanmıştır ve bu oran erkeklerde %50.9 kadınlarda %25.5 olarak saptanmıştır (38). Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 raporuna göre; Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31.3 ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulleri kullanmaktadır. Bu oran kadınlarda %15.2 erkeklerde %47.9 dur. Hayatları boyunca hiç tütün ve tütün ürünü kullanmadıklarını ifade

edenlerin oranı %52.8 dir. Bunların %30.0 ı erkekler, %74.8 i kadınlardır. Dünya Sağlık Örgütünün 2009 yılı Küresel Tütün Salgını Raporu'na göre Türkiye'de on sekiz yaş üstü sigara kullanım oranı %33.4 tür. Bu yaş grubunda erkeklerin %50.6 sı, kadınların %16.6 sı sigara içmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre Türkiye'de sigara için 35-69 yaş arasındaki erkeklerin %25 inden fazlası, kadınların %5 i tütün kullanımı nedeniyle hayatlarını kaybedeceklerdir (40).

Tüm epidemilerde hastalık etkenini dünyaya dağıtan bir vektör bulunmaktadır. Tütün için bu vektör endüstri ve onun ticaret stratejisidir. Tütün endüstrisinin esas hedefi geliştirmekte olan ülkeler, bu ülkelerdeki gençler ve kadınlardır. Tütün endüstrisiyle savaşta hükümet ve sivil kuruluşların önemli rolü oynamaktadır. Dünya çapındaki ülkeler sigara üzerinden sigara üzerinden 200 milyar dolardan fazla vergi almaktadırlar. Vergilendirilme oranı Türkiye'de %35' tir ancak tütün kontrolü için kullanılan oran %1' den azdır (41).

### **2.1.3. Sigaranın İçeriği**

Sigara % 1-4 oranında nikotin içeren tütün yapraklarının içine katkı maddeleri katılarak işlenmesi ile içime hazır hale getirilen bir üründür. Sigaradaki katkı maddeleri yaklaşık 600 çeşit olup üreticinin eklediği nemlendirici, koku verici, inhalasyonu kolaylaştırıcı maddelerdir. Katkı maddelerinin çoğu tek başına zararsızdır ama yüksek ısı altında diğer maddelerle etkileşime girerler ve zararlı maddeler ortaya çıkar.

Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi 2003 yılı raporunda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (42). Sigara dumanı partikül fazı ve gaz fazı olarak 2 faza ayrılır. Katran ise partikül fazında nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi, yapışkan bir maddedir ve içeriğinde karsinojenik olan polinükleer aromatik hidrokarbonlar vardır (43). Partikül fazının her gramında  $10^{17}$  den, gaz fazında ise  $10^{15}$  ten fazla serbest radikal bulunmaktadır (44). Sigara dumanının gaz fazı bileşiklerinden bazıları karbon monoksit, karbon dioksit, azot oksitleri, uçucu nitroz aminler, hidrojen siyanür, kükürt içeren uçucu bileşikler, alkoller, aldehit ve ketonlardır. Partikül fazında ise katran, nikotin ve nem vardır (43). Aktif sigara için kişinin içine çektiği duman (ana akım dumanı) ve sigaranın yanan ucundan çevreye yayılan duman (yan akım dumanı)

partikül ve gaz fazındaki toksinleri farklı oranlarda bulundurmaktadır. Ana akım dumanında %92 gaz, %8 partikül komponenti bulunurken yan akım dumanının tamamı yakını gaz fazından oluşur. Nikotin sigaranın bağımlılık yapıcı etkisinden sorumlu olan alkaloiddir. Sigaranın etkili maddesi olan nikotinin merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı ve yatıştırıcı etkileri vardır. Nikotinin düşük dozları uyarıcı etki gösterirken yüksek dozları depresyona neden olur (17). Nikotin otonomik ganglionlar, adrenal medulla, nöromuskuler bileşke ve beyinde yer alan asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus seruleus uyararak dikkat ve konsantrasyonda artmaya yol açar. Nörohormonal yolları uyararak asetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu saldıısına neden olur. Nikotinin akut etkisiyle serotonin seviyesi artarken, kronik etkisiyle serotonin seviyesi düşer. Nikotin eroin ve kokain gibi uyarıcıdır ve dopamin sistemine etki eder. Nikotin beynin nukleus akkumbens bölgesinde hücre dışı dopamin miktarının artmasına neden olur, ödül sistemi ile ilgili yolları aktive eder. Uzun süre kullanımda ise nikotin beynin haz duygusunu hissetme yeteneğini baskılar ve içilmediğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Başlangıçta belirgin olan haz duygusu ve bu duygunun geliştiği ortam bağımlılığı oluştururken bağımlılık geliştikten sonra yoksunluk belirtilerini kontrol etmek ve baskılamak amaçlı sigara içimi ön plana geçer (45).

#### **2.1.4. Sigara ve Yol Açtığı Hastalıklar**

Sigara kullanımının başta neoplastik hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler sistem hastalıkları olmak üzere birçok hastalığın etiyolojisinde doğrudan veya dolaylı olarak etkisi vardır (48,49).

Sigara 20 çeşit ölüm nedenine yol açar ve 50 tür sağlık probleminin ortaya çıkmasına sebep olur. Sigara tiryakilerinin yarısı doğrudan sigara kullanımı sonucu ortaya çıkan sağlık sorunları yaşarlar ve yine yarısı erken ölür (45). Sigara içenlerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (21). Sigara içenler içmeyenlere göre daha sık hastalanırlar. Akut ve kronik hastalıklardan dolayı daha fazla günlük aktivite kaybı ve daha fazla yatak istirahati yaşarlar. Okul ve iş devamsızlığı sigara kullanmayanlara göre daha fazladır (51). Sigara içimi kronik obstrüktif akciğer hastalığı için esas risk faktörüdür. Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme riski içmeyenlere göre 20 kat daha fazladır. Sigara özefagus yassı hücreli



tümörlerinin etiyolojik etkenlerinden biridir. Tütün içenlerde peptik ülser ve pankreas kanseri riski iki kat artar. Karaciğerin hepatosellüler karsinomu sigara içenlerde daha sık görülür (52). Sigara kırık iyileşmesini ve yara iyileşimini geciktirir ve Buerger hastalığının ( tromboanjitis obliterans ) önemli etiyolojik faktörleri arasındadır (52,53). Sigara içen kadınlarda infertilite, amenore, menometroraji, dismenore ve erken menapoz daha sık görülür. Erkeklerde sperm sayı ve kalitesini azaltırken cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Sigara bazı hastalıklarda kullanılan ilaçların etki gücünü azaltabilmektedir ve kronik hastalıkların tedavisi sigara içimi ile zorlaşmaktadır (54).

Akciğer kanserine bağlı ölümlerin %80'i uzun süre sigara içmiş olmaya bağlıdır. Kanse riski içilen sigara miktarı ve süresi ile doğrudan ilişkili olarak artar (45). Sigara alt solunum yollarında patofizyolojik değişikliğe yol açar. Epitel yapısı ve fonksiyonlarında değişiklikler, peribronşial inflamasyon ve fibrozis, vasküler kalınlaşmalar ve alveollerde harabiyete neden olur. Solunarak alınan maddelerin temizlenmesini bozar, anormal vasküler ve epitelyal geçirgenliğe neden olur (55). Genel olarak sigara içenlerde FEV1 değerleri düşer, FEV1 azalma hızı artar (56). Bu iki etki özellikle orta yaşlı bireylerde ciddi kronik obstrüktif akciğer hastalığı riskine neden olur. Sigara içimi KOAH oluşumunda %85' ten daha fazla etkilidir. Sigara hava yolu epitelinde siliyer kayıp, müköz bez atrofi, goblet hücre sayısında artış ve geçirgenlik artışına yol açar. Tüm bu değişiklikler kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne gibi semptomların görülmesine sebep olur (57). Yapılan çalışmalarda sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri için hem kadın hem de erkekte başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (58). Sigaranın kanser riski üzerine etkisinde sigara içme süresi, sigara içme miktarı, sigaranın ağızda kalma süresine göre değişiklikler görülmektedir (59). Sigara kronik bronşit ve amfizem gibi solunum sistemi hastalıklarının en başta gelen ve en sık görülen nedenidir (60). Sigara içimi mesleki solunum sistemi hastalıklarının gelişim riskini arttırır. Sigara içen ve çalışma ortamında kömür, tahıl, pamuk ve silika tozuna maruz kalan kişilerde KOAH gelişme olasılığı daha yüksektir (61). Asbest, radon, arsenik, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara kullanıcılarında kanser gelişme riski sigara içmeyenlere göre daha fazladır (61).

Kalp hastalığına bağlı ölümlerin %17'si doğrudan sigara kullanımı ile bağlantılıdır (45). Sigara sempatik sistemi aktive ederek ve parasempatik sistemi baskılayarak

kardiyovasküler sistemi etkiler. Sigara içimini takiben vücuda dağılan nikotin kan basıncını ve kalp atım hızını artırır, vazokonstriksiyon oluşur ve kanın oksijen taşıma kapasitesi düşer. Kandaki trombosit ve fibrinojen miktarı artar ve pıhtılaşma kolaylaşır. Tüm bu etkenler ateroskleroz, koroner kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, felç ve tromboz riskini artırır (45,62). Sigara ayrıca özellikle ventriküler fibrilasyon başta olmak üzere disritmilere yol açarak ani ölüme neden olabilir (63). Sigara içenlerle birlikte yaşayan ve kendisi sigara içmeyen bireylerde oluşan pasif içicilik kalp hastalıklarının en önemli sebebidir ve kalp hastalığı görülme sıklığını % 30 artırır (61,64). Pasif içicilerde HDL kolesterol seviyesi düşer, fibrinojen seviyesi artar (65).

Platelet agregasyonu sigara içimi ile artar (66,67). Platelet aktivitesi ve yaşam süresi kronik sigara kullanımı ile ters orantılıdır (66). Sigara trombosit fonksiyonlarında kronik değişikliklere neden olur ve bu da vasküler sistem hastalıklarının gelişimini artırır ve hızlandırır (68).

Sigaradaki nikotin maddesi sempatik sinir sistemini uyarır ve bu da serbest yağ asitleri ve LDL artışına neden olur (69). Sigara HDL düzeyini azaltır ve HDL nin antiaterojenik etkinliğini azaltır (65,68). Sigara ayrıca endotel hücre hasarını artırır ve damarsal restorasyon ve tamir mekanizmasını bozar. Sigara santral obeziteyi artırır ve santral obezite de artmış kardiyak risk ile ilişkilidir (69). Yapılan çalışmalara göre sigara içenlerde diyabet riski içmeyenlere göre daha fazladır (70). Sigara içen diyabetiklerde sigara hem makrovasküler hem mikrovasküler komplikasyonları arttırmaktadır. Sigara antitiroid aktivite göstermektedir (71,72). Sigara içenlerde guatr görülme sıklığı içmeyenlerden daha yüksektir (72).

Sigara içme ile serebral emboli, tromboz ve subaraknoid kanama arasında güçlü ve doza bağımlı bir ilişki bulunmaktadır. Kol ve bacaklardaki küçük ve orta boy arterleri, venleri ve sinirleri tutan damarsal bir hastalık olan Buerger hastalığı sigara içimiyle yakından ilişkilidir. Buerger hastalığının ilerlemesini engelleyen ispatlanmış tek tedavi yöntemi sigarayı bırakmaktır. Ani bebek ölümü sigara içen annelerin bebeklerinde daha siktir. Sigara içen annelerin bebekleri içmeyen annelerin bebeklerine göre 2 kat daha fazla üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanmaktadırlar. Sigara içen kadınların menapoza girme yaşı kısalmıştır. Bu risk günde yarım paket ve daha fazla sigara içen kadınlarda belirgindir (45). Ağız, boğaz, dil ve dudak kanseri olan kişilerin

% 90' ı sigara, pipo veya diğeri tütün ürünlerini kullanmaktadır (45). İçilen sigara sayısı arttıkça risk artar. Mesane kanseri kadınlarda 1/3, erkeklerde 1/2 oranında sigarayla ilişkilidir. Böbrek kanseri de sigara kullananlarda daha fazla görülmektedir. Pankreas kanseri riski sigara kullanım süresi ve miktarı ile 2.7 kat artar (45). Kırk yıl ve daha fazla sigara içen kadınlarda meme kanseri riski % 60 artar (45). Mide, karaciğer, kolon, rektum, serviks kanserleri ve lösemi sigara içenlerde daha sık görülür (45). Risk kullanım süresi ve miktarıyla artmaktadır (45).

### **2.1.5. Sigara Bağımlılığının Tanımı, Yaygınlığı, Nedenleri ve Değerlendirilmesi**

Sigara bağımlılığı günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sigara bağımlılığı en az bir aylık süre içinde düzenli sigara kullanma, sigarayı bıraktınca yoksunluk belirtileri yaşama, zararlarını görmeye rağmen bırakamama ve başarısız bırakma girişimlerinin olması şeklinde tanımlanır. Sigara bağımlılığının nedeni olarak tek bir etkenden söz edebilmek güçtür, genellikle birçok etken bir aradadır. Sigara bağımlılığının oluşmasında psikolojik nedenlerin önemli bir rolü vardır. Sigara kullanımı genellikle ergenlik döneminde başlar. Bu dönemde sigaraya başlamayı etkileyen nedenler arasında sosyal kabul görme, bağımlı kişilik özelliği, özgüven azlığı, hayır diyememe, çeşitli kişilik bozuklukları, ruhsal sorunlar, merak, özentisi, akran baskısı önemli etkenlerdir. Sigara bağımlılığı uzun süreli bir hastalığa benzer. Sigara bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanı sıra öğrenilmiş ya da şartlanmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir. Şartlanma alınan maddenin pekiştirici farmakolojik etkilerinin çevresel faktörlerle veya bazı duygu durumlarıyla ilişkilendirilmesidir. Çoğu insanın sigarayı belli durumlarda örneğin yemek sonrası, çay-kahve veya alkolle beraber içtiği bilinmektedir. Şartlanma mekanizması sigara bağımlılığında önemlidir (46). Nikotin, sigara bağımlılığında sorumlu ana maddedir. Fiziksel ve davranışsal bağımlılığa yol açar ve tedavisi gerekir. Fizyolojik bağımlılık tanısı özellikle iki temel kanıt gerektirir. Bunlar tolerans ve yoksunluktur.

Bağımlılık sendromu ölçütleri şöyle sınıflandırılabilir:

- 1) Madde bağımlılığına özgü davranışlar.
- 2) Madde arayışı içine girilmesi.

- 3) Maddeye karşı tolerans gelişmesi.
- 4) Madde olmadığında ortaya çıkan yoksunluk sendromları.
- 5) Madde kullanımı ile rahatlama ve yoksunluk semptomlarının kaybolması.
- 6) Relaps sonrası hızla sendromun gelişmesi.

Nikotin yoksunluğu sendromu nikotin kullanımının bırakılmasını takiben ilk 24 saat içinde başka bir tıbbi durumla açıklanamayan belirtilerin ortaya çıkması şeklinde tanımlanabilir (47,73). Depresif ya da disforik duygu durumu, uykusuzluk, irritabilite, çabuk sinirlenme ve öfkelenme, anksiyete, düşüncelerin yoğunlaştırılmaması, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştahta artış veya kilo alma nikotin yoksunluğunda görülen sendromlardır. Sigara bağımlılığının şiddeti klinik uygulamalarda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile belirlenmektedir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmesiyle oluşmuştur (74). Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin güvenilirliği orta derecede bulunmuş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır (75). Fagerström testinin genel mantığına bakıldığında kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecelerini incelediği görülmektedir. Testin sonucuna göre 6 ve daha fazla puan alanlarda nikotin bağımlılığı yüksek derecededir. Kişi günde 15 tane veya daha fazla sigara içiyor ve ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk yarım saat içinde içiyorsa nikotin bağımlılığı güçlüdür denebilir. Tütün (*Nicotiana tabacum*) bitkisinden elde edilen sigaranın dumanında toksik veya kanserojen özelliğe sahip 4700'den fazla madde tespit edilmiştir. Bunlar arasında nikotin, kotin, karbon monoksit, hidrojen siyanür, nitrik oksit, kadmiyum, çinko, katran, çeşitli oksidanlar ve peroksidanlar sayılabilir (39). Sigara dumanı katran (partikül) fazı ve gaz fazı olmak üzere ikiye ayrılır. Sigaranın gaz ve katran fazı büyük oranda serbest radikaller içermektedir. Serbest radikaller lipid peroksidasyonu yapar ve birçok hastalığın oluşumuna neden olmaktadır (40).

Sigara kullanımı en önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden biridir. Dünya genelinde koroner kalp hastalıkları ve kanserden ölümlerin %80'i sigara içimine

bağlıdır. Sigara kullanımı iskemik kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, ateroskleroz ve kanser gibi birçok hastalığın oluşumundan sorumlu tutulan önemli bir risk faktörüdür (41,42).

### **2.1.6. Kişilik Tanımı ve Gelişimi**

Sigara içmeyi sürdürmede aracılık eden olası etmenler zekâ, sosyoekonomik durum ve kişilik özellikleridir (7,8). Bazı mizaç özelliklerinin bireyin sosyal durumlarla başa çıkma yeteneğini ve madde kullanma arzusunu etkilediği, bununla beraber bazı psikiyatrik bozukluklara da zemin hazırladığı, psikiyatrik bozukluk tanısı olan olgularda sigara kullanma oranının genel nüfusa oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir (76-79,81).

Kişilik oldukça karmaşık ve emsalsiz bir yapıdır. Bireyin kendine özgü, değişik durumlar ve zaman içerisinde kalıcı olan duygu, düşünce ve davranış örüntüsüdür. Kişilik bireyin kendine özgü tutum, duruş ve davranış kalıbını yansıtır. Yapısal açıdan kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu konusunda çoğu araştırmacı hemfikirdir. Mizaç biyolojik faktörlerin kişiliğe katkılarını; karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtır. Zekâ hem yapısal, hem sosyal özellikleri etkileyip bütünsel kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir (81). Kişilik kavramı bir insanı başkalarından ayıran özelliklerin tümünü, çevresine uyum sağlamak için geliştirdiği davranış biçimini belirtir. Her insan belli durumlarda önceden tahmin edilen belli tutumlar ve kendine özgü davranışlar sergiler, olaylar karşısında belli duygusal tepkiler verir. Bir başka deyişle kişilik insanın duygu, tutum ve davranışlarının örgütlenmiş, kalıplaşmış, alışkanlık haline gelmiş bütünüdür (82). Kişiliğin temeli yaşamın ilk yıllarında atılır, altı yaşında ana çizgileri belirir, son biçimini gençlik yıllarının sonuna doğru alır (83). Herkesin yaşam biçimi olarak bilinçli ve bilinçdışı yollarla geliştirdiği kökleşmiş davranış biçimleri vardır. Kişilik, kişi ile çevresi arasındaki düzgün, kararlı, sabit, karşılıklı bir ilişkiyi devam ettirmek için kullanılır. Kişilik büyük oranda benlikle uyumludur (84). Kişilik genetik ve yapısal faktörlerden etkilenir, erken dönemdeki ebeveyn ilişkisi ve sosyal ortamlarla şekillenir (85). Bireyin kişiliğini oluşturan etkenlerin onun entelektüel yetileri, büyüme süresinde edindiği güdüler, duygusal tepkileri,

tutumları, inançları ve değer yargılarıdır. Bu etkenler bir araya gelerek bireyi diğerlerinden ayıran özellikleri oluştururlar. Tüm kişilik yapısı kalıtım, fizyolojik etkenler ve çevre faktörleri arasındaki ilişkiye göre oluşur.

### **2.1.7. Sigara Bağımlılığında Kişilik**

Mizaç ve kişilik özelliklerinin kullanılan maddenin seçimine etkisi ilgi uyandıran bir konudur. Kişilik özelliklerinin madde seçiminde etkili olduğuna dair kanıtlar şu anda yeterince güçlü değildir. Nikotine yatkın kişilik konusunda kesin bir bilgi yoktur. Baysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme ile bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkili olmadığı bulunmuştur (86). Sigaraya bağımlı olanların kişilik yapılarında gerçeklerden kaçma, otoriteye karşı çıkma, tehlike arama, duygusal dengesizlik, aşırı tutku ve kısa yoldan hazza ulaşma gibi özelliklerin olduğu düşünülmektedir (87). Günümüzde bağımlılık bir davranış biçimi olarak kabul edilmektedir. Belirli çevre koşulları içinde uyaranlara verilen karşılık bağımlılık davranışını oluşturur. Bağımlılık davranışının oluşmasında çevre koşullarının, bu koşulların etkilediği kişilik yapısının içinden ve dışından gelen uyaranların bilinmesi ve anlaşılması gerekmektedir (87).

### **2.1.8. Eysenck Kişilik Testi**

Eysenck kişilik teorisi ilk geliştirildiğinde nörotisizm stabilite, dışadönüklük, içedönüklük boyutlarını içerirken daha sonra psikotisizm boyutu da eklenmiştir (88). Nörotisizm boyutu duygusal tutarlılığa ve aşırı tepkiselliğe işaret etmektedir. Bu boyutta yüksek puan alan bir kişi kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüvenli olabilmektedir. Dışa dönüklük sosyalliği ve dürtüselliği temsil eder. Bu boyutta yüksek puan alan kişiler insanlarla iletişimi seven, girişken ve yalnız olmaktansa insanlarla olmayı tercih eden bireyler olarak tanımlanmıştır. Psikotisizm boyutu ise soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi kişilik özelliklerini ifade etmektedir (89). Eysenck kişilik kuramını geliştirdikten sonra kişiliği ölçen birçok ölçek saptanmıştır. Kişilik ölçümünde güvenilir ve geçerli olan bu ölçekler genellikle çok uzun olmaları nedeniyle araştırmalarda kişilik özelliklerini değerlendirmede bazı sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle kısa ölçeklere gereksinim duyulmuştur. Bunlardan birisi Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu' dur (90). Bu

anketin yine de uzun bir ölçek olduğunu düşünen Francis ve arkadaşları 1992 yılında ölçeğin 48 maddelik formunu kısaltarak 24 maddelik Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Ölçeğini oluşturmuşlardır. 24 maddelik bu ölçek dışa dönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan olmak üzere her birinde 6 madde olan dört boyutu içermektedir. Yalan söyleme alt ölçeği ile kontrol amaçlanmaktadır. Her bir faktör 6 madde ile değerlendirilmektedir ve katılımcılardan 24 soruya Evet (1) Hayır (0) formatlarıyla cevap vermeleri istenir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. 2007 yılında yapılan bir çalışmayla Türkiye’de kişilikle ilgili yapılacak araştırmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu ortaya konmuştur (91).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Çalışma dizaynı**

Bu çalışmaya Kahramanmaraş ilindeki aile sağlığı merkezleri ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı sigara bırakma polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kadın ve erkek, sigara içen ve içmeyen toplam 472 hasta dahil edildi. Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alındı.

#### **3.2. Verilerin elde edilmesi**

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, meslek gibi sosyo-demografik verileri ile hastalık öyküleri bulunmaktadır. İkinci bölümde sigaranın zararları hakkında bilgi düzeyleri, sigara

bırakma deneyimleri ve sigara bağımlılık düzeylerinin tespitine ilişkin sorular soruldu. Anketin üçüncü bölümünde ise Eysenck Kişilik Testi Gözden Geçirilmiş ve Kısaltılmış Formu uygulandı. Anket formunda sosyo-demografik özelliklere yönelik sorularla birlikte Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini oluşturan 6 soru, Eysenck Kişilik Testi Gözden Geçirilmiş ve Kısaltılmış Formunu oluşturan 24 soru bulunmaktadır.

Sigara kullanan kişilerde nikotin bağımlılığını belirlemek amacı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sigara kullanım özellikleri ile birlikte anket formu içinde verilmiştir. Nikotin bağımlılığının ölçülmesi amacıyla 1978’ de Fagerström tarafından geliştirilmiş olan Fagerström tolerans testinin 1992’ de Fagerström, Heathertan ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmasıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi oluşturulmuştur (92). Bu test her biri farklı puanlar alan 6 sorudan oluşan ve düzeyi çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7) puan, çok yüksek (8-10 puan) belirleyen bir testtir. Ülkemizde Fagerström Bağımlılık Testinin kullanıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Fagerström Bağımlılık Testi Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe ’ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Eysenck Kişilik Anketinin uzun olması ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde bazı sorunlara yol açması nedeniyle Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi Kısa Formu oluşturulmuştur. Bu formu Francis ve arkadaşları (1992) uzun bulmuş ve 24 maddelik Gözden Geçirilmiş ve Kısaltılmış Formunu oluşturmuşlardır. Bu çalışmada 24 maddelik Gözden Geçirilmiş ve Kısaltılmış Formu kullanılmıştır. Form; dışadönüklük, nörotizm, psikotizm ve yalan söyleme olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Kişiliği; dışadönüklük, nörotizm ve psikotizm boyutlarında değerlendirmektedir. Yalan söyleme alt boyutu ile ise formun uygulanması esnasındaki yanlılığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır. Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcılardan 24 soruya Evet (1) ve Hayır (0) formatıyla cevap vermeleri istenir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puanlar 0 ile 6 arasında değişmektedir. Tüm bulgular değerlendirildiğinde Türkiye’ de kişilik ile ilgili yapılacak çalışmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu ortaya çıkmıştır.



### 3.3. İstatistiksel Analiz

Veri analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tüm veriler sayı % veya ort +/- standart sapma (minimum-median-maksimum değer) olarak ifade edildi. Sürekli değişkenlerin dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ile sınıandı. Sürekli değişkenlerin hiçbiri normal dağılıma uymuyordu. Sigara içen ve içmeyen grupların özellikleri Ki-kare ve Mann-Whitney testi ile karşılaştırıldı. Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak yapılan ön analizler sonucu yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, ölçek puanları (psikotizm, dışa dönüklük, nörotizm, yalan) bağımsız değişkenler olarak lojistik regresyon modeline dahil edildi. Sigara bağımlılığı dikotomize bağımlı değişken olarak modele alındı. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 472 hastanın 233 tanesi sigara içen (% 49.4), 239 tanesi sigara içmeyenlerden (% 50.6) yani kontrol grubundan oluşmaktadır. Ankete katılanların 204'ü kadın (% 43.2), 268' i erkektir (% 56.8). 204 kadının 38'i sigara içmemekte (% 67.6), 66'sı sigara içmektedir (%32.4). 268 erkeğin 101'i sigara içmemekte (%37.7), 167'si sigara içmektedir (%62.3). Sigara içmeyenlerin yaş ortalaması  $31.6 \pm 10.4$  standart sapma (SS) (min. =18, median =29, max. =65) idi. Sigara içenlerin yaş ortalaması  $34.25 \pm 10.5$  standart sapma (SS) (min.= 18, median = 32, max.= 63) idi.

Sigara içmeyen 239 hastanın 137' si evli (% 46.8), 96' sı bekâr (%58.5), 6' sı boşanmış (% 40.0) olarak saptandı. Sigara içen 233 hastanın 156'sı evli (% 53.2), 68'i bekâr (%41.5), 9' u boşanmış olarak saptandı. Sigara içmeyenlerin 184'ü il merkezinde (%47.7), 33'ü ilçe merkezinde (%61.1), 22'si köyde yaşıyordu (%68.8). Sigara içenlerin 202'si il merkezinde (%52.3), 21'i ilçede (%38.9), 10'u köyde (%31.3) yaşıyor olarak saptandı.

Sigara içmeyen 239 hastanın 44 tanesi (%38.3) ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, 44 tanesi (%35.5) lise mezunu, 151 tanesi (%64.8) üniversite ve üstü düzeyinde idi. Sigara içen 233 hastanın 71 tanesi (%61.7) ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, 80

tanisi (%64.5) lise mezunu, 82 tanesi (%35.2) üniversite ve üstü düzeyinde olarak saptandı. Sigara içmeyenlerin 21 tanesi hipertansiyon, kalp hastalığı, KOAH, DM, KBY, Kronik blefarit, Hashimoto, Parapleji ve belirtilmemiş kronik hastalıklara sahipti (% 17.2), 218 tanesinde ise herhangi bir kronik hastalık yoktu (%62.3). Sigara içenlerin 101 tanesi kronik hastalıklara sahipti (%82.8) ve 132 tanesinde herhangi bir kronik hastalık yoktu (%37.7).

Sigara kullanımı ile erkek cinsiyet arasında anlamlı ilişki mevcuttu ( $p<0.05$ ). Yaşla sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Kişilerin medeni durumu (evli, bekâr, boşanmış) ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ). Eğitim seviyesini lise ve altında olması ile sigara bağımlılığı ilişkili bulundu ( $p<0.05$ ). Serbest meslek sahiplerinin sigara bağımlılığı anlamlı derecede yüksek olarak saptandı ( $p<0.05$ ). Diğer meslek gruplarının sigara bağımlılığı ile anlamlı bir ilişkisi saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Sigara kullanımı ile yerleşim yeri arasındaki bağlantı açısından ilçe merkezinde yaşayanların belirgin oranda sigara bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptandı ( $p< 0.05$ ). Köy ve il merkezinde ikamet edenlerin sigara bağımlılığı oranı anlamlı derecede ilişkili bulunmadı ( $p>0.05$ ). Çalışmaya katılan 472 hastada sigara bağımlısı olanlarda kronik hastalık varlığı anlamlı düzeyde saptandı ( $p<0.05$ ).

Eysenck Kişilik Testinde değerlendirilen parametrelere değinilecek olunursa; sigara içmeyen 239 hastadan psikotizm puanı yüksek çıkanların ortalaması  $1.1 \pm 1.1$  standart sapma (SS) ( min. = 0, median = 1, max. = 5) idi. Sigara içen 233 hastadan psikotizm puanı yüksek çıkanların ortalaması  $1.8 \pm 1.35$  standart sapma (SS) (min. = 0, median = 2, max. = 5 ) olarak saptandı. Sigara içmeyen 239 hastadan nörotizm puanı yüksek çıkanların ortalaması  $2.97 \pm 1,6$  standart sapma (SS) (min. = 0, median = 3, max. = 6) idi. Sigara içen 233 hastadan nörotizm puanı yüksek çıkanların ortalaması  $3.45 \pm 1.7$  standart sapma (SS) (min. = 0, median =4, max. =6) olarak saptandı. Sigara içmeyen hastalardan yalan puanı yüksek çıkanların ortalaması  $4.4 \pm 1.5$  standart sapma (SS) (min. = 0, median = 3, max. = 6) idi. Sigara içen hastalardan yalan puanı yüksek çıkanların ortalaması  $3.8 \pm 1.7$  standart sapma (SS) (min. = 0, median = 4, max. = 6) olarak saptandı. Sigara içmeyen hastalardan dışa dönüklük puanı yüksek çıkanların ortalaması  $3.7 \pm 1.8$  standart sapma (SS) (min. = 0, median = 4, max.= 6) idi. Sigara içenlerden dışa dönüklük puanı yüksek çıkanların ortalaması  $3.9 \pm 1.8$  standart sapma

(SS) (min. = 0, median = 4, max. = 6 olarak saptandı. Dışa dönüklük kişilik özelliklerinin sigara kullanımıyla anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır ( $p>0.337$ ). Buna karşın psikotizm ve nörotizm kişilik özellikleri sigara bağımlılığı arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Yalan ölçeği de anlamlı sonuçlar vermiş, hem abartılan ve saklanan cevapları yakalamış hem de testin güvenilirliği ve gerçekliğini kuvvetlendirmiştir ( $p<0.05$ ). Psikotizm puanındaki 1 birim artış sigara bağımlılığı riskini 1.373 kat arttırmaktadır ve sonuç anlamlıdır ( $p<0.05$ ), nörotizm puanındaki 1 birim artış sigara bağımlılığı riskini 1.170 kat arttırmaktadır ve sonuç anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Dışa dönüklük ve yalan puanlarındaki artışla sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo-1: Sigara içme durumu ile bazı bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

	Sigara içmeyen					Sigara içen					P
	Ort	SS	min	max	med	ort	SS	min	max	Med	
Yaş	31.6	10.4	18	65	29	34.25	10.5	18	63	32	0.002
Psikotizm	1.1	1.1	0	5	1	1.8	1.35	0	5	2	0.00
Nörotizm	2.97	1.6	0	6	3	3.45	1.7	0	6	4	0.002
Yalan	4.4	1.5	0	6	5	3.8	1.7	0	6	4	0.00
Dışa dönüklük	3.8	1.8	0	6	4	3.9	1.8	0	6	4	0.337

Tablo-2: Sigara içme durumu ile bazı bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

			Sigara içmeyen	Sigara içen	P değeri
Cinsiyet	Kadın	N	138	66	0.000
		%	67.6	32.4	
	Erkek	N	101	167	
		%	37.7	62.3	
Medeni	Evli	N	137	156	0.038
		%	46.8	53.2	
	Bekâr	N	96	68	
		%	58.5	41.5	
	Boşanmış	N	6	9	
		%	40.0	60.0	
Yerleşim	İl	N	184	202	0.019
		%	47.7	52.3	
	İlçe	N	33	21	
		%	61.1	38.9	
	Köy	N	22	10	
		%	68.8	31.3	
Eğitim	İlköğretim ve altı	N	44	71	0.000
		%	38.3	61.7	
	Lise	N	44	80	
		%	35.5	64.5	
	Üniversite ve üstü	N	151	82	
		%	64.8	35.2	
Kronik hastalık	Var	N	21	101	0.000
		%	17.2	82.8	
	Yok	N	218	132	
		%	62.3	37.7	

Tablo-3: Sigara Bağımlılığına Etkisi Olabilecek Faktörleri Lojistik Regresyon Analizi İle Değerlendirilme Sonuçları

Özellikler	Tahmini Rölatif Risk (OR)	% 95 Güven Aralığı	P değeri
Yaş	0.98	0.948 – 1.009	0.164
Cinsiyet Kadın	1.000		
Erkek	<b>3.7</b>	<b>2.091 – 6.602</b>	<b>0.000</b>
Medeni Durum Evli	1.000		
Bekâr	0.661	0.326 – 1.340	0.250
Dul	1.141	0.307 – 4.241	0.844
Eğitim Üniversite ve üzeri	1.000		
Lise	<b>2.290</b>	<b>1.002 – 5.234</b>	<b>0.050</b>
İlköğretim ve altı	<b>2.041</b>	<b>1.005 – 4.143</b>	<b>0.048</b>
Meslek Öğrenci	1.000		
Ev kadını	1.904	0.614 – 5.901	0.265
Beyaz yakalı	0.849	0.349 – 2.067	0.718
Mavi yakalı	1.469	0.556 – 3.879	0.438
Serbest	<b>2.838</b>	<b>1.058 – 7.615</b>	<b>0.038</b>
Yerleşim Yeri Köy	1.000		
İlçe merkezi	<b>3.775</b>	<b>1.389 – 10.258</b>	<b>0.009</b>
İl merkezi	1.049	0.319 – 3.450	0.937
Kronik Hastalık Yok	1.000		
Var	<b>7.264</b>	<b>4.068 – 12.970</b>	<b>0.000</b>
Psikotizm	<b>1.373</b>	<b>1.123 – 1.680</b>	<b>0.002</b>
Nörotizm	<b>1.170</b>	<b>1.012 – 1.352</b>	<b>0.034</b>
Dışa Dönüklük	1.098	0.965 – 1.250	0.156
Yalan	0.870	0.748 – 1.013	0.073

## 5. TARTIŞMA

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 Türkiye Raporu' na göre; ülkemizde 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 31.2' si halen sigara içmektedir (94). Bu rapora göre sigara içme sıklığı erkeklerde (% 47.9) kadınlara (% 15.2) göre daha fazladır ( 94). Bizim çalışmamızda da ankete katılan 204 kadının 66' sı sigara içmekte (% 32.4) , 138' i sigara içmemektedir (% 67.6). Yine çalışmamızdaki 268 erkeğin 167 ' si sigara içmekte (% 62.3), 101' i sigara içmemektedir (% 37.7). Lojistik regresyon analizi sonucunda çalışmamızda sigara içme oranının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızda sigara kullanımı ile erkek cinsiyet arasında erkek cinsiyet lehine anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda erkekler arasında sigara kullanımının kadınlara göre daha yaygın olduğu ayrıca kadınların genellikle günde 1-10 adet arası erkeklerin ise günde 10 adetten fazla sigara içtiği tespit edildi (96). Erkek cinsiyetinin sigara içme durumu için bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Türkiye toplumunun erkek egemen olmasının katkısı olabilir. UHY-ME çalışması 2003 raporunda; 18 yaş ve üzeri sigara içme yaygınlığı kentsel bölgede % 34.7, kırsal bölgede ise bu oran % 30.4 dir. Aynı raporda sigara içenlerin % 61.7 ' si kentsel bölgede yaşarken kırsal bölgede bu oran % 38.3' tür ( 95). Kırsal kesimde yaşayan kişilerde sigara içme oranının düşük olmasında sosyal ve kültürel değerlerin etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda sigara içenlerin 21' i ilçede (% 38.9), 10' u köyde ( %31.3), 202' si il merkezinde ( % 52.3) içmeyenlerin 22' si köyde ( % 68.8), 33' ü ilçede (% 61.1), 184' ü il merkezinde ( % 47.7) yaşıyor olarak belirlendi. Çalışmalarda sigaraya başlama yaşı açısından 12-25 yaş grubunun yüksek riskli grubu oluşturduğu vurgulanmaktadır (96). Sigara kullanımının ilçe merkezinde anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (OR= 3.775 / p= 0.09 ). Çalışmamızda sigara içenlerin yaş ortalaması 34.25±10.5 (SS), sigara içmeyenlerin yaş ortalaması 31.6±18 (SS) olarak ortaya konmuştur. Çalışmamızda yaş, sigara bağımlılığına etkisi olabilecek faktörler arasında saptanmamıştır (OR= 0.978 / p> 0.164 ). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 raporuna göre; Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin tütün ürünleri kullanım sıklığı kentsel yerlerde % 33 iken, kırsal bölgelerde % 27.2' dir (39). BİGTAŞ tarafından 1993 yılında yapılan araştırmada ise sigara içme sıklığı köylerde oturanlarda % 29.1, kentlerde oturanlarda

ise % 36.9 olarak tespit edilmiştir (37). Sigara içen 233 hastanın 71 tanesi (% 61.7) ilköğretim ve altı düzeyinde eğitim görmüş, 80 tanesi lise mezunu (% 64.5), 82 tanesi (% 35.2 ) üniversite ve üstü düzeyinde eğitim seviyesinde saptandı. Sigara içmeyen 239 hastanın 44 tanesi (% 38.3 ) ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, 44 tanesi (% 35.5) lise mezunu, 151 tanesi (% 64.8) üniversite ve üstü düzeyinde idi. Eğitim seviyesinin lise ve altı olması ile sigara kullanımı arasında anlamlı derecede ilişki saptandı. Kiter ve ark. Denizli’ de göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada sigara bağımlılığı ilköğretim mezunlarında %28, lise mezunlarında %36, üniversite mezunlarında % 46 olarak belirlenmiştir (97). Başer ve ark. 40 yaş ve üstü erişkinlerde yaptıkları çalışmada ilköğretim ve altında eğitim görmüş olanlarda sigara içen ve içmiş olanların oranı %38.9 iken, lise ve üstü grupta %54.4 olarak bulunmuştur (98). Kahramanmaraş il merkezinde yapılan bir çalışmada sigara kullanım oranı okur-yazar veya ilkokul mezunlarında %15.9, ortaokul ve lise mezunlarında %16.9, üniversite mezunlarında %48.8 olarak belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre sigara kullanım oranlarına bakıldığında serbest meslek sahiplerinin sigara bağımlılığı anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Diğer meslek sahipleri (işçi, çiftçi, memur, emekli, öğrenci) sigara bağımlılığıyla anlamlı bir ilişki içinde değildi. Karadeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada sigara içme oranları memurlarda %43.1, işçilerde %59.4, ev hanımlarında %17.3, esnafta %38.3, emeklilerde %53.7 olarak bulunmuştur (99). Sönmez ve ark. Aydın’da yaptıkları çalışmada sigara kullanım oranları memurlarda %60.5, çiftçilerde %57.7, işçilerde %59.6, ev hanımlarında ise %12.2 olarak belirlemiştir (100). Çalışmamızda 233 sigara bağımlısının 101 tanesi kronik hastalıklara sahipti (%82.8). 132 tanesinde ise herhangi bir kronik hastalık yoktu (%37.7). Sigara içmeyen 239 hastanın sadece 21 tanesinde kronik hastalık saptanırken (%17.2), 218 tanesinde herhangi bir kronik hastalık belirtilmedi (%62.3). Çalışmamızda sigara bağımlılığı ile kronik hastalık görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sigara bağımlılığının kronik hastalığa sahip olma riskini 7.264 kat arttırdığı saptanmıştır ( $p: 0.000$ ). Sigara yaklaşık 50 kronik hastalığın ve 20’ye yakın ölümcül hastalığın nedenidir. Bu ölümcül hastalıkların başında akciğer kanseri, KOAH, kalp damar hastalıkları, beyin damar hastalıkları gelmektedir. Kronik akciğer hastalıklarının %80’inden, kalp hastalığı ve kanserlere bağlı ölümlerin de üçte birinden sigara içimi sorumludur. Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. Sigara içmeye başlama yaşı ve içilen sigara miktarı Tip 2 diyabet gelişimi için majör bir risk faktörüdür. Sigara içenlerde risk 1.4-1.9 kat artmaktadır. Ülkemizde yapılan bir

çalışmada yaş ortalaması 56.9 olan ortalama 7 yıldır kronik hipertansiyon tanısı almış olgularda %20.2 oranında sigara bağımlılığı tespit edilmiştir. Bu olguların %13.7 si daha önce sigara kullanıyor iken bıraktıklarını ifade etmiştir. Çıtıl ve ark. Kayseri’de yaptıkları bir çalışmada olguların %15.6 sının sigara kullandığını saptamışlardır (103). Çin’de yapılan bir çalışmada 65-80 yaş arasındaki DM tanısı almış hastaların %23.5’i sigara içen, %9.2’si bırakmış, %44.5’i ise hiç sigara içmemiş olarak belirlenmiştir (102). Japonya’da yapılan bir çalışmada KBY’li hastaların %16.4’ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir (105). Amerika’da yapılan bir çalışmada 198 KBY hastasının %28.2’sinin sigara kullandığı ifade edilmiştir (104). Guerno ve ark. Şili’de hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada sigara kullanım oranını %9.9 olarak bulmuşlardır (107). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemodiyalize giren KBY’li hastaların %23’ünün sigara kullandığı ortaya konmuştur (106). İnan ve ark. Astımlı 60 olgunun sigara içme alışkanlığını sorgulamış ve olguların %33.3’ünün aktif içici olduğunu saptamıştır (108). İran’da yapılan bir çalışmada hipertansiyonlu hastaların %28.6’sının sigara bağımlısı olduğu tespit edilmiştir (109). Sigara içen 233 hastanın 156’sı evli (%53.2), 68’i bekâr (%41.5), 9’u dul olarak saptandı. Sigara içmeyen 239 hastanın 137’si evli (%46.8), 96’sı bekâr (%58.5), 6’sı dul olarak belirlendi. Medeni durumla sigara bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Evli-bekâr veya dul olmanın sigara bağımlılığında anlamlı bir değişiklik oluşturmadığı belirlendi ( $p>0.05$ )

Eysenck kişilik anketinin nörotisizm, psikotisizm ve yalan puanları sigara içen ve içmeyen hastalarda anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ). Ancak dışadönüklük puanlarında sigara içen ve içmeyen hastalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Eysenck kişilik anketinin alt etmen puanları sigarayı içen ve içmeyen hasta gruplarında dışadönüklük özelliği hariç olmak üzere anlamlı farklılık göstermiştir. Sigara içenlerde psikotizm puanının sigara içmeyenlerden anlamlı olarak ( $p:0.00$ ) daha yüksek bulunması sigara bağımlılığı olan hastaların paranoid tutumlarındaki yüksekliğe ve toplum kurallarına uymadaki zorluklara işaret ediyor olabilir. Sigara içenlerde nörotisizm oranı sigara içmeyenlerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu etken genelde kaygılı, çabuk sinirlenen, kendini yalnız hisseden ve duygulanımda ani değişimler olan kişilerde yükseklik gösterir. Bu özellikler bireye zorlu ya da heyecan veren bir yaşantı karşısında sigara içme davranışına uygun ortam sağlayabilmektedir. Sigara içen ve içmeyen hastaların en yüksek puanı nörotisizmden almış olmaları dikkat çekicidir. Bu sonuç çalışmaya katılan hastaların sigara içenler daha fazla olmak üzere korku, düşük benlik saygısı, duygusal ve mantık dışı davranışlar göstermeye yatkın



olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda psikotizm puanı sigara içenlerde içmeyenlerden anlamlı olarak fazladır ( $p<0.05$ ). Nörotizm özelliğinin sigara içenlerde içmeyenlerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Nörotizm özelliğinden yüksek puan alan hastalar kaygılı, endişeli, aksi ve çoğunlukla depresif kimselerdir. Nörotizm boyutu duygusal tutarlılığa veya aşırı tepkiselliğe işaret etmektedir ve bu boyutta yüksek puan alan kişiler kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüvenli olabilirler. Psikotizm boyutu ise soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi daha çok sıradışı kişilik özelliklerini ifade etmektedir. Sigara içenlerle sigara içmeyenler arasında dışadönüklük açısından anlamlı bir fark bulunamıştır ( $p>0.05$ ). Dışadönüklük, sosyal olmak, partilere gitmek, şaka yapmaktan hoşlanmak, bir çok arkadaşına sahip olmak, dürtüsellik, kontrolsüz duygular ve bazen güvenilir olmayan kişilik özelliklerini gösterir. Eysenck kişilik testindeki yalan alt boyutu anketteki maddelere ne kadar dürüst cevap verildiğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Aynı zamanda bu alt boyut daha çok toplumca yanlış olduğu düşünülen ancak bazen herkesin yapabileceği davranışlara yer vermektedir ve bu nedenle sosyal istenirlik konusundaki duyarlılığı da yansıtır. Sigara içen ve içmeyen hastalarda yalan boyutu anlamlı olarak farklılık göstermektedir ve sigara içmeyen hastalarda anlamlı olarak daha fazladır ( $p:0.00$ ). Psikotizm puanındaki 1 birim artış sigara bağımlılığı riskini 1.373 kat artırır ( $p:0.02$ ). Nörotizm puanındaki 1 birim artış ise sigara bağımlılığı riskini 1.170 kat artırır ( $p:0.034$ ). Dışadönüklük ve yalan puanındaki artışların sigara bağımlılığı riski ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda Eysenck Kişilik Testi alt bölümleri incelendiğinde; sigara kullanıcılarının 'psikotizm' puan ortalaması 1.8, sigara kullanıcılarının puan ortalaması ise 1.1 olarak saptandı. Sigara kullanıcılarının 'psikotizm' puan ortalaması, sigara kullanmayan bireylere göre anlamlı seviyede yüksekti. Ayrıca yapılan logistik regresyon analizinde 'psikotizm' puanındaki 1 birim artışın, sigara bağımlılığı riskini 1.373 kat arttırdığı saptandı. Psikotizm alt bölümünde yüksek puan alanların ben merkezli, dürtüsel ve diğerlerine karşı isyankâr bir yapı için risk barındırır. Bencil, saldırgan ve bireylerin haklarına ve iyi hal durumuna duyarsızlık psikotizm alt bölümünden yüksek puan alanların belirgin özellikleridir. Genelde bu bireyler toplumda sorun yaratan, diğer insanların canını isteyerek sıkan kişilerdir (125). Psikotizm kişilik özellikleri (disinhibe, antisosyal kişilik bozukluğu, dürtüsel ) olan kişilerin alkol ve madde bağımlılığıyla ilişkisinin olduğu literatürde bildirilmiştir

(126). Gerek literatürde gerekse çalışmamızda tütün kullanımı ile psikotizm kişilik özelliklerinin ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Bireylerin sigara bırakmasına yönelik yapılan sağlık uygulamalarında bu kişilik özelliklerini göz önüne almak ve buna yönelik koruyucu sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Çalışmamızda sigara içen bireylerin 'nörotisizm' puan ortalaması 3.45, sigara içmeyen bireylerin ise 2.97 olarak tespit edildi. Sigara içen bireylerin 'nörotisizm' puan ortalaması, içmeyenlere göre anlamlı seviyede yüksek olarak belirlendi. Ayrıca yapılan logistik regresyon analizinde 'nörotisizm' puanındaki 1 birim artışın, sigara bağımlılığı riskini 1.170 kat arttırdığı tespit edildi. Yıldırım'ın yaptığı çalışmada dumansız tütün kullanan bireylerin 'nörotisizm' bölümünden aldığı puanın, kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı seviyede yüksek olduğu tespit edilmiştir (127). Sigara içme davranışı ile kişilik özellikleri arasında ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (110). Sigara kullanan kişilerin dışa dönüklük ve nörotisizm kişilik özelliklerine karşı daha yüksek eğilimi olduğu ifade edilmektedir (111). Kawakami ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada nörotisizm ile nikotin bağımlılığı açısından yüksek risk altında olduğunu bildirmiştir (112). Ayrıca nörotisizmin günlük kullanılan sigara miktarı ile pozitif korelasyon gösterdiği ifade edilmiştir (114). Nörotisizmi olan kişilerin daha fazla psikososyal stres hissettikleri ve bu stresi azaltmak için sigara içtikleri ileri sürülmektedir (112). Duygu durum düzenlenmesinde yer alan dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterleri yıkan enzim olan monoamin oksidaz, sigara içme (smoking) ile inhibe olmaktadır (115). Ayrıca nörotisizmin self-medikasyonla ilişkili olabileceği ve nikotinin negatif etkisiyle serotonerjik aktivitede azalmaya sebep olabileceği sürülmüştür (111). Gerek çalışmamızda gerekse literatürde farklı tütün ürünleri kullanıcılarına yönelik yapılan çalışmada tütün ürünleri kullanımı ile nörotisizm arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Nörotisizm, korku, üzüntü, kızgınlık, suçluluk gibi negatif duyguları yaşamaya eğilim olarak tarif edilebilir (116). Nörotisizm kişilik özelliğindeki bireylerin, duyguları aşırı değişiklik gösteren, iyi uyum sağlayamayan, hassas, endişeli, gergin, dirençsiz ve fevrî karakterde oldukları ifade edilmektedir (117). Nörotisizm boyutunun duygusal tutarlılığa veya aşırı tepkiselliğe işaret etmekte olduğu ve bu boyutta yüksek puan alan bir kişinin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüveni olabileceği öne sürülmüştür (118). Diğer kültürlerde kadınların nörotisizm,

erkeklerin ise psikotizm alt ölçeğinde yüksek puan aldıkları bulunurken Türk örnekleminde dışa dönüklük, nörotizm ve psikotizm boyutlarında kadın ve erkekler arası bir fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda sigara kullanıcılarında ‘dışa dönüklük’ puan ortalaması 3.9, sigara kullanmayanlarda ise 3.7 olarak tespit edildi. Sigara içen bireylerin ‘dışa dönüklük’ puan ortalamasının sigara içmeyenlere göre anlamlı seviyede yüksek olmadığı ( $p>0.05$ ) tespit edildi. Çalışmamızda sigara içmeyen bireylerde yalan puanı ortalaması 4.4, sigara içen bireylerde ise yalan puanı ortalaması 3.8 olarak saptandı. Dışa dönüklük sosyal olmak, partilere gitmekten, şaka yapmaktan hoşlanmak, birçok arkadaşına sahip olmak, dürtüsellik, kontrolsüz duygular ve bazen güvenilir olmayan kişilik özellikleri göstermekle ilişkilendirilmiştir (118,119). Bizim çalışmamızda çıkan sonuçlardan farklı olarak yapılan diğer çalışmalarda dışa dönüklük ile ağır düzeyde sigara içimi (heavy smoking) arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (114,123). Son yapılan çalışmalarda sigara içmenin uyarıcı (stimulasyon) veya duygu durum düzenleyici etkilerinin kişilik özellikleriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Eysenck’e göre dışa dönük kişilik özellikleri belirgin olan kişiler uyarıcı arayışı amacıyla sigara kullanmaktadırlar (124).

## 6. SONUÇ

Çalışmamızda sigara içen ve içmeyen kişilerde Eysenck kişilik testinin alt grupları olan nörotizm, psikotizm ve yalan özelliklerinin farklı olduğu, sigara içen ve içmeyen toplam hastaların en fazla nörotizme yatkınlığı ve bunu psikotizmin izlediği saptanmıştır. Dışa dönüklük açısından sigara içen ve içmeyen hastalarda anlamlı bir fark görülmemektedir. Kişilik alt formlarından en fazla psikotizmdeki 1 birim artış sigara bağımlılığı riskini arttırmaktadır. Bunu nörotizm takip etmektedir. Dışadönüklük ve yalan özelliklerinin artışı sigara bağımlılığı riskini anlamlı olarak arttırmamaktadır.

Sonuç olarak sigara bağımlılığı olan bireylerin sigara içme paternleri ve bağımlılık düzeyleri bağlamında psikolojik değerlendirilmeleri gelecekte etiyolojiye yönelik tedavi yaklaşımları geliştirmekte faydalı olabilir. Sigara bağımlılarının kaygı, düşük benlik saygısı, depresyon gibi nörotizm özellikleri ve saldırganlık, antisosyal davranma,

diğer insanlara karşı duyarsız davranma gibi psikotizizme ait özellikler ile baş edebilecekleri eğitim ve sosyal hizmetlere daha yoğun olarak yer verilmesi önerilebilir.

Sigara bağımlılarının nörotizizm özellikleri ve psikotizizme ait özellikler ile baş edebilecekleri eğitim ve sosyal hizmetlere daha yoğun olarak yer verilmesi önerilebilir. Sigara bağımlılığı ile mücadelede bireyin kişilik özellikleri göz önüne alınarak genel sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Sigara bağımlılığı bırakma tedavilerinde bireyin kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması bırakma başarısını olumlu yönde arttıracaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Dinn WM, Ayçiçeği A, Harris CL (2004) Cigarette Smoking in a student sample: Neurocognitive and Clinical Correlates. *Addictive Behaviors*; 29(1): 107 -26.
2. Sadock BJ (2007) Maddeye Bağlı Bozukluklar. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Baskı. (Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A), Güneş Kitabevi, İstanbul: 1137-328.
3. The World Health Report on the Global Tobacco Epidemic. İstanbul 2009
4. Doğan YB. Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış. Dilbaz, HN(ed.) Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara, 1.Baskı 1998; s: 1-8
5. Doğan YB. Bağımlılık: Kavram ve Model Sorunu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Yayınlar Serisi 1996; 12: 115-21.
6. Mackay, J. , Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002.
7. Rezkanfard M. Ekhtari H, Mokri A, et al. Psychological and behavioral traits in Smokers and their relationship with nicotine dependence level .*Archives of Iranian Medicine* . 2009; 13: 395-405
8. Salepçi B. Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B. Kader Ş.N Sigara Bırakma Polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks dergisi*. 2005; 6.151-8
9. Etter JF. Smoking and Cloninger's Temperament and Character Inventory. *Nicotine&Tobacco Research* 2010; 12: 919-26.
10. Azkan, N. Tütün. Sigara ve Sağlık, s 3-6, Bursa, 2002.

11. Bilgin FB. Lise öğrencilerinin Kaygı ve Uyum Düzeyleri ile Bazı Değişkenlerin Sigara İçme Alışkanlıklarına Etkisi Ankara 1989. (Doktora Tezi)
12. Mills C A, Porter MM: Tobacco Smoking Habits and Cancer of the Mouth and Respiratory System. *Cancer Res* 1950; 10: 539-42
13. Schrek R, Baker LA, Ballard GP. Dol Tobacco Smoking as an ethologic factor in disease. *Cancer Res* 1950;10: 49-58
14. Peçevi İ. Peçevi tarihi (Çeviri: Uraz M). Neşriyat Yurdu Yayınları, s. 196-7, İstanbul 1968.
15. Yılmaz F. Tütünün macerası 2. *Tombak Dergisi* 2000; 34: 24-30.
16. Aşut, Ö. Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri, Hekim ve Sigara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, ss.15-41,1993.
17. Köknel, Ö.,Bağımlılık-Alkol ve Madde Bağımlılığı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1998.
18. Asut, A. Sigara ve Hekim Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 1993.
19. The mPOWER Package. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
20. Akan H, Haynan O, Özcan M, Acar U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Aile Hek. Derg*, 2010; 14(2): 71-6
21. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü- Bugünü ve Yarını Ertem ve Ark.Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012.
22. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male smoking 2002: 24-5.
23. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002: 26-7.6.
24. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One , 6. Cigarette Consumption 2002: 30-1
25. Murin S, Sikestri G. Smoking and Pulmonary and Cardiovascular diseases. *Clinchest Med.* 2000; 21: 1-9
26. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas . World Health Organization 2002. Port Five. 28. Quitting p: 82-3
27. Demir T. Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. In: ÇenG. Sigara Epidemiyolojisi İstanbul: 2005: 5-15.
28. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and Economics of Tobacco Control. 1999. Washington, World Bank.

29. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health* 2003; 32: 314-24.
30. Youth Risk Behaviour Surveillance-United States, 1999. *MMWR* 2000; 49(SS05): 1-96.
31. Arbak P, Erdem F, Karacan Ö, Özdemir Ö. Düzce lisesi öğrencilerinde sigara alışkanlığı. *Solunum* 2000; 17-21.
32. Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. *Ankara Tıp Mecmuası* 1988; 41: 9-22.
33. Kıyak M. Dağoğlu T. Lise Öğrencileri Arasında Sigara Kullanımı. *İstanbul Halk Sağlığı Bülteni* 1990; 11: 14-7
34. Dabakoğlu T, Kükrer S, Vicdan K. Smoking, drinking and drug use in female adolescent. *Trumed Sci* 1993; 19: 157-64.
35. Karlıkaya C. Edirne’de orta öğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı. *Toraks Dergisi* 2002; 3: 6-12.
36. PİAR. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması, PİAR Araştırma Ltd. Şti, 1988.
37. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Ankara. 1993.
38. Dabak, S. Sigara ve Sağlık. Ayla T.( Ed.) Sigaranın bilimsel yüzü, s.1-4, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2004.
39. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008. TÜİK haber bülteni sayı: 73-2009.
40. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 6. Cigarette Consumption, pp: 30-12, USA, 2002
41. [http://www.who.int/tobacco/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower_report_full_2008.pdf)
42. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and involuntary smoking. Monograph on the evaluation of Carcinogenic risk of chemicals Geneva; 2003.
43. Singer BC, Hodgson AT, Nazaroff WW. Gasphase Organics in environmental tobacco smoke: 2. Exposure relevant emission factors and indirect exposures from habitual smoking. *Atmospheric Environment* 2003;37 (39-40) : 5551-61. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans. Lyon, France, 2004; 83.

44. Ambrose JA, Barusa RS. The Pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *Jam Coll Cardiol* 2004; 43:1731-3.
45. Gilin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking results from the 1990 California Tobacco Srvey. *JGen Intern med.* 1993;549-53
46. Prokhomo AV, Hudson KS, Moor CA, Kelder SH, Conray J, Ordinary N. Nicotine dependence with symptoms , adolescents readiness to quit smoking. *Nicotine & Tobacco Research* 2001, 3(2): 151-5
47. Akçay Ş. Tütün Kontrolü. *Türk Toraks Derneği Okulu* 2007: 103-7
48. Sağıroğlu N. Halk Sağlığı Sorunu Olarak Akciğer Kanseri ve Tütün. *Sağlık Dergisi* 1972; 46 (7-8): 16-41
49. Stokes J. Rigotti NA. The Health Consequences of Cigarette Smoking and the internet's role in smoking cessation. *Adv. Intern. Med.* 1983; 33: 431-60.
50. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1): 51-64.
51. Yang MC, Fann CY, Wen CP, Chang TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tobacco control* 2005; 14:62-70.
52. Manal M. Hassan, Margaret R. Spitz. Effect of different types of smoking and synergism with Hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: Case-control study. *Int J Cancer PMC.* 2009; 123, 1883-1891.
53. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. *Klinik romatoloji*, s.418-582, Deniz Matbaacılık, İstanbul, 1999.
54. Mcewan JR. *Kardiyolojide güncel konular.* s.1-10. BMJ Publishing Group, London, 1998.
55. Murin S, Biello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000; 21: 121-37.
56. Özyardımcı N, Erdoğan BB. Sigaranın Solunum Sisteminin Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkileri. *Sigara ve Sağlık*, s: 123-7, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
57. SUH. ATS Statement-Cigarette Smoking and health. *Am J Respir ant Core Med* 1996; 154: 1579-80.
58. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer Chemoprevention. *Cancer Control* 2003; 10: 315-24.
59. *Türk Toraks Derneği. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi.* Ankara, 2006.

60. Ege E. Sigara ve amfizem. Sigara ve Sağlık, s 123-127, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
61. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7 (1): 51-64
62. Krupski WC. The peripheral vascular consequences of smoking. Ann Vasc Surg 1991; 5:291-304.
63. Dubey S, Charles A. Update in lung cancer 2007. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 941-46.
64. Aydınlar A. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerine etkileri, Sigara ve Sağlık s. 206-215, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002
65. Hegarty KM, Turgius LE, Mulligan JJ, Cluette JE, Kew RR, Stack DJ, et al. Effect of cigarette on high density lipoprotein phospholipids. Biochem Biophys Res Common 1982; 104: 212-19.
66. Folts JD, Gering SA, Laibly SW, Bertha BG, Bonebrake FC, Keller JW. Effect of cigarette smoke and nicotine on platelets and experimental coronary artery thrombosis. In Ed: Diana J, Tobacco Smoking and Atherosclerosis: Pathogenesis and Cellular Mechanisms. pp.339-58. Plenum Publishing, New York, 1990.
67. Nowak J, Murray JJ, Oates JA, BiochFitzerald GA. Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals who smoke cigarettes. Circulation 1987; 76: 6-14.
68. US Department of Health, education, and Welfare: The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No (CDC) 1990;90-8416.
69. Bizi A, Tacconi MT, Medea A, Ganatthi S. Same aspects of the effect of nicotine on plasma FFA and tissue triphospholipids. Pharmacology 1972; 7: 216-24
70. Tanyeli F. Endokrin Sistem ve Sigara. Sigaranın Bilimsel Yüzü, s.169-73. Logos Yayıncılık, İstanbul, 2004
71. Gülcü F, Polat A, Gürsü MF. Aşırı Sigara Kullanımının tiroid fonksiyon testleri ile eser element düzeyine etkileri. Türkiye Klinik Tıp Bilimleri 2003; 23-386-91.
72. Ersoy C. Sigaranın Endokrin Sistem Üzerine Etkileri Sigara ve Sağlık, s: 194-201. Bursa, 2002.



73. Uysal A. Sigara Bağımlılığı ve Değerlendirmesi. Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri, Demir T(ed). 2005: 139-47.
74. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi.
75. Pekel Ö, Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012, Uzmanlık Tezi.
76. Bandura A (1986) Social foundations of thought and action, a social cognitive theory.
77. Kaplan HB (1975) increase in self rejection as an antecedent of deviant responses J Youth Adolescence.
78. Öztürk MO (2002) Mental Health and Disorders, Ankara, Nobel Medical Bookstore: 292-428.
79. Poirier M. Canceil O (2002) Prevalence of smoking in psychiatric patients. Progress in Neuro-Psychopharmacology-Biological Psychiatry; 26: 529-3.
80. Cloninger CR (1999) Genetics of substance abuse treatment, American Psychiatric Press.
81. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Psychiatry, (2000) VII th Edition, vol 2 p: 1724-25
82. Morris, G.C. Kişilik ve Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş) Çev: Ayvaşık, H.B. ve Şayıl, M., Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, Ağustos 2002.
83. Yörükoğlu, A., Gençliğin Tanımı ve Toplumdaki Yeri, Gençlik Çağı ve Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar. Özgür Yayınları 2000.
84. Akiskal H.S., (1992) Comorbidity of depression and personality disorders: focus on so-called borderlines. European Neuropsychiatric Pharmacology. 2(3): p.207-8.
85. Gunderson. J.G., (1992) Diagnostic Controversies. In Review Of Psychiatry, Vol II, Tosman A, Riba M.B.(eds), American Psychiatric Press, Washington DC, P.9-24
86. Baysal ve Arkadaşları, Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlıklarının Bağımlı Kişilik Özellikleri İle İlişkisi, Düşünen Adam, 6(3),ss 20-23, 1993
87. Köknel Ö., Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1999
88. Lewis CA, Francis LJ, Shaulin M ve ark. (2002) Confirmatory factor analysis of the French translation of the abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire Europe J psychol Assess, 18: 79-85

89. Eysenck HJ, Eysenck SB (1975) MANUEL OF THE Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior). Hodder & Stoughton, London.
90. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P (1985) A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif*, 6:21-9
91. Kanancı NA, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18 (3)
92. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. (1991) The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*; 86 (9): 1119-27.
93. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A, Bilici M, Akil OO. (2003) Substance use in a sample of Turkish Medical Students. *Drug Alcohol Depend.*, 72(2): 117-21.
94. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu (2010). Ankara TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri: Genel Müdürlüğü
95. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ‘‘Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Projesi: Hane Halkı Araştırması Ana Raporu’’. Ankara. 2003.
96. Turgut ve ark. 2001, Ögel ve ark. 2003
97. Kıter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları plk. ne başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks dergisi* 2008; 56 (1): 30-6
98. Başer S. Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kıter G, Zencir M Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(3): 179-84.
99. Çan G, Çakırbay H, Topbaşı M, Korkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesinde Sigara İçme Prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks dergisi* 2007; 55(2) : 141-7.
100. Sönmez HM, Başak O, Camcı C, Baltacı R, Karazeybek HŞ, Yazgan F ve ark. Aydın yöresinde onyediy yaş üstü kitlede sigara içimi ve hipertansiyonla birlikteliği. *Ege Tıp Dergisi* 2000; 39(2): 105-11.
101. Kozan Ö, Özcan EE, Sancaktar O, Kabakçı G. The prevalence of microalbuminuria and related cardiovascular risk factors in Turkish hypertensive patients. *Türk kardiyoloji derneği*.2011; 39(8): 635-45.

102. Chen R, Sangy HU 2, Brunner EJ. Predictors of diabetes in older PLO S ONE 2012; 7(11): e 50937
103. Çıtıl R, Güney O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Tıp Dergisi. 2010; 32(4): 253-64
104. Yacoub R, Habib H, Lahdo A, Ali RA, Varjabedian L, Atalla G, et al. Association between smoking and chronic kidney disease: a case control study. BMC Public Health 2010; 10:731.
105. Funakoshi Y, Ornori H, Onoue A, Minara S, Ogata Y, Katoh T. Association between frequency of drinking alcohol and chronic kidney disease 2012; 17: 199-204.
106. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi / Official Journal of the Turkish Society of Nephrology 2003;12 (1) 61-6.
107. Guerrero VG, Alvarado AS, Espina MC. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociadenografic, medical-clinical and laboratory variables Rev Latino-AM Enfernagem 2012; 20(5): 838-46.
108. İnan A, Yılmazkaya Y. Astma, aşırı bronşial cevap ve düşük FEV 1 ile kronik öksürük ve sigara arasındaki ilişki. Solunum 1995; 19: 140-6.
109. Ansari R, Khosravi A, Bahonar A, Shirani S, Kelishadi R, Khosravi Z. Risk factors of atherosclerosis in male smokers, passive smokers, and hypertensive nonsmokers in central Iran. ARYA Atherosclerosis Journal 2012; 8(2): 90-5.
110. Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SL, Escobedo LG, Slade J. Epidemiology of tobacco use and dependence. Epidemiol Rev. 1994;17(1):48–65
111. Munafò M, Zetteler J, Clark T. Personality and smoking status: A meta-analysis. Nicotine Tob Res. 2007;9(3):405–13.
112. Kawakami N, Takai A, Takatsuka N, Shimizu H. Eysenck's personality and tobacco/nicotine dependence in male ever-smokers in Japan. Addict Behav. 2000;25(4):585–91.
113. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. Addiction. 1994;89(6):743–54.
114. Forgays DG, Bonaiuto P, Wrzesniewski K, Forgays DK. Personality and cigarette smoking in Italy, Poland, and the United States. Subst Use Misuse. 1993;28(5):399–413.

- 115.Fowler JS, Volkow ND, Wang G-J, Pappas N, Logan J, Shea C, et al. Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers. *Proc Natl Acad Sci.* 1996;93(24):14065–9.
- 116.Bono JE, Boles TL, Judge TA, Lauver KJ. The role of personality in task and relationship conflict. *J Pers.* 2002;70(3):311–44.
- 117.Ballı E. Lider Olarak Algılanmada Kişilik Özelliklerinin Etkisi: Özel Güvenlik Görevlisi Örneğinde Ampirik Bir Çalışma. 2013 [cited 2015 Aug 6]; Available from: <https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle/11421/87>
- 118.Eysenck HJ. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)* Hodder & Stoughton. London; 1975.
- 119.Karancı A, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. [cited2015Aug6];Availablefrom:[http://www.turkpsikiyatri.com/Data/Unpublished Articles/eysenck.pdf](http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/eysenck.pdf)
- 120.Forrest S, Lewis CA, Shevlin M. Examining the factor structure and differential functioning of the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Personal Individ Differ.* 2000;29(3):579–88.
- 121.Shevlin M, Bailey F, Adamson G. Examining the factor structure and sources of differential functioning of the Eysenck Personality Questionnaire Revised—Abbreviated. *Personal Individ Differ.* 2002;32(3):479–87.
- 122.Francis LJ. The dual nature of the Eysenckian neuroticism scales: A question of sex differences? *Personal Individ Differ.* 1993;15(1):43–59.
- 123.Lipkus IM, Barefoot JC, Feaganes J, Williams RB, Siegler IC. A short MMPI scale to identify people likely to begin smoking. *J Pers Assess.* 1994;62(2):213–22.
- 124.Terracciano A, Costa PT. Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction.* 2004 Apr;99(4):472–81.
- 125.İnanç YB, Yerlikaya EE. *Kişilik Kuramları*, Pegem Akademi Yayınları. Ankara; 2008.
- 126.Grau E, Ortet G. Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personal Individ Differ.* 1999 Dec;27(6):1057–66.
- 127.Yıldırım F. Maraş Otu (Dumansız Tütün) Kullanımı ile Kişilik Yapısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, Ağustos 2015.