



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KİŞİLİK TİPLERİNİN SİGARA İÇME DURUMU İLE İLİŞKİSİ: OLGU
KONTROL ÇALIŞMASI**

**Dr. Mahmut YILMAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DİYARBAKIR 2016



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KİŞİLİK TİPLERİNİN SİGARA İÇME DURUMU İLE İLİŞKİSİ: OLGU
KONTROL ÇALIŞMASI**

**Dr. Mahmut YILMAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Hamza ASLANHAN
Yrd. Doç. Dr. Ahmet YILMAZ**

**DİYARBAKIR
2016**

TEŞEKKÜR

Doğduğum günden bu yana yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan çok değerli aileme, uzmanlık eğitimime başladığımdan beri destek, deneyim ve tecrübelerini esirgemeyen hocalarıma, tezimin hazırlanma aşamasında beni yönlendirip yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Halis Tanrıverdi Hocama, Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu Hocama, Yrd. Doç. Dr. Pakize Gamze BUCAKTEPE Hocama, Yrd. Doç. Dr. Hamza Aslanhan Hocama, Yrd. Doç. Dr. Ahmet YILMAZ Hocama, tezimin en başından en sonuna kadar yaptıkları değerli katkılardan dolayı Uzm. Dr. Vasfiye DEMİR, Uzm. Dr. Leyla ERİK, Dr. Murat ÇELİKTEN, Dr. Ömer GÖÇEN, Dr. Rıdvan ÇELİK ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma, bölümümüz bel kemiği niteliğinde olan personelimiz Veli ADIYAMAN'a, değerli hemşiremiz Gülfer SAYIN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖNSÖZ

Tütün ve tütün ürünleri, uzun yıllardır insanlar tarafından kullanılan bir maddelerdir. Zaman içinde farklı işlenme tekniklerinin geliştirilmesiyle, farklı mamuller elde edilerek kullanımı yaygınlaşmıştır. En yaygın olanı da bilindiği gibi sigaradır. Her geçen gün sigara kullanım oranının artması ile birlikte; sebep olduğu hastalık ve zararlar da artıp küresel boyutlara ulaşmıştır. Ülkeler bu konuda birçok çalışma yapıp, sigara kullanımını azaltmayı hedeflemektedirler. Bunun sonucunda sigara kaynaklı hastalıklar ve sağlık harcamaları azalacak, ülkelerin refah düzeyi yükselecektir.

Bizim de amacımız, sigara kullanımının kişilik tipleriyle olan ilişkisini belirlemek, sigara bıraktırma konusunda kişilik tipi de göz önünde bulundurularak daha efektif çalışmalar yapılmasına katkı sağlayabilmek, sigaraya bağlı hastalık ve sağlık harcamalarını azaltabilmek böylelikle dünyadaki refah düzeyinin bir nebze bile olsa artışına katkıda bulunabilmektir.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sigara kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önlenabilir önemli bir sağlık sorunudur. Her geçen gün sigara kullananların sayısı artmakta bu durum da birçok hastalık davetiyesi çıkarmaktadır. Yapılan birçok çalışma sigara kullanımı ve kişilik tipleri arasında bir ilişki olduğunu göstermiş. Bu çalışmanın amacı sigara kullanma durumları ile kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi gösterip, sigaranın bıraktırılmasında daha etkin başarılar elde edebilmeye yardımcı olmaktır.

Materyal ve Metot: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerinin bütün polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran hastalardan çalışma grubu olarak sigara içen 670 hasta ve kontrol grubu olarak sigara içmeyen 794 hasta toplamda 1464 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılara 23 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile 44 sorudan oluşan Taştan Kişilik Tipi Anketi uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %50'si kadın, %50'si erkekti, kadınların %39,07'si sigara kullanırken erkeklerin %52,46'sı kullanıyordu. Kişilik tipi ölçeğine göre katılımcıların %22,1'i iki numaralı kişilik tipi olup bunu %16,7 oranla yedi ve %12,5 oranla dört numaralı kişilik tipleri takip etmekteydi. Sekiz numaralı kişilik tipinde sigara içme oranı %61,4 ve en yüksek iken, bir numaralı kişilik tipinde ise %37,3 ve en düşüktü. Sekiz numaralı kişilik tipindeki bireylerin %40,4'ü sigara dışındaki tütün ürünü kullanırken, üç numaralı kişilik tipine sahip bireylerde bu oran %14,2, dokuz numaralı kişilik tipinde %16,1 idi.

Sonuç: Bir ve sekiz numaralı kişilik tipine sahip olan katılımcılardaki sigara kullanım durumu istatistiksel olarak anlamlı bulundu, ancak diğer kişilik tipleri ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Üç, sekiz ve dokuz numaralı kişilik tipi ile sigara dışındaki tütün ürünü (puro, pipo, nargile) kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Bütün hasta başvurularında sigara kullanımı sorgulanmalı, hastaya sigara bırakılması önerilmeli ve özendirilmelidir. Hastalar biyo-psiko-sosyal yönleriyle ele alınıp kişilik tipleri de göz önünde bulundurularak sigara bıraktırmada daha etkili çalışmalar ortaya konabilir. Çalışmamızın sonuçlarının daha geniş kapsamlı ve çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi bu başarıyı arttırabilir.

ABSTRACT

Aim: Smoking is an important health problem which can be avoided in our country just like all the world. The number of smokers increases each day and this situation causes many diseases. Recent studies have shown that there is a correlation between smoking and types of personality. The aim of this study is to help achievements in smoking cessation by indicating the relationship between smoking and type of personality.

Material and Methods: A total of 1464 patients who applied for any reason to every polyclinic in Dicle University Medical Faculty took part in study. Of the patients 670 smoking were study group and 794 not-smoker were the control group. A sociodemographic data form consisting of 23 questions and Taştan Personality Inventory consisting of 44 questions were conducted to participants. SPSS 22.0 programme was used for the statistical analyses of total data.

Results: Of the participants %50,0 were females and %50,0 were males while %39,07 of females were smokers %52,46 of males were smokers according to the types of personality scale, %22,1 of the participants have personality type 2, followed by %16,7 having personality type 7 and %12,5 having personality type 4. While the rate of smoking in personality type 8 is %61,4 and the highest, the rate of smoking in personality type 1 is %37,3 and the lowest. While %40,4 of ones having personality type 8 uses tobacco product except cigarette, this rate is %14,2 in ones having personality type 3 and %16,1 in personality type 9.

Conclusion: The correlation between the state of smoking and personality types one and eight is significant statistically, but a significant correlation between smoking and other personality types has not observed. There is a statistically significant correlation between personality types three, eight and nine and use of tobacco products (cigar, pipe, hookah) except cigarette. In every application of patients, the state of smoking must be asked, the cessation of smoking must be advised to patients and be encouraged. More effective studies for smoking cessation can be carried out by considering for biopsychosocial aspects of patients and also personality types. The support of our study results by more comprehensive and multicenter studies may increase this success.

TABLO ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

Tablo-1: Sigara dumanında bulunan bazı maddeler

Tablo-2: Sigarayı bırakan bireylerde görülen değişiklikler

Tablo-3: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarı oranları

Tablo-4: Nikotin replasmanı tedavisinde kullanılan ilaçlar

Tablo-5: Tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan nikotin içermeyen ilaçlar

Tablo-6: Sigara ile mücadelede dönüm noktaları

Tablo-7: Katılımcıların Demografik Verileri

Tablo-8: Cinsiyet ve yaş dağılımı

Tablo-9: Yaş gruplarının sigara içme durumu ile ilişkisi

Tablo 10: Cinsiyet ve Sigara Kullanımı arasındaki ilişki

Tablo-11: Medeni Durum ile Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Tablo-12: Eğitim Durumu ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Tablo-13: BKİ ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Tablo -14: Sigara Dışında Başka Tütün Ürünü Kullanımı ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Tablo-15: Alkol Kullanımı Ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Tablo-16: Katılımcıların Sigaraya başlama yaşları ile ilgili bulgular

Tablo-17: Katılımcıların Kişilik tipi ile ilgili sayı ve oranları

Tablo-18: Kişilik Tiplerinin Sigara kullanımı ile ilişkisi

Tablo-19: Bütün kişilik tiplerinin teker teker diğer kişilik tipleri ile birlikte ele alınıp sigara içme durumu ile karşılaştırılması.

Şekil-1: Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi

Grafik 1: Cinsiyet ile kişilik tiplerinin karşılaştırılması

Grafik 2: Kişilik tipleri ile Medeni durum arasındaki ilişki

Grafik 3: Kişilik tipleri ile Eğitim Durumu arasındaki ilişki

Grafik 4: Sigara Dışındaki Tütün Ürünü Kullanımı İle Kişilik Tipi Arasındaki İlişki

KISALTMA DİZİNİ

1. **DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
2. **KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
3. **KAH:** Koroner Arter Hastalığı
4. **AC:** Akciğer
5. **ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
6. **FDA:** Amerikan İlaç Derneği
7. **NRT:** Nikotin Replasman Tedavisi
8. **TBMM:** Türkiye Büyük Millet Meclisi
9. **TAPDK:** Tütün Mamulleri ve Alkollü içkiler Piyasası Düzenleme Kurulu
10. **BFM:** Beş Faktör Kişilik Modeli
11. **PKM:** Yedi Faktörlü Psikobiyolojik Kişilik Modeli
12. **AMM:** Afektif Mizaç Modeli
13. **KT(1):** Bir numaralı kişilik tipi: Mükemmeliyetçi - Reformcu (1)
14. **KT(2):** İki numaralı kişilik tipi: Yardımsever (2)
15. **KT(3):** Üç numaralı kişilik tipi: Başaran- Motivatör(3)
16. **KT(4):** Dört numaralı kişilik tipi: Traji- Romantik (Özgün)(4)
17. **KT(5):** Beş numaralı kişilik tipi: Gözlemci(5)
18. **KT(6):** Altı numaralı kişilik tipi: Sadık-Sorgulayan(6)
19. **KT(7):** Yedi numaralı kişilik tipi: Ehli-i Keyif - Rahatına Düşkün(7)
20. **KT(8):** Sekiz numaralı kişilik tipi: Reis-Lider(8)
21. **KT(9):** Dokuz numaralı kişilik tipi: Barışçı(9)
22. **WHO:** Dünya Sağlık Örgütü
23. **VKİ:** Vücut Kitle İndeksi
24. **MMPI:** Minnesota Multiphasic Personality Inventory
25. **EPQ:** Eysenck Kişilik Envanteri

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
ÖNSÖZ	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
TABLO ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ.....	VI
KISALTMA DİZİNİ.....	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.SİGARA.....	3
2.1.1. Sigaranın Epidemiyolojisi	3
2.1.2.Sigaranın Sağlığa Etkileri.....	5
2.1.3. Nikotinin Fizyolojisi ve Farmakolojik Özelliği	9
2.1.4. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu	10
2.1.5. Sigara Bırakma Üzerinde Etkili Faktörler:.....	13
2.1.6. Sigara Bırakma Tedavisinde Hekimin Ve Hastanın Rolü.....	14
2.1.7. Bırakanlarda Görülen Değişiklikler:	18
2.1.8.Sigara Bırakma Tedavisinde Yöntemler	19
2.1.9. Tütün Kontrolü ve İlgili Programlar.....	23
2.2. KİŞİLİK KAVRAMI VE KİŞİLİĞİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER	28
2.2.1. Kişilik Tanımı.....	28
2.2.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler.....	33
2.2.2.1. Kalıtım ve Bedensel Faktörler:	34
2.2.2.2. Sosyo-kültürel Faktörler	34
2.2.2.3. Aile Faktörü	34
2.2.2.4. Sosyal Yapı ve Sosyal Sınıf Faktörleri	35
2.2.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler.....	35
2.2.2.6. Diğer Faktörler	36
2.3. ENNEAGRAM.....	36

2.3.1. Dokuz Kişilik Tipi.....	37
2.3.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu Tip.....	38
2.3.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever Kişilik Tipi	38
2.3.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör	39
2.3.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik Tip	40
2.3.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı	41
2.3.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan Tip.....	41
2.3.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyif-Rahatına Düşkün	42
2.3.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider	43
2.3.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı	44
3.GEREÇ VE YÖNTEM	46
4.BULGULAR	47
4.1.Katılımcıların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular	47
4.2. Katılımcıların Kişilik Tiplerine İlişkin Bulgular	54
5.TARTIŞMA	60
6.SONUÇ VE GENEL ÖNERİLER	64
7.KAYNAKLAR	65
8.EKLER	79
8.1. EK-1(Anket formu).....	79

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihinin en eski ve yaygın alışkanlığı olan tütün kullanımı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara içmek yalnızca sosyal bir davranış değil, aynı zamanda madde bağımlılığı boyutu da olan tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise sigara kullanımı, günümüzde biyo-psiko-sosyal bir zehirlenme hali olarak tarif edilmektedir. Sigara alışkanlığı, bireylerin birbirilerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve ortaya çıkardığı tolerans hali, fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de aynı zamanda bir psikolojik zehirlenme durumu olarak tarif edilmektedir (2). Sigara içindeki nikotin, kısa sürede bağımlılık yapabilen, kullanan kişilere ekonomik yük getirebilen, içerdiği zararlı maddelerle organizmayı olumsuz yönde etkileyebilen ve sağlığa zarar veren bir maddedir. Temininin kolay, kullanımının yasal olması, eroin, kokain, alkol, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir (3). Sigara dünyanın her yerinde kolaylıkla temin edilebildiği için, gün geçtikçe kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu yayılma gelişmekte olan ülkelerde özellikle gençler arasında hızla olmaktadır (4).

Dünyada yaklaşık 1,3 milyar kişinin sigara içmekte olduğu bilinmektedir. Düzenli bir şekilde sigara içmeye başlayıp, içmeyi sürdüren kişilerin yarısı, sigara nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir. Geçtiğimiz yüzyılın sonunda yaşları 35-69 yaş arasında bulunan insan ölümlerinin %30'unun, 69 yaş üstündeki insanların ölümlerinin ise %14'ünün sigara içimine bağlı geliştiği tahmin edilmektedir. Sigaranın yaygın içildiği toplumlarda 65 yaş öncesi görülen koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ölümlerinin yaklaşık yarısı, akciğer kanseri ölümlerinin %85-90'ı, süregen tıkalı akciğer hastalığı ölümlerinin yaklaşık %80'i sigara yüzündendir (5). Sigara içmek yaklaşık yirmi beş hastalığa yakalanma riskini arttırdığı gibi, çevresel sigara dumanının solunması da içmeyenler üzerinde önemli zararlara yol açmaktadır. Yetmişli yıllardan bugüne gelişmiş ülkelerde sigara içim oranları azalmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde yükselmeye devam etmiştir (6). Dünyada milyonlarca insan ise sigara dumanına pasif olarak maruz kalmaktadırlar. Var olan tüketim eğilimlerinin sürmesi halinde 2025 yılında dünyada sigara nedeniyle yaklaşık 10 milyon kişinin öleceği ve bunun % 70'inin gelişmekte olan ülkelerde görüleceği kestirilmektedir(7).

Madde kullanımı genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve psikolojik, sosyal ve kültürel etkiler önemli rol oynamaktadır(8,9).

Sigara alkol ve madde kullanımı ile kişilik özellikleri arasında ilişkinin olduğu öne sürülmektedir(10). Bireyin nevrotik kişilik özelliğinin, antisosyal davranışlarının, depresif duygulanımının ve psikosomatik yakınmalarının bulunmasının ve sosyal ilişkilerinin bozulmasının madde kullanımı için risk oluşturduğu öne sürülmektedir(11,12). Birçok çalışma sigara ile kişilik tipleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Hakulinen ve arkadaşları Avusturalya, Almanya, İngiltere ve Amerika'daki bireyleri kapsayan 79,757 kişinin oluşturduğu bir meta-analiz sonuçlarına göre, sigara kullanan yetişkin bireylerin çoğunun kişilik tiplerinde dışa dönüklük ve yüksek nevrotiklik var iken, düşük vicdanlılık olduğu gösterilmiştir(13).

Sağlık, insanın biyo-psiko-sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin üçü de hem kendi içlerinde hem de kendi aralarında sürekli değişim halindedir. Bu nedenle, tam anlamıyla sağlıklı olma kavramı, her üç alanın da birbirleriyle karşılıklı bir denge halinde olmasını gerektirir. İnsanın gerek sağlık, gerekse hastalık durumunda ele alınması ve hekim tarafından hastanın bütünüyle tanınması daha doğru bir tutum olur. Bu da insanın bedensel bütünlüğünü, ruhsal bütünlüğünü, beden-ruh ilişkisindeki bütünlüğü, sosyo-kültürel konumunu, sosyal ve doğal çevresi içindeki durumunu mümkün olduğunca tanımayı gerektirmektedir. Böylece hasta-hekim ilişkisinin iyi bir şekilde kurulması ve tanı-tedavi başarısının artmasını sağlayabilecektir. Koruyucu hekimlikte ve klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşım, hastanın tedaviye uyumunda hastanın fiziksel durumu kadar hastanın kişiliğinin, tutumunun, yaklaşımının sosyo-kültürel konumunun da bilinmesini gerektirir. Hastanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirilmesi, hekimin hastadan iyi şekilde öykü almasında, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirmenin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir(14).

2.GENEL BİLGİLER

2.1.SİGARA

2.1.1. Sigaranın Epidemiyolojisi

Tütün, nicotiana tabacum bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. İlk zamanlar Amerika kıtasında yetiştirilmekteydi. 16. yüzyılda Avrupa'ya getirilmiş ve Avrupa'dan diğer ülkelere yayılmıştır. Nikotin domates ve patlıcan gibi solanase ailesi sebzelerinde de az miktarda bulunur (15). Sosyoekonomik durum, yaşanılan bölge, ırk, eğitim gibi faktörlere bağlı olarak sigara içme sıklığı farklılıklar göstermektedir. Sigaraya başlama yaşı gelişmekte olan ülkelerde 12-16'dır. Dünyada her gün 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir(16). Sigara tüm toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur. 15 yaşın üzerindeki insanların 1.2 milyarı sigara kullanılmakta ve bu insanların %80'i gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde bulunmaktadır (17). Gelişmiş ülkelerde erkeklerde içicilik %35, kadınlarda %24; gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde %50, kadınlarda %7 seviyelerindedir(18). DSÖ'ye göre her yıl 4 milyon insan sigaradan dolayı hayatını kaybetmektedir (19). 2030'lu yıllara gelindiğinde bu sayının 10 milyona ulaşması ve 2020'li yıllarda ise sigaraya bağlı ölümlerin %70'nin gelişmekte olan ülkelerde olacağı hesap edilmektedir(20). Sigaranın dünyada her 8 saniyede bir kişinin ölümüne sebep olduğu tahmin edilmektedir (21). Bu durum az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha belirgindir; çünkü gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı azalırken, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde bu oran artmaktadır. Ülkemizde ve tüm dünyada 15 yaşın üzerindeki nüfusun %45'inin ciddi boyutlarda sigara kullandığı varsayılmaktadır(19). Günümüzde sigara içen erişkinlerin %80' inden fazlası sigaraya 18 yaşından önce başlamışlardır(22). Genel olarak yaşam ve sağlık koşullarının iyi olduğu, insanların kendi sağlıklarına önem verdiği, insan sağlığının yasal düzenlemelerle iyi bir şekilde korunduğu ülkelerde sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri iyi bilinmekte ve sigara içme oranları da düşük olmaktadır(23). Tüm dünyadaki tütünün üçte biri Çin'de tüketilmektedir (23). Dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde olduğu gibi sigara, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde ise ulusal anlamda pek çalışma olmamakla birlikte yapılan çalışmalarda yetişkin nüfusun büyük kısmının sigara içtiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığının 1988 yılında yayınlanan raporuna göre, sigara içme oranları 15 yaş üzeri erkeklerde %62,8, kadınlarda ise %43,6 olarak tespit edilmiştir(24). 2002 yılında yayınlanan bir çalışmada ise ülkemizde 20 yaş üzeri popülasyonda erkeklerde %50,9, kadınlarda %10,9 içicilik saptanmıştır(14). DSÖ'nün 2006 yılı verilerine göre

Türkiye’de 18 yaş ve üstündeki tüm bireylerde sigara içme oranı %33,4 iken, kadınlarda %16,6, erkeklerde %50,6’yı bulmaktadır. Ülkemizde gençler arasında yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde %10-43, üniversite öğrencilerinde %21 – 48,2 oranında içicilik saptanmıştır(26). Türkiye’de yapılan bölgesel çalışmalarda ise farklı sigara içme oranları saptanmıştır. Doğu Karadeniz’de yapılmış olan bir sigara prevalans çalışmasına göre; günde en az bir sigara içme oranı kadınlarda %18,3, erkeklerde %50,7 bulunmuş, kadınların %69,7’si, erkeklerin ise %27,9’u yaşamlarında hiç sigara içmediklerini belirtmiştir(27). Her yıl sigara içenlerin %70’i sigarayı bırakmayı düşünmekte, üçte biri de bırakmayı denemektedirler. Fakat herhangi bir yardım almadan kendi başına sigarayı bırakmayı deneyenlerin %98’i sonraki bir yıl içerisinde yeniden sigaraya başlamaktadır(28). Sigara içicilerinin %80’inden fazlasının 18 yaşından önce sigaraya başladığı belirtilmektedir(29). 1999’da yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaş aralığındaki gençlerde sigara içme oranı %10-33 arasında bulunmuştur(30). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990’dan itibaren yapılan TEKHARF çalışmasına göre erişkin erkeklerin %59,4’ü, erişkin kadınların ise %18,9’unun sigara içtiği ortaya konmuştur. 2000 yılında yapılan taramalarda erkeklerde sigara içme prevalansı %11 oranında düşmüş iken özellikle genç kadınlarda bu oranın artmış olduğu saptanmıştır(31,32). 2003 yılında Türkiye’de Küresel Gençlik Tütün Araştırması tarafından ilköğretim 7. ve 8. sınıflar ile lise hazırlık ve lise 1. sınıfta okuyan, 61 ilde toplam 15.957 öğrenciye sigara içme ve maruziyet sıklığı ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Öğrencilerin yaklaşık üçte birinin (%29,3’ü) en az bir kez sigara içmeyi denediğini, %9,1’inin halen sigara içmekte olduğunu, %90’ının ise evde çevresel tütün dumanına maruz kaldıklarını saptamıştır. Yapılmış olan değişik çalışmalara göre, Türkiye genelinde sigara içme oranı 13-15 yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinde %9, iken lise öğrencilerinde %20, üniversite öğrencilerinde ise %23-48 arasındadır(33).

DSÖ, 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında “Sağlık 21” sloganı ile 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapıcı maddeleri ele almıştır. Tüm üye ülkelerde 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması gerektiği öngörülmüştür. Özellikle tüm ülkelerde 15 yaşın üstündekilerde sigara içmeme oranının en az %80, 15 yaşın altındakilerinde ise sigara içmeme oranının %100’ e yakın olması gerektiği ifade edilmiştir. İnsanların bu yüzyıl içerisinde sağlık durumunu düzeltmek adına yapabilecekleri en büyük olay toplumda sigara içme yaygınlığını azaltmaktır. Kontrol programlarındaki gecikme yılda bir milyon gencin sigara ile tanışmasına, dört yüz binden fazla erişkinin ise erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (34). DSÖ; 1988 yılında 31 Mayıs’ı “Dünya Sigarasız

Günü - Sigara içmeme Günü” olarak belirleyerek, bütün ülkelerde yıl boyunca DSÖ’nün belirlemiş olduğu slogan çerçevesinde çalışmalar yapılması gerektiğini önermiştir.

2.1.2.Sigaranın Sağlığa Etkileri

Hava kirliliğine neden olan maddeler arasında en yüksek hastalık prevalansına sahip olan tütün içimi sonucu çıkan maddelerdir. Sigara içmeden solunan dumanın da zararlı olduğunu gösteren kanıtlar var. Ana akım dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0.3-3.3 milyar parçacık içerir, ortalama parçacık çapı 0.2-0.5 µm ve solunabilir düzeydedir(35). Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif olmak üzere, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde bulunmaktadır. Bu maddelerden bazıları Tablo 1’de belirtilmiştir (36).

Tanecik halinde bulunanlar	Gaz halinde bulunanlar
Aromatik hidrokarbonlar Nikotin Fenol Krezol Beta-naftalin N-Nitrozornikotin Benzopiren Metaller (Nikel, Arsenik, Polonium 201) İndol Karbazol Kateşol	Karbon monoksit Hidrosiyanik asit Asetaldehid Akrolein Amonyak Formaldehit Nitrojen oksitler Nitrozaminler Hidrazin Vinil klorür

Tablo-1. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler

Tütün dumanında bulunan ve potansiyel olarak zararlı kabul edilen bazı kimyasallar ve etkileri (37);

- Katran, Polisiklik hidrokarbonlar, Benzopiren → karsinogenez
- Nikotin → depresyon, tümör promosyonu
- CO → oksijen taşınması ve kullanımının bozulması
- Formaldehit, Azot oksitleri → siliyalar üzerinde toksik ve iritan
- Nitrozamin → karsinogenez

Sigara dumanındaki ajanlar, trakeobronşiyal mukozada direkt iritan etki ile inflamasyon ve mukus üretimi artışına sebep olmaktadır. Sigara dumanında bulunan serbest radikaller ve diğer oksidanlar elastaz inhibitörlerini hem inhibe ederek hem de doğrudan toksik etkilere sebep olarak durumu daha da kötüleştirirler. Bu sebepten dolayı sigara kullanımı akciğerlerde akciğeri korumak için bulunan aktif antielastaz miktarını azaltır ve elastaz - antielastaz dengesini daha da kötüleştirir. Sigara, alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bunlar epitel yapı ve

fonksiyonunda değişiklikler, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, alveoler harabiyet ve vasküler intimal kalınlaşmadır. İn hale edilen maddelerin klirensinde bozulma, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışı, patojen adherensinde sigara dumanının sebep olduğu fonksiyonel bozukluklardır(38,39). Sigara içimi, akciğerde yaygın lökosit infiltrasyonuna neden olur, lokal olarak da elastaz üretimini arttırarak akciğer dokusunda zedelenme yapıp sonuçta amfizeme neden olur. Sigaranın dumanı içindeki CO, N2O ve SO2 gazlarının siliyalar üzerine doğrudan toksik etkileri vardır. Siliya işlevlerinin bozulması ve mukus salgısının artışı, bakteriyel bağlanma artışına yol açar. Ayrıca sigara; mukosiliyer etkinliği, surfaktanın etkinliğini, makrofajların bakterisidal ve fagositer etkinliklerini bloke ederek hem işlevsel hem de parenkimal bozukluklara neden olur(40).

Sigaraya bağlı zararlar ortalama 20 yıl sonra ortaya çıktığından dolayı, sigaraya bağlı çoğu hastalık 35 yaştan sonra ortaya çıkmaktadır (41).

Akciğerin bronşiyal epitelden gelişen bronkojenik kanserlerin %85'i sigara kullanımı ile ilişkilidir. Sigara içim süresi ve miktarı bu olumsuz sonuçlar ile yakından ilişkilidir. Sigara; miyokard enfarktüsü, ateroskleroz, peptik ülser ve inme etiyolojisinde de yer almaktadır(26). Pankreas kanseri ve peptik ülser riski tütün içenlerde 2 kat artmaktadır (42). Sigara yara ve kırık iyileşmesini geciktirir (43). Sigara içen bireylerde beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle kıyaslandığında 20-25 yıl daha azdır (44).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) açısından sigara esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır(45). KOAH en az 2 yıl arka arkaya 3'er ay süreyle devam eden öksürük, balgam çıkarma ve dispne ile karakterize ve amfizemin (kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distal bölümlerinin genişleyip alveol duvarının fibrozis olmaksızın hasarlanması) birlikte görüldüğü tablo olarak tanımlanır ve tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önemli sebeplerindendir. Sigara kronik bronşit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığın etiyolojisinde yer alan en sık nedendir(46). Özellikle 35 yaş üstü erkeklerde görülen Buerger hastalığının (tromboanjitis obliterans) ve ayrıca osteoporozun etyolojisinde de sigara bulunmaktadır(47). Atravmatik osteonekrozun etyolojik faktörleri arasında sigara da sayılmaktadır(47). Yetişkinler tarafından tütün ürünlerinin kullanımı, özellikle de ev içinde ebeveynlerin sigara içmesi ve kalabalık ortamlar, çocukların solunum sistemi üzerinde önemli olumsuz etkilere yol açmaktadır. Pasif sigara içiciliğinde çocukların, ebeveynlerin sigara içme süresinin uzunluğuna bağlı olarak solunum yolu enfeksiyonlarına yakalandıkları ve hastalıkların sık tekrarladığı görülmüş, çocukluk çağındaki pasif sigara içiciliğinin erişkin astımı için bir risk faktörü olduğu da gösterilmiştir (48,49). Koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ölüm riski, günlük içilen sigara miktarı, sigaraya başlama yaşı, inhalasyon derinliği ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. KAH'da, diyabet ve hiperkolesterolemi gibi diğer risk faktörleri de sigaradan

büyük oranda etkilenmektedir (49,50). Hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına bağlı ani ölüm risklerinin daha yüksek olduğu birçok prospektif çalışma ile gösterilmiştir. KAH insidansı sigara içen bireylerde 2-4 kat fazladır. Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar ve akut olarak oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine sebep olur. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir(41). Yaşlı bireylerde mutlak kardiyovasküler risklerin daha yüksek olmasından dolayı, yaşamın geç döneminde bile sigara bırakılmasının yararları, ciddi boyutlarda ortaya çıkabilir(51). Sigara kalp yetmezliğini sağ ve sol kardiyak ventrikül işlevlerini bozarak provoke etmektedir(52). Sigara kullanımı özofagus yassı hücreli tümörlerin etyolojik ajanlarından birisidir(53). Sigara içimi; kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin üçte birinde, tüm kronik akciğer hastalıklarının da %80'inde, sorumlu bulunmuştur(29). Son zamanlarda yapılan yayınlar kadınlarda sigaranın daha fazla zarar oluşturma ihtimali üzerinde durmaktadır (54). Kısırlık riski sigara içmeyenlere göre içen kadınlarda daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Bununla birlikte prenatal dönemde sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir. Kadın sigara kullanıcılarının adet düzensizliği, amenore, dismenore ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Bu kadınlarda ortalama olarak 1-2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmaktadır(41). Ülkemizde yapılmış popülasyona dayalı kanser kayıt çalışmasının ilkinde göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38,6'sı akciğer kanseridir(55). Sigaranın toksik metabolitleri, solunum yollarında DNA hasarı yaparak epitelyum hasarına sebebiyet vermektedir. Bu hasarlar skuamöz metaplazi şeklinde başlayıp sigara kullanımı devam ederse karsinoma insitu'ya dönüşebilmektedir(56). Sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi 1964'te hazırlanan "Surgeon General" raporu ile ilk kez resmi olarak belirtilmiştir(57). Pasif içiciliğin kısa dönemdeki etkisi karboksihemoglobin veya tromboz olarak ortaya çıkmaktayken, uzun süreli etkisi endotel hasarı ve plak gelişimi ile sonuçlanmaktadır. Sigara kullanımının kesilmesiyle, koroner kalp hastalığından ölüm oranı düşer. Sigaranın bırakılmasının miyokard enfarktüsü riskini azalttığını, sigara kullanıp da miyokard enfarktüsü geçiren hastaların enfarktüs sonrasında sigaranın bırakılmasıyla enfarktüsün tekrarlanma riskinin azaldığını birçok çalışma göstermiştir(50). Gebelikte sigara kullanan annelerin erken doğum riskleri daha yüksektir ve doğan bebeklerin doğum ağırlıkları ortalama 200-250 gram daha düşüktür. Bunun dışında doğum sonrası ölüm, ölü doğum, ve ani bebek ölüm sendromu gibi riskler sigara içen anne bebeklerinde daha fazladır. Sigara kullanan ve bebek emziren anneden bebeğe emzirme yoluyla (sütle) nikotin geçişi olmaktadır(58). Tütün dumanında bulunan karsinojenik ve mutajenik maddelerin birçoğu

aktif içicilerin kanında bulunduğundan dolayı fetal dolaşıma plasentadan kolaylıkla geçerler(41). Gebelik döneminde sigara içilmesi fetal hipoksi ve konjenital anomolilere yol açarken; lohusalıkta içilmesi süt miktarını azaltır. Bunun sebebi ise nikotinin prolaktini baskılamasıdır. Ayrıca sigara ektopik gebelik riskini iki kat arttırmaktadır(59). Sigara kullanıcılarında bağışıklık sisteminin bozulması, erken menopoza, doğurganlığın azalması, sperm sayısının azalması, spermin yumurtayı dölleme yeteneğinin bozulması, ejakulat hacminin azalması, sperm hareketlerinin azalması, spermelerin şekil bozuklukları gibi problemler oluşabilmektedir(60).

Sigaranın yanan uç kısmından çıkan dumana “yan duman” denir; ana duman ise sigara içme esnasında ortaya çıkıp inhale edilen dumandır. Yan dumanda aslında bilinen 4000 zararlı madde ve 50 karsinojen madde ana dumandan daha fazla miktarda bulunur(61). Aktif sigara kullanımına bağlı olarak birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. 1981’de Japon bir araştırmacının 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma sonucunda kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu ilk kez göstermiş ve bu durum birçok çalışma ile teyit edilmiştir(62). Maternal sigaraya maruz kalan infantlarda yaşamın ilk 2 yılında bronşit, bronşiolit, pnömoni, ve gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içmesi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski arttıran durumlardır(61). Çocukluktaki pasif sigara içiminin erişkin astımı için risk olduğu da gösterilmiştir(63). Menopozdaki sigara kullanan kadınların kemik yoğunluğu, hiç içmemişlere göre daha düşüktür ve sigara kullanan kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır(62). Sigara kullanımı, sigaranın yol açtığı hastalıkların tedavisini ilaçların etki gücünü azaltarak olumsuz etkiler. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler ilaç metabolizmasını karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirerek olumsuz etkiler. Mesela KOAH’da sık kullanılan teofilinlerin yarılanma ömrü sigara içicilerde %50 kısalmaktadır. Sigara antikoagülanlar, steroidler, antiaritmikler, insülin gibi ilaçların da metabolizmalarını etkileyerek, tedaviyi zorlaştırmaktadır(64). Bir prospektif çalışmada sigara içmeyen kadın ve erkeklerle kıyaslandığında bir günde 1-20 arasında sigara içen erkeklerin, tüm ölüm nedenlerinden ölme riski, içmeyenlerin 2.22 katı, 20 sigaradan fazlasını içenlerin ölme riski ise içmeyenlerin 2.43 katı olduğu saptanmıştır. Aynı oranların kadınlar için 1.6 ve 2.1 kat olduğu saptanmıştır(30). Sigarayı bıraktıktan 5-20 yıl sonra KOAH riski %50 azalmakta, 10 yıl sonra ağız, farinks kanseri riski hızla normale dönmekte, 15-20 yıl sonra AC kanseri riski ise %50-90 oranında azalmaktadır(26,65).

2.1.3. Nikotin Fizyolojisi ve Farmakolojik Özelliği

Nikotin kurutulmuş tütün yapraklarında %0,5-8 oranında bulunur ve tüm alkaloidlerin %95'inin oluşturur. Diğer alkaloidler, kotinin, nornikotin, nikotin-N-oksit, anabazin vb'dir. Yaprak içindeki nikotin miktarı, yetiştiği bölgeye ve nikotin türüne göre değişmektedir. Patlıcan ve domates gibi sebzelerde bulunan nikotin ise farmakolojik açıdan bir önemi bulunmamaktadır.

Uçucu ve renksiz bir madde olan nikotin, kimyasal yapı olarak bir pridin halkası ile N-metil pirolidin halkası kombinasyonundan oluşan tersiyer bir amindir. Lipofilik bir madde olup suda iyi çözünür ve beyne hızla geçer. Deri ve mukozalardan kolayca ve hızlıca absorbe olur. Sigara içildikten 10-19 saniye sonra beyne ulaşır, plazma nikotin düzeyi sigara içimi bittiğinde doruğa erişir. Havada işlenmiş (air-cured) tütünlerden elde edilen ürünlerin dumanında $pH=8,5$ 'tir ve bu durumda nikotin, büyük ölçüde non-iyonize olduğundan, ağız boşluğundan da absorbe edilir. Ancak özel işlenmiş (flu-cured) tütünden yapılan ürünlerin dumanı asidiktir ve bu pH 'da nikotin büyük ölçüde iyonize olup, duman ağızda tutulsa bile nikotin ağızdan absorpsiyonu azdır. Akciğerlere inhale edilen tütün dumanındaki nikotin yaklaşık %90'ının alveollerden ve solunum yolları mukozasından absorbe edildiği bildirilmiştir. Dumandaki nikotin emilme oranı, inhalasyon derinliğine ve nefes tutma süresine göre değişmektedir. Sigara dumanının inhale edilmeden ağız içinde tutulup atılmasıyla emilen nikotin miktarı, inhalasyona göre yarı yarıya, hatta dörtte üç oranda daha az olur. Deneysel incelemelerde ağza çekilen nikotin %30-60'ının absorbe edildiği gösterilmiştir. Kullanılan tütün miktarının çokluğundan dolayı absorbe edilen nikotin miktarı tütün çiğneyenlerde daha fazla olur. Nikotin bütün vücuda yayılır ve dokularda birikir. Gebelerde fetal dolaşıma kolayca geçer. Nikotin anne sütüne geçer. Vücuda alınan nikotin yaklaşık %70-80'i karaciğerde kotinin'e dönüşüp, nikotin maruziyeti, plazmadaki kotinin düzeyi bakılarak değerlendirilebilir. Nikotin etkilerini, hedef hücrelerdeki nikotinik reseptörlerin aktivasyonu ile gösterir. Nikotinik reseptörler otonom gangliyonlarda, nöromusküler kavşakta, duyu sinir uçlarında, adrenal medullanın kromaffin hücrelerinde, SSS nöronları gibi yerlerde bulunur. Nikotinik reseptörler, nikotin varlığında depolarize olarak aktifleşir, bu uçlarda voltaja bağımlı kalsiyum kanallarını açılır ve böylece nöromediyator (dopamin, opioid peptitler, noradrenalin, serotonin...) salınımını artırır(15).

Nikotin farmakolojik etkileri: Nikotinik reseptörlerin vücudun çok çeşitli yerlerinde bulunması, reseptörlerinin çeşitliliği, nikotin SSS'e kolayca geçmesinden dolayı nikotin farmakolojik etkileri karmaşık ve kapsamlıdır. Etkinin karmaşık olmasına yol açan bir diğer durum ise nikotin kolinerjik yapıları başta stimüle edip daha sonra devamlı depolarizasyon ve reseptör desensitizasyonu sonucu felç etmesidir. Sigara dumanı inhalasyonu sırasında vücuda küçük dozda giren nikotin kardiyovasküler etkileri SSS'nin direkt veya kemoreseptör afferentlerinin üzerinden stimülasyonu ile bağlantılıdır. Nikotin

izgili kas damarlarında dilatasyon yaparken cilt ve kalp damarlarında konstrüksiyon yapar. Aterosklerotik damarlarda vasokonstrüksiyonun etklileri daha belirgindir. Nikotinin reseptör desensitizasyonu sonucu taşikardik ve diğerkardiyovasküler etkilerine karşı kısa sürede tolerans gelişir; ancak bu tolerans tam değildir. Bu yüzden nikotine karşı verilen cevap tam olarak ortadan kalkamaz. Nikotin, plazma katekolamin düzeyini yükseltir. Kalbin iş yükü koroner kalp hastalığında artacağından dolayı nikotin alımına bağılı katekolaminlerin artışı koroner kan akımını yetersiz hale getirip angina pectoris ya da miyokard infarktüsünü tetikleyebilir.

Sigara içenlerde ufak dozlarda psikomotor stimulan etki yapıp, buna bağılı olarak psikomotor refleksleri hızlandırıp uyanıklığı(vijilansı) arttırır. Kronik sigara içicileri, sigara içince, gerginlik, depresyon, stres ve öfkelerinin azaldığını, keyiflerinin ise arttığını belirtirler. Sigara tiryakilerinde bu durum sigara yoksunluğuna ait sıkıntıların giderilmesine veya sigaranın, esas nikotine bağılı olan, direkt psişik etkilerine bağılı olabilir.

Nikotin kişilerde psişik bağımlılık yapan pozitif pekiştirici (keyif verici) bir maddedir. Fiziksel bağımlılık oluşturma riski zayıf derecededir(15). Nikotinin pozitif pekiştirici ve psikomotor stimulan etkisi, mezensefalonun ventral tegmental alanını uyarıp mezolimbik dopaminerjik nöronları, nikotinik reseptörler aracılığıyla aktiflemesine ve böylelikle limbik yapılardaki dopaminerjik sinir uçlarında dopamin salımının arttırmasına bağılıdır.

Nikotin sempatoadrenal stimülasyon yapıp lipolizi stimüle eder ve plazmadaki VLDL düzeyi ve serbest yağ asidi düzeylerini yükseltir. Sigaranın LDL düzeylerini arttırıp, HDL düzeylerini düşürdüğü gösterilmiştir(15). Sigara kullanımı kısmen iştahı azaltıp, kısmen de bazal metabolizma hızını arttırdığından, kilo kaybına neden olabilir. Sigarayı bırakan bireylerde iştah artar ve bırakmadan sonraki altı ay-bir yıl içinde kilo alımı olur.

2.1.4. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu

Her gün an az bir defa bir tütün ürünü kullanan bireyler WHO'ya göre düzenli içici bireylerdir. Düzensiz içiciler ise herhangi bir tütün ürünü kullanıp bunu her gün yapmayan bireylerdir. Dünyada 15 yaş üzerinde olan yaklaşık 1 milyar 200 milyon kişi tütün bağımlısıdır. Bu bağımlıların %80'i orta düzeyde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır(21). Türkiye'de 1997 yılının verilerine göre yetişkin kadın bireylerin %49'u erkek bireylerin ise %51'i günlük düzenli içicilerdir(66). Sigara içicisinin değerlendirilme sürecinin önemli bir parçası; sigaranın sebep olduğu fiziksel nikotin bağımlılığının her bir bağımlı açısından belirlenmesidir. Sigaradaki başlıca psikoaktif madde nikotin olup, çoğu fizyolojik sistemi etkileyen depresan ve stimulan etkileri mevcuttur.

Sigara içenlerde nikotinin bellek, dikkat ve öğrenme yeteneklerini artırdığı gösterilmiştir. Nikotinin araştırmalarda antinosiseptif ve anksiyolitik etkilerinin olduğu öne sürülmüştür. Negatif duygu durumunda ve stres anında bu etkilerin işe yaradığı öne sürülmüştür. Bu etkiler nikotinin gücüne katkıda bulunduğundan dolayı sigara içme davranışın pekiştirmektedir(67). Nikotin bağımlılığının ölçümü, biyolojik testlerle yapılabilmekte ve nikotin etkisinde kalmanın nesnel bir kanıtı elde edilmektedir. Kotinin, nikotinin bir metaboliti olup yarılanma ömrü 16 saattir ve her hangi bir vücut sıvısından ölçülebilir. Tütün yokluğu sırasındaki yüksek kotinin düzeyleri, nikotin toleransı, regülasyonu ve çekilme semptomları ile ilişkilidir. Kan kotinin düzeyi ölçümüne alternatif bir yöntem, çok daha ucuz ve kolay olan ekspirium havasındaki karbon monoksit miktarının ölçümüdür. Ekspirium havasındaki karbon monoksit yoğunluğunu ölçmeye yarayan aletler kolayca elde edilebilirler ve daha ucuzdurlar. Bu aletlerin bir üstünlüğü de hasta başında, kliniklerde kullanılabilir olmasıdır(67).

DSM IV Madde Bağımlılığı Kriterleri (68):

Aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, 12 aylık bir dönem içinde her hangi bir zaman ortaya çıkan klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü:

- 1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:
 - a. İstenen etkiyi yakalayabilmek için belirgin olarak artmış düzeylerde madde kullanma ihtiyacı veya intoksikasyon,
 - b. Devamlı olarak kullanılan madde miktarının sabit olmasına rağmen, etkisinin belirgin olarak azalması,
- 2) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk semptomlarından kaçınmak veya kurtulmak amacıyla aynı madde (veya yakın benzeri) kullanılır.
- 3) Madde, çoğu zaman tasarlanandan daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
- 4) Madde kullanımını denetim altına almak ya da bırakmak için boşa çıkan çabalar veya sürekli bir istek vardır,
- 5) Maddeyi kullanmak, sağlamak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak amacıyla çok fazla zaman harcama,
- 6) Madde kullanımından dolayı mesleki etkinlikler, önemli toplumsal etkinlikler ya da boş zamanların değerlendirildiği etkinlikler bırakılır ya da azaltılır.

7) Maddenin sebep olduğu veya tetiklemiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan psikolojik ya da fiziksel bir problemin olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımı sürdürülür. Mesela kokainin sebep olduğu depresyonun varlığının bilmesine rağmen kokain kullanıyor olma ya da alkol tüketimi ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına rağmen içme eyleminin sürdürülmesi.

Nikotin Yoksunluğu: Sigara bırakıldıktan sonra ortaya çıkan belirtilerin incelenmesi amacıyla birçok çalışma yapılmıştır, ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğu bireyde aynıdır. Sigara arama davranışı, anksiyete, insomnia, irritabilite, sabırsızlık, konsantrasyon güçlüğü, bradikardi, somatik yakınmalar, huzursuzluk, insomnia, açlık hissinde ve yemek yeme davranışındaki artışa bağlı kilo alma bunlardan bazılarıdır. Semptomların ortaya çıkmasında bireyin cinsiyetinin, yaşının, sosyoekonomik düzeyinin ve eğitim durumunun herhangi bir rolünün olmadığı saptanmıştır(69,70). Semptomlar, bireyin düşük nikotin içerikli sigara içmesiyle, nikotin sakızı veya dumansız tütün ürünleri kullanmasıyla da meydana gelebilir. Yoksunluk belirtilerinin en şiddetli düzeye ulaştığı dönem sigara bırakıldıktan sonraki 1.-3. günlerdir ve 3.-4. haftalarda sonlanır. Ancak sigara içicilerinin %40'ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü bildirilmiştir. Şiddetli sigara isteği ve tartı alımı gibi durumlar 6 aydan uzun sürebilir (71).

DSM-IV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri (68);

A. En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması
B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması ya da kilo alma

C. B Tanı Ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağılı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.5. Sigara Bırakma Üzerinde Etkili Faktörler:

Sigara bağımlıları sigarayı kendi başlarına bırakabilirler, ama bu denemeler çok güçtür. Çoğu sigara bağımlısı başarmak için çok sayıda denemeye gerek duyar. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan ev koşulları, meslek, sosyoekonomik durum, mevcut kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar ve içilen günlük sigara adedi ve nikotin bağımlılıklarının etkisi sigarayı bırakmada etkili olduğu düşünülen faktörlerdir ve bunlarla ilgili pek çok çalışma yayınlanmıştır. Cinsiyet, yaş, nikotin bağımlılığı ve sosyoekonomik durum, iyi tanımlanmış belirleyiciler olarak vurgulanmışlardır(72,73). Sigaranın bırakılmasını zorlaştıran nedenlerden biri de nikotin biyolojik özellikleridir. Sigarayı bırakanların %70'i ilk ayda tekrar kullanmaya başlarlar(74). Özellikle stresli ve sosyal ortamlarda sigara ile ilişkili uyarılmanın nükslere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ortamı ve arkadaş ortamlarında sigara içiliyor olması, sigarayı bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir. Sigara bırakma polikliniği yardımı ile sigara bırakma oranları %40'larda iken, poliklinik yardımı olmadan bırakma olasılığı %3-5 kadardır(75). Bir aile hekimliği polikliniğe başvuran hastalar arasında sigarayı bırakanlarda, sigarayı bırakma üzerinde etkili faktörler incelenmiş; yaş, cinsiyet, çekirdek ailede sigara kullanıcısının varlığı-yokluğu, eğitim düzeyi, sigaraya maruz kalma süreleri ve bırakmak için yapılan girişim sayıları bakımından irdelenmiştir. Sigarayı bırakmada etkili faktörler olarak bir sağlık sorunu nedeniyle veya nedensiz, hekim tavsiyesiyle, medyanın sigara karşıtı kampanyalarının etkileriyle sigarayı bıraktıklarını belirtmişler(76). Sigara içen bireyin içme nedenleri ve içmesini tetikleyen durumların ayrıntılı olarak incelenmesi sigara içen bireyleri değerlendirmede kullanışlı bir stratejidir. Kullanıcılar sigara içimlerini birkaç gün izlemek için basitçe eğitilirler. Bu izlem duygu durumlarında ve duygulanımlarında kapladığı yeri, sigara içim zamanını, ve bireylerin sigara içimleri hakkındaki düşüncelerini gösterir. Kişinin kendini izlemesi, hekim tarafından tetikleyicilerin gücü ve sıklığının anlaşılmasını sağlar(67,77).

Psikolojik, biyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler sigara içimine ve içmenin sürdürülmesine katkıda bulunur. Bundan dolayı her içici biyopsikososyal yönden değerlendirilir. Hastanın sigarayı bırakma davranışı ile ilgili bulunduğu değişim evresini belirlemek, sigara içmeyi tetikleyici faktörleri belirlemek, sigara içme nedenlerini belirlemek, tedaviyi etkileyebilecek muhtemel psikiyatrik komorbiditeyi tanımlamak ve nikotin bağımlılığının ciddiyetini belirlemek bu değerlendirme sürecinin ilkesel amaçlarıdır(67). Yaşam boyu sigara kullanıcılarının yarısı sigarayı bırakmakta, her yıl sigara içenlerin %5-10'u bırakmayı başarmakta, %70'i de bırakmak istemektedir (78,79).

2.1.6. Sigara Bırakma Tedavisinde Hekimin Ve Hastanın Rolü

Çoğu madde bağımlılığında olduğu gibi sigara bırakmada da birinci derecede kişinin kendi kararı, iradesi ve isteğiyle ilişkilidir. Sigara bırakma önerisini her branştan hekim yapmalıdır. Hekimler bu konudaki sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri mevzusunda bilgilendirici olmalı, yoksunlukta ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel belirtileri gidermeye yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmalı, bırakmayı destekleyici ve özendirici bir yaklaşım sergilemeli ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemelidir. Birinci basamağın sağlık hizmetlerinde çok büyük önemi vardır. Sigaraya başlamanın engellenmesi, sigara ile mücadeledeki asıl başarıdır. Ancak milyonlarca bireyin sigara içmeyi sürdürdüğü ihmal edilemeyecek bir diğer gerçek olup bu bireylerin yarısı sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı zamanından önce ölecekleridir. Sigaradan kaynaklanan, birçok kronik hastalık nedeni sağlık, iş gücü ve zaman kayıplarını önlemek, tedavi maliyetlerini düşürmek için sağlık çalışanları da sigara içenlerin sigarayı bırakmaları konusunda yardım etmeli ve bunu görev saymaları gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları da sigara mücadelesinde yer alırsa başarı olasılığı artar. Her yıl sağlık ocaklarına çoğunluğu kadınlar ve çocuklar olmak üzere 50 milyon üzerinde başvuru olmaktadır. Ülkemizde ise yılda 100 milyon üzerinde poliklinik hizmeti verilmekte olduğu ifade edilebilir(80). ABD'deki sağlık kuruluşları için günümüzde doktorların hastalarına sigara bırakmayı önermeleri bir kalite standardıdır(81).

Herhangi bir nedenle kendisine başvuran bir kişiye karşı hekimin sigara konusunda sorumlulukları olup, ona sigara ile ilgili olarak sorması önerilen bazı sorular vardır. Bu soruların sorulmasıyla, eğer içiyorsa sigara içme davranışını gözden geçirmesine yardımcı olabilir. Bu soruları şu şekilde sıralayabiliriz(82):

1. Sigara içiyor mu?
2. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı düşünüyor mu?
3. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı denemiş mi?
4. Sigaranın zararlarını biliyor mu?
5. Sigara içilen bir ortamda bulunmuş mu?
6. Pasif sigara dumanına maruz kalmanın sağlığa getirdiği riskleri biliyor mu?
7. Pasif sigara dumanına en çok maruz kalma riski olan gruplar hakkında neler biliyor? (çocuk, yaşlı, engelli vb.).
8. Sigara ile mücadele sizce neden önemlidir?
9. Sigara mücadelesinin en önemli basamakları nelerdir?
10. Daha önce sigara mücadelesine katılmış mı?
11. Görüşme, sigarayla ilgili düşünce ya da yaklaşımını değiştirebilmiş mi?

Hekim sigara bağımlısı ise öncelikle kendi sorununa çözüm aramalıdır. Sigara bağımlısı olan hekimler, sigara bağımlısı olan hastaların sigara içme tutumları konusunda daha kayıtsız kalmakta ve çoğu zaman bir girişim yapmaya gerek görmemekte olduklarını yapılan çalışmalar bize göstermiştir(83).

Polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran hastalarla yapılacak olan 3 dakikalık kısa görüşmeler bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar sağlamaktadır. Bu yaklaşım, hamile kadınlar, gençler ve yaşlı içiciler dahil herkesi kapsamalıdır(84). Kısa klinik görüşmeler oldukça etkin olup 1/40 başarı oranına sahiptir. Bu tavsiyeler en çok, sigaraya bağlı hastalığı olanlarda etkindir. Görüşme süresinin uzaması, özellikle 20 dakikanın üzerine çıkması etkinliği 1,4 kat kadar artırmaktadır(85).

Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve toplumda yaygınlaştırılması konusunda bazı meslek gruplarına daha çok sorumluluk düşmektedir. Bu konuda doktorlar en önemli meslek grubudur. Bu meslek grubu, toplum için rol model olma açısından önemlidir. Onların, hastalarına "sigara içmek sağlığa zararlıdır" tutumunu benimsetebilmeleri için kendilerinin sigara içmemeleri, eğer içiyorlar ise de bu davranışlarını hastaların önünde sergilememeleri gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalar, bu ve toplum için model olabilecek diğer meslek grupları arasında sigara içme sıklığının yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bilir ve arkadaşları tarafından çeşitli meslek grupları arasında yapılmış olan bir araştırma sonucuna göre, doktorların %43,9'u, öğretmenlerin %50,8'i, gazetecilerin %63,9'u, milletvekillerinin ise %27,1'i sigara içmektedirler. 100 doktorun 44'ü sigara içtiğine göre, sigara içen doktorlarla karşılaşan hastaların "sigara içmeme" ile ilgili uyarıları dikkate almalarını beklememek gerekir(82). Hekimler sigara içen ya da içmeyen herkesle diyalog kurup sigaranın sağlığa olan zararlarını anlatabilirler. Radyo, televizyon ve yazılı basın yoluyla insanları bu konuda bilinçlendirebilirler. Hekimler belirlenmiş özel günlerde basın toplantısı yaparak halkın ilgisini çekebilir, sigaranın kısıtlanması ya da sigarasız politikalar geliştirilmesi için iş çevreleri ile iletişim kurabilirler. Kendi çalışma ortamlarında sigara içimini yasaklayabilir, sigara önleme birimi kurabilirler. Potansiyel içici konumunda bulunan genç nüfusun toplu halde bulundukları yerler ve okullara ulaşarak, tütün ve pasif içicilik konusunda gençleri bilgilendirebilirler(86). Tüm dünyada sigara karşıtı hareketlerin en güçlü dayanağı sigara ile akciğer kanseri ilişkisinin gösterilmiş olmasıdır. Keyif verici bir madde olarak tanınmış olan tütün içiminin hızla yayılması, kullanmakla ortaya çıkan hastalıklar kanıtlanıncaya kadar sürmüştür. Önceleri tütün kullanımının bazı sakıncaları gözlenmiş olsa da akciğer kanseri ile ilişkisinin gösterilmesinden sonra özellikle bilim adamları için sigara ile mücadele kaçınılmaz bir görev olmuştur. DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan ilaç Dairesi (FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından sigara içimi ve bağımlılığı bir

hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Sigara bağımlılığının tedavisi bu nedenle hekimin görevleri arasındadır. Başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimler sağlık kurumlarına başvuran hastaların sigara içme durumlarını mutlaka sorgulayıp, hastasına sigara bırakmayı önerip, bırakma konusunda hastasını yönlendirip, gerekirse farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin başlanmasını planlamalıdır. Birçok sigara içicisinin, bir ya da birçok kez başarısız sigara bırakma ya da kesme girişimlerinin olması nedeniyle, geçmişteki girişimleri öğrenmeye yönelik sorular, nikotin bağımlılığının yüksek seviyede olduğunu belirlemeye yarayan iyi bir stratejidir. Hekim, sigarasızlık boyunca gelişen semptomları, çekilme belirtilerini, semptomların süresini ve sigaraya geri dönüş nedenlerini sorgulamalıdır. Ayrıca sigaranın bırakılması döneminde ve sonrasında hastasını takip edip desteklemelidir. Sigara bıraktırma polikliniği ile sigarayı bırakma oranları %40'lardayken poliklinik desteği olmaksızın bırakma ihtimali %3-5 dolaylarındadır, bundan dolayıdır ki hekimin sigara bırakmada rolü oldukça önemlidir(80).

Hekimlerin yönlendirip olguların en az 6 ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde, hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-40) olarak; hastaya sadece sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-13) saptanmıştır(88). Sigaranın bırakılmasında yakın gelecekte ölüm korkusu veya ani ölüm en güçlü motivatörlerdendir(87). Sigara içen bireylerin %20'si tıbbi yardımı önemser. Bu bireyler hazırlık aşamasında olup sigarayı bırakmak için çeşitli adımlar atmışlardır. Bu adımlar sabahları ilk içilen sigarayı ertelemek, içtikleri sigara sayısını azaltmak, başka bir marka sigaraya geçmek, içmeyi akla getiren uyaranlardan uzak durmak gibi stratejiler olabilir. Bu tür hareketler hastanın çabalarını güçlendirir.

Sigaranın bırakılması sırasında kişilerin yaşadığı dört safha vardır (77,89);

A -Düşünce öncesi evre (niyetlenme öncesi); kişinin sigarayı bırakmayı ciddi bir şekilde düşünmediği, bireylerin değişmeyi düşünmediği ve yadsıma sürecinde oldukları evredir. Bu bireyler, teşvik ya da nikotin replasmanı gibi yaklaşımlara yanıt vermezler, bunlarda güdüleyici girişim oldukça etkindir, empatik ve destekleyici yaklaşmak gerekir. Empati; “Sigarayı bırakmanın zor bir durum olduğunu biliyorum”. Destekleyici; “Bırakma konusunda niyetli olduğunuzda size yardım etmeye hazırım”. Ayrıca “Sigarayı bırakmanın zamanının geldiğini nasıl anlarsınız?”, “Bırakma zamanının geldiğini size hangi işaretler anlatacaktır?” ya da “Eğer değişmeye karar vermiş olsaydınız sizce bunun olumlu sonuçları neler olurdu?” gibi hastaya değişimi düşünmeye sevk eden sorular sorulmalıdır. Günümüzde sigara içenlerin %40'ı bu evrededir (90).

B- Düşünme (niyetlenme) evresi; kişinin sigarayı bırakmayı gerçekten düşündüğü dönemdir. Henüz sigarayı bırakmayı denememişlerdir, ancak bırakmaya ilişkin olumlu düşünceleri vardır. Değişimin yararları üzerine düşünürler. Bu evrede hekimin yaklaşımı, hastanın sigara içme nedenleri ve bırakmasına engel olan etkenleri ortaya koymak olmalıdır. Bunun yanında kararsızlığın her iki ucu hekim tarafından ortaya konur. “Sigarayı bırakmak istemeniz güzel bir şey” tarzında bir cümle hastanın olumlu düşüncelerini pekiştirecektir. Ayrıca hekimin, değişime direnç gelişmemesi için yumuşak yönlendirmeler yapması da gerekir. “Bu çözüm bazı hastalarım için yararlı oldu, belki size de fayda sağlayabilir”. Sigara içen bireylerin %40’ı bu evrededir (90).

C- Hareket (evlem) evresi; kişinin sigarayı bırakmayı denediği ve bırakmaya çalıştığı dönemdir. Bir önceki evrede belirlenen sigarayı bırakma günü geldiğinde eylem başlatılır. Bireyi eyleme yönlendiren uygun stratejiler tavsiye edilir. Bu stratejiler; özgül sigarayı bırakma gününü saptama, sözleşme yapma, kendi kendine yardım materyalleri elde etme, nikotin replasmanı ya da diğer farmakolojik ajanlardan faydalanma, davranışsal beceriler kazanma (kendi kendini izleme, amaç belirleme, kendi kendini ödüllendirme, dürtü denetimi, sigara içme davranışının yerine geçecek alternatif davranışlar bulma, gevşeme egzersizleri) ve sosyal desteği artırmak olarak sıralanabilir. Eğer birey izleme sürecinde güçlü tetikleyiciler tanımladıysa, hekim hastaya bu tetikleyicileri yönetebileceği uygun stratejiler sunarak yardımcı olur. Bireye, zihnini sigara içmeye aşırı istek duymasına neden olan kötü düşüncelerden arındırması, bu kötü düşüncelerin yerine alternatif düşünceleri koyması önerilir. Örneğin; “içkimle birlikte sigara içmeme gerek yok” cümlesi gibi. Bireyler sigarayı bırakma konusunda en ciddi başarıyı, zihinsel ve davranışsal stratejileri birlikte kullanarak elde ederler. Yine hekimlerin ümit veren, hastalarına bir egzersiz programına başlamalarını veya devam etmelerini tavsiye etmeleri, bu evredeki hastalar için kullanışlı bir diğer stratejidir.

D- Bırakmış kalma (sürdürme) evresi; kişinin sigara içmeyi bıraktıktan sonra tekrar içmekten kaçınması ve bırakmış kalmasıdır. Hastanın değişimi günlük yaşamına uyarladığı evredir. Hekim hastayı desteklemeye ve zorlamaya devam etmek durumundadır. Zira bu evrede kısa kaymalar olabilir. Bu da ümit kırıklığına yol açarak hastanın vazgeçmesine neden olabilir. Geçici başarıdan elde edilen bilgilerin öğrenilmesi sağlanır; örneğin, sigara içilen ortamlardan uzak durmak gibi. Hastaya değişimin bir süreç olduğu ve birçok insanın bu döngüden 3–4 kez geçtiği söylenmelidir. “10 gün boyunca bunu basardınız, başarıyı sağlayan neydi?” tarzında sorular sorularak, planın başarılı kısmına odaklanılır. Amaç hastayı cesaretlendirerek sürece yeniden sokmaktır. Hayal kırıklığı olmaması için belirlenecek yeni hedeflerin gerçekçi olmasına dikkat edilmelidir.

Sigaranın bırakılması konusunda tüm bu dönemlerde hekim desteği büyük önem taşımaktadır. Hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği, bu konuda motivasyonu olmayan hastayı bırakma konusunda motive etmek; bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek verip bırakma yöntemlerini öğretmek ve tıbbi yardımda bulunmaktır(91,92,93,94). Sigarayı yeni bırakmış olgularda amaç, sigarayı bırakmaya bağlı oluşabilecek sorunlar ve tekrar sigara içmeyi tetikleyecek sebeplerin belirlenip çözüm önerileri oluşturulmalıdır ki nüks engellensin.

2.1.7. Bırakanlarda Görülen Değişiklikler:

Sigaranın bırakılması ile birlikte kişinin sağlık kazanımları başlamaktadır. Sigara bırakmanın ulusal ve bireysel kazanımları yüksektir. Sigaraya bağlı gelişen hastalıkların (kronik bronkopulmoner hastalıklar, akciğer ve diğer kanserler, serebrovasküler hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar) sigara bırakılmasıyla morbidite ve mortalitesi düşmektedir. Solunum sisteminin sigaraya bağlı semptomları sigara bırakılınca hızlı bir şekilde düzelmektedir. Nikotin kullanımının bırakılmasını takiben ilk 24 saat içinde ortaya çıkan ancak altında başka bir tıbbi sebep olmayan belirtiler nikotin yoksunluğu olarak adlandırılır (bakınız konu 2.1.4. Nikotin bağımlılığı ve yoksunluğu). Tıbbi destek ve davranış desteği yöntemleri ile sigara bırakılmasıyla oluşan nikotin yoksunluk belirtileri aşılabilmektedir. Sigara bırakılması ile bazı kişilerde kilo alımı olup depresyon eğilimi artmaktayken, sigara bırakılmasının sağlık kazanımları çözümsüz olmayan bu sorunlardan çok daha büyüktür. Sigara bırakmanın bireysel ve ulusal ekonomik kazanımları tartışmasıdır. Sigara bırakma tedavisi ulusal ve uluslararası literatürde ayrıntıları ile tanımlanmıştır(21,84,95). Sigarayla bırakmanın çeşitli yönlerden yararı vardır. Kuşkusuz ki bu yararların başında sigaranın yol açtığı hastalık risklerinin azalması gelir. İlk yıllarda hastalık risklerinin azalması daha belirgindir, ama ilerleyen yıllarda da risk azalması sürer. Sigarayla bırakan bireylerde zamanla görülen değişiklikler tablo-2’de özetlenmiştir.

Geçen süre	Sağlık etkisi
20 dak	Nabız ve Kan Basıncı normale döner
8 saat	CO azalır, oksijen artar
24 saat	Kalp krizi olasılığı azalır
48 saat	Koku ve tat duyusu normale döner
1 ay	Kan dolaşımı normale döner
3-9 ay	Öksürük, nefes darlığı azalır
1 yıl	Kalp krizi riski %50 azalır
5 yıl	Akciğer kanseri riski %50 azalır
10-15 yıl	Risk sigara içmeyenler düzeyine iner

Tablo-2. Sigarayla bırakan bireylerde görülen değişiklikler

Sigarayı bırakmak için hiçbir zaman geç kalınmış değildir, çünkü sigarayı bırakan bireylerde gözlenen olumlu etkiler, genç veya yaşlı her yaşta ortaya çıkar. Sigara bırakan 194 kişide yapılan bir çalışmada; kişilerin 102'sinde (%52,6) değişik yakınmalar bulunmuş. Kişilerde kilo artışı, iştah artışı (%8,7), ağız, diş eti veya dilde oluşan lezyonlardan yakınma (%19,6), gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk (%6,1), sigara içme isteği (%4,6), baş ağrısı (%4,6), kabızlık (%4,1), uyku hali, uyuşukluk, konsantrasyon bozukluğu yakınmaları (%3,6) tespit edilmiştir. Sigarayı bırakanlardan yakınması olan 102 hastanın 45'i (%44,1), yakınması olmayan 92 hastanın ise 57'si (%62) yeniden sigara kullanımına başlamıştır(96).

2.1.8.Sigara Bırakma Tedavisinde Yöntemler

Kronik bir hastalık olarak kabul edilen sigara tüketimi ve buna bağlı hastalık riskini azaltmak, hastalarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağ kalım beklentisini artırmak; sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavilerinin en önemli hedefleridir. Sigara içmeyi bırakmak isteyen kişiler, bu davranışlarından uzaklaşmaları için bazı kolaylaştırıcı ve destekleyici yaklaşımlara ihtiyaç duyarlar. İlaçsız yapılan bazı destek programları, farmakolojik ajanların kullanılması yoluyla sağlanan destek programları ya da kimi zaman bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması bunlar arasında yer almaktadır (97). Sigaraya başlatan faktörlerle sigaranın sürdürülmesine sebep olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sigaraya başlamada özellikle ailesel ve sosyal faktörlerin önemli olduğu düşünülür. Aile bireylerinin ve arkadaşların sigara kullanması ergenlikte sigaraya başlama ile yakından ilişkilidir. Ancak sigara kullanımının sürdürülme davranışında nikotin bağımlılığı, psikososyal ve genetik faktörler önemlidir. Sigara bırakma tedavisinde en önemli basamak kişinin sigarayı bırakmayı istemesidir. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarısını şöyle sıralayabiliriz(Tablo-3)(36).

Yöntem	Başarı oranı
Aniden bırakma	% 81,5
Azaltarak bırakma	% 5,7
Hipnoz	% 1,6
Düşük nikotinli sigara	% 1,5
Nikotinli sakız	% 1,4
Özel sigara filtreleri	% 0,5
Psikolojik tedavi	% 0,1

Tablo-3. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarı oranları

Sigara bırakma tedavisi;

Nonfarmakolojik;

Kısa klinik görüşmeler

Yoğun klinik görüşmeler

Sosyal destek

Farmakolojik:

Nikotin replasman tedavisi

Nikotin içermeyen tedavi

Kısa Klinik Görüşmeler:

- A. Sigara içen ve bırakma denemesi konusunda istekli olan içiciler,
 - B. Sigara içen ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan içiciler,
 - C. Önceden içip sigarayı yeni bırakmış içiciler,
- şeklinde 3 tip olgu grubu için uygulanabilir(84).

Bırakma denemesi için istekli olgulara beş ana basamak (5A) uygulaması önerilmektedir(84,95);

Ask (Sor); Hekim bireye sigara içip içmediğini sorar. Bütün hastalar kliniğe başvurdıklarında sigara içme durumunu sorup kayıt altına almak gerekir

Advice (Öner); Hekim bireye sigarayı bırakmasını önerir. Her sigara kullanan bireye açık bir şekilde, ısrarla ve kişinin kendi özelliklerini de ele alarak (hastalık/sağlık durumu, sosyal durumu, sigaranın ekonomik yükü, evdeki diğer bireylerin dumana maruz kalmalarının getirdiği riskler gibi) sigarayı bırakması hekim tarafından önerilmelidir.

Assess (Değerlendirme); Hekim bireyin durumunu değerlendirir. Bireyin polikliniğe başvurduğu sırada sigarayı bırakma konusundaki istek durumu hekim tarafından değerlendirilerek, hazırsa sigarayı bıraktırma girişimi başlatılarak destek sağlanması veya sigara bırakma polikliniklerine başvurmaları önerilmelidir.

Assist (Yardım Et); Bireye yardım maksatlı pratik sorun çözme önerileri getirilmelidir. Tedavi süresince sigaradan kurtulma çabasında olan bireye sosyal destek sağlanmalıdır. Hekim hastasına bırakma süreci içinde her türlü sorunu ile ilgilenileceği mesajını vermelidir. Hastanın çevresinde bulunan kişilerle hekim tarafından görüşülerek sigarayı bırakma konusunda sosyal yardım ve destek sağlanmalıdır. Ayrıca hekim tedaviyi planlayıp, hastasına tıbbi tedavi olarak neler yapılabileceğini açıklayarak ona tıbbi tedavi önerilerinde bulunur.

Arrange (İzlemek); Hekim hastasına izlem programı düzenlemelidir. Bu program ilk ay hastayla iki kez görüşmeyi hedefleyerek oluşturulur. Görüşmeler sırasında, hasta başarılı

ise övgüde bulunularak, yüreklendirilmeye devam edilir. Başarısız olmuşsa, başarısızlığın nedenleri ele alınıp, sorunlar ve tıbbi tedavi açısından değerlendirilmesi yapılabilir.

Bırakma denemesi konusunda isteksiz olgulara `5R' olarak adlandırılan bir basamak uygulaması geliştirilmiştir(84,95):

Relevance (İlgilenme); kişiye özel durumların (ailesel ve sosyal durumu, hastalık durumu veya riskleri) ele alınarak bırakmaya cesaretlendirilmesi,

Risks (Riskler); Sigara kullanımına bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların vurgulanması

Rewards (Kazançlar); Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendirilmesi

Roadblocks (Engeller); Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörlerin (yoksunluk belirtileri, kilo alma, depresyon, destekten yoksunluk, sigara içmekten hoşlanmak, başarısızlık korkusu gibi) belirlenmesi

Repetition (Yineleme); Olgunun her poliklinik başvurusunda motivasyon desteğinin tekrarlanması, motivasyonu tam olmayan olguların kliniğe her başvurusunda onları motive edecek görüşmenin yinelenmesi.

Yoğun Klinik Görüşmeler: Güçlü isteği olanlarda en etkin ilaç dışı girişim, yoğun davranış desteğidir. Bu hastalarda bırakma oranı 1/13'tür. Davranış desteği bireysel ya da grup olarak yapılabilmekte olup her ikisinin de etkinliği eşittir(85). Konuyla özel olarak uğraşan sigara bıraktırma polikliniklerinde uygulanması beklenen işlemleri içerir:

1. Sigarayı bırakmak isteyen tüm sigara içicilerine yoğun bir tedavi programı uygulanmalıdır.
2. Hekim olası hastalık risklerini ve sigarayı bırakmanın yararları konusunda bilgi vermeli, gerektiğinde ilaç tedavisi uygulamalıdır. Hekim dışındaki sağlık personeli ise konuyla ilgili psikososyal yardım veya davranış eğitimi açısından destek sağlamalıdır. Gerekirse yazılı malzeme (kitapçık ve broşür gibi) sağlanabilmelidir.
3. Program 4 veya daha fazla seanstan oluşmalıdır. Görüşme süresi 10 dakikadan daha az olmamalıdır. Hastalar bırakma gününden sonraki 15 gün içerisinde en az bir kez görülmelidir. İzleyen 3 ay içerisinde ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir yapılacak görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır.

4. Görüşmeler hem bireysel, hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, izleyen hekimin belirlediği tarih ve sıklıkta yapılmalıdır.

5. Davranış ve destek tedavileri, pratik öneriler (beceri geliştirme, sorun çözme) ile tedavi sırasında ve tedavi sonrasındaki sosyal desteği kapsayacak şekilde olmalıdır.

6. Fiziksel bağımlılığı olduğuna karar verilen her içiciye kontrendikasyon yoksa ilaç önerilmelidir.

İlaç tedavisinin yoksunluk belirtilerini azaltıp sigarayı bırakma başarısını artırdığı hastalarla paylaşıp detaylı bir şekilde açıklanmalıdır(84).

Farmakolojik Yaklaşım: Hekim gözetiminde sigarayı bırakmaya çalışan tüm bağımlılar, tıbbi tedaviden yararlanabilmelidir. Farmakolojik ajanlar davranışsal tedavilerle birlikte sigara bıraktırma konusunda oldukça etkilidir(67). Bütün sigara bıraktırma yöntemlerinin başarıları farklıdır. Bununla birlikte bu yöntemlerin amaçları kişide sigara kullanımına bağlı meydana gelen fiziksel ve psikolojik bağımlılığın üstesinden gelmektir. Günümüzde farmakolojik olarak onaylanmış iki tedavi yöntemi vardır, bunlar; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapidir(89). Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek amacıyla kısıtlı süreli olarak nikotin replasmanı yapılabilir. Bu tedavi yaklaşımı nikotin kesilme sendromu belirtilerini hafifleterek sigara içme isteğini azaltmaktadır(15).

Tütün Bağımlılığında Kullanılan Farmakolojik Tedaviler (98);

Nikotin replasman tedavisi
Nikotin sakızı
Nikotin bandı
Nikotin nazal sprey
Nikotin inhaler

Nikotin içermeyen tedavi
Bupropion
Vareniklin
Nortriptilin
Buspiron

İlaçlar	Uygulama yolu ve doz	Klinik ve farmakolojik mekanizmalar
Nikotin bandı.	Transdermal 7-21 mg/gün	Nikotin isteğini ve yoksunluk belirtilerini azaltır
Nikotin sakızı	20-40 mg/gün	
Nikotin pastili	20-40 mg/gün	
Nikotin nazal sprey	16-32 mg/gün	Nikotin isteğini ve yoksunluk belirtilerini azaltır. Nikotin-asetilkolin reseptörlerinin hızlı uyarılması sonucu sigara isteğini hızla azaltır
Nikotin inhaler	6-16 mg/gün	

Tablo-4. Nikotin replasmanı tedavisinde kullanılan ilaçlar

İlaçlar	Uygulama yolu ve doz	Klinik ve farmakolojik mekanizmalar
Bupropion	Oral, 300 mg/gün	Dopamin ve noradrenalin geri alımını bloke ederek nikotin isteği ve yoksunluk belirtilerini azaltır.
Nortriptilin	Oral, 100-250 mg /gün	Noradrenalin ve 5-hidroksitriptamin geri alımını engeller. Muhtemelen yoksunluk belirtilerini ve eşlik eden depresif belirtileri azaltır.
Vareniklin	Oral, doz şemasına göre	Nikotinin reseptörü uyarmasını engeller, sigara içme arzusunu ve yoksunluk semptomlarını azaltır.
Buspiron	Oral, 15-40 mg/gün	5-HT _{1A} reseptör parsiyel agonisti, 5-hidroksitriptamin salınımını azaltır. Komorbid anksiyetesi olan hastalarda yararlı olabilir.

Tablo-5. Tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan nikotin içermeyen ilaçlar

2.1.9. Tütün Kontrolü ve İlgili Programlar

Tütün kontrolü, bir toplumun tütün kullanımını azaltmak, kullanmayanların başlamasını engellemek, tütün ve pasif tütün dumanından zarar görmesini önlemek, mümkünse tütün kullanımını yok etmek, özetle tütünden doğacak zararlara karşı toplum sağlığını korumak

amacıyla geliştirilen stratejileri kapsar. DSÖ, 1970 yılında tütün kullanımının insan sağlığına verebileceği zararlarla ilgili bir bildiri yayınlamıştır. Sigara endüstrisinin pazarlama stratejileri, genç erişkinlerin sosyal etkinliklerine odaklanarak, tütün kullanımını genç erişkinlerin sosyal çevresinin bir parçası haline getirmeye çalışmaktadırlar(99).

Tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, sigara kullanımının zararları, tütün kaçakçılığının önlenmesi, pasif içiciliğin önüne geçilmesi, çocuklara sigara satışının engellenmesi, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları kapsayan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”, DSÖ’nün tütün kontrolü konusunda atmış olduğu en önemli adımdır. 2001 yılında hazırlanmaya başlanan ve 2003 yılında yapılan genel kurulda oy birliği ile kabul edilen ve 168 ülkenin bakanlarınca imzalanmış olan bu sözleşme şu konuları kapsamaktadır:

- Tütün firmalarının her türlü tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- Sigara paketleri üzerinde, paketin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı yazısıyla yine kullanıcının dikkatini çekecek resimlere yer verilmesi,
- Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önüne geçilmesi,
- Sigaradan alınan vergilerin yükseltilerek sigara fiyatlarının yükseltilmesi,
- Tütün kaçakçılığının önlenmesi

Tütün kontrol programının kapsamlı bir şekilde uygulandığı birçok ülkede, tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kalp hastalıkları, kanserler, solunum sistemi hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları, ve düşük doğum ağırlığı insidanslarında azalma sağlanmıştır(16).

Türkiye’de 1924 yılında kurulan Tekel’in varlığından dolayı tütün kontrolü konusunda uzun yıllar boyunca özel bir çaba gösterilmesi gerekmemiştir. Sigarayla ilgili hemen hiç tanıtım yapılmazken 1984 yılında yabancı sigaraların ithalinin serbestlik kazanmasıyla, bu sigaraların cazibesi ve tanıtımları gençlerde sigara kullanımını tırmandırmıştır. Tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı 1992 yılında Ankara’da “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” adı altında gerçekleşmiştir. 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” 7 Kasım 1996 günü TBMM’de kabul edilip, 26 Kasım 1996’da yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Yasadaki başlıca maddeler, tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerine “sağlığa zararlı” olduğuna işaret eden uyarı yazılması, 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, toplu olarak bulunan yerlerde, sağlık tesislerinde, spor tesislerinde, eğitim tesislerinde ve toplu taşıma araçlarında sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir.

25 Kasım 2004 tarihinde DSÖ tarafından hazırlanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”, TBMM tarafından kabul edilmiştir. 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulmuş bulunan Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK) tarafından bazı yönetmelikler ve bildirimler yayınlanmış, bu şekilde 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı problemlerin giderilmesi yoluna girilmiştir(100,101). Tütün ile mücadelede başlıca dönüm noktaları Tablo-6’da belirtilmiştir.

1991	Paket uyarısı (“Sigara Sağlığa Zararlıdır”)
1995	Sigara ve Ulusal Sağlık Komitesi’nin kuruluşu
1996	4207 sayılı kanunun kabulü; Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa
2002	TAPDK: bazı yönetmelik ve tebliğler yayınlanmış, 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidilmiştir
2004	Çerçeve sözleşmesinin kabulü
2006	Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın yayınlanması; temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80’in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100’e yakın olmasını sağlamaktır
2007	Ulusal Tütün Kontrol Komitesi’nin oluşması
2008	4207 sayılı kanunun güçlendirilmesi; tamamen sigarasız ortama ilişkin yasa Reklam, tanıtım ve sponsorluk: 1 Mayıs 2008’de televizyonlarda her türlü sigara imgesinin yer almasının yasaklanması
2008	2008-2012 Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı’nın açıklanması
2009	Kahvehane, restoran ve barlarda uygulama 1 Temmuz 2009’da başlayacaktır.

Tablo-6. Sigara ile mücadelede dönüm noktaları

Tütün kontrol faaliyetlerinden amaç, tütün ürünlerine olan talebi azaltmaktır. Talepteki bu değişim tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Bu durumda; diğer sektörlerin yararlanacak olmasından dolayı tütün endüstrisi zarar görse bile işsizlik olmayacaktır. Tütün kontrolünün istenmeyen ekonomik sonuçları doğuracağı korkusu ve endişesi dünyada birçok yönetimin harekete geçmesini tereddütte bırakmıştır. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kitlesel iş kayıplarının yaşanacağı, tütünden alınan vergi gelirlerinin kaybedileceği, vergi oranlarının artırılması ile kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı gibi görüşler sürekli gündemde olmuştur. Tütün üretimi ile ilgili işler ülkemizde olduğu gibi, Tayland, Mısır, Bangladeş ve Filipinler’de de imalat ile ilgili işlerin % 2,5-5’ini oluşturmaktadır(49). İnsanların tütüne para harcamaktan vazgeçmeleri durumunda genellikle onun yerine başka ürünlere para harcayacakları ve böylece olası iş kaybını telafi edecek alternatif iş kaynakları yaratacakları gerçeği dikkate alınmalıdır. Uygun hareket planlarında güçlü tarım ve ticaret politikalarını desteklemek, geniş çaplı kırsal gelişim politikaları hazırlamak, ürün çeşitlendirmede yardımcı olmak, kırsal eğitim ve diğer güvenlik ağı sistemleri oluşturmak

gibi farklı çabalar uygun mücadele planları kapsamındadır(16,80). Tütün kontrolündeki nihai hedef insan sağlığına yarar sağlamaktır.

Tütünle mücadelede tüm yükü sağlık sektörü üstlenmemeli, diğer sektörlerin de sağlık sektörüyle tütün kontrol çalışmalarında iş birliği içerisinde olması sağlanmalıdır. Ulusal ve uluslararası birçok sektörün işbirliği şarttır. Kontrol programı için 10 basamak önerilmektedir(102,103):

1. Çocukların-ergenlerin tütün bağımlılığına yakalanmalarının önlenmesi(49)
2. Tütün kullanımı için cesaret kırıcı mali politikalar uygulamak, büyümeden ve fiyatlardan daha hızlı artan bir vergilendirme sistemi oluşturmak,
3. Artırılan vergilerden elde edilen paraların bir kısmını tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması,
4. Çevresel sigara dumanına istemsiz maruziyetin önlenmesi,
5. Sosyoekonomik, davranışsal ve diğer yüreklendirici tütün kullanmaya yönelten faktörlerin ortadan kaldırılması,
6. Doğrudan ve dolaylı reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması,
7. Tütün ürünlerinin kontrolü: çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklamların tamamen önlenmesi; tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin, limitlerinin belirlenmesi ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi,
8. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi
9. Tütünle ilgili konuların etkin yönetimi, izlem ve değerlendirmesi,
10. Tütün mücadelesinin sadece sağlık sektörü içinde değil multi-sektöriyel ele alınması.

ABD’de 2000 yılı “Surgeon General” raporunda okullardaki sağlık ve tütün kullanımını veya başlamayı engelleme programının aşağıdaki konuları içermesi önerilmektedir:

1. Tütün kullanımına karşı tüm okullarda bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenler ve diğer görevliler yanında, ziyaretçilerle öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır.
2. Tütün kullanımını engellemeye yönelik tüm okullarda 6–12. sınıfları kapsayacak şekilde eğitim programı oluşturulmalıdır.
3. Tüm okullarda bu eğitim programı göz önünde bulundurularak; öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemeleri için davranışsal beceriler kazandırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

4. Müfredata tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı konulmalı ve programın işlerliği kontrol edilmelidir(80).

Sigara alışkanlığının kontrolü ve tütünün zararlı etkilerinden toplumun korunması konusunda yapılması gerekenler aslında belirsiz değildir. Gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarılı olmuş stratejileri, toplumun ihtiyaç ve farklılıklarına göre düzenlenip uygulanabilir. Tütün kontrol çalışması düşünülüyorsa öncelikli olarak gençlerin ele alınması düşünülmelidir. Daima hastalığı tedavi etmekten çok hasta olunmaması için gereken önlemleri almak öncelikli durum olmalıdır. Sigaraya başlamamış, ona hiç ihtiyaç duymayan, kokusundan ve dumanından rahatsız olanların, psikolojik baskı ve yönlendirmelerle kendisinin bağımlı hale getirilmesi sürecine müdahale etmek toplumsal sorumluluk taşıyan tüm insanların görevidir. Sigara ve gençlik birbiriyle çok yakın bağlantılı iki kelimedir. Sağlıkçılar ve toplumsal sorumluluk olarak sigara karşıtı görev yüklenenler, en az sigara üretilen pazarlayanlar kadar bu iki kavram arasındaki yakın ilişkinin farkına varıp ona göre stratejileri geliştirmelidirler(104).

2.2. KİŞİLİK KAVRAMI VE KİŞİLİĞİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER

2.2.1. Kişilik Tanımı

Kişilik kavramı yüzyıllar boyunca, sosyal yaşamın bir parçası olarak ilgi gördüğü halde, bilimsel gelişimi 1930’larda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilim dallarından farklı bir bilimsel disiplin olarak ortaya çıkmasıyla başlamıştır(105).

Yıllar boyunca ve hala günümüzde kişiliğin tanımı yapılmaya çalışılmıştır. Kişilik, en genel kabul gören tanımıyla; bir insanın zihinsel ruhsal ve bedensel özellikleri hakkındaki bilgisi, toplumsal açıdan da o bireyin toplum içinde belli özellik ve görevlere sahip olmasıdır. Kişilik, bireyi toplum içinde farklı ve benzersiz kılan bir özelliktir(106).

Kişilik kavramını ilk olarak ele alan etimoloji bilimine göre, batı dillerindeki karşılığı personnalite kelimesidir. Personnalite, Latince’de persona yani içinden akseden kavramından gelmektedir. Kişilik için elliden fazla tanımı toplamış olan Allport’a göre, bu tanımların kökeni, Roma Tiyatrosu’nda oyuncuların oynadığı karaktere uygun olarak taktıkları maskeler için kullanılan, Latince’den gelen ‘persona’ kelimesidir. Bu maskeler, oyuncular tarafından belli bir kişiliği temsil etmek ve o kişiliğin yansıyan özelliklerini ortaya koymak amacıyla kullanılmıştır. Zaman içinde persona kelimesinin kullanım amacı değişmiş ve artık maske için değil, gerçek kişinin temsili amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Başka bir deyişle, kişinin görünen, dışa vuran belirgin özelliklerini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır(106).

Kişilik, insanı diğer kişilerden ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özelliklerin bütünüdür ve bireyin fiziksel, sosyal, zihinsel ve duygusal özelliklerinin devamlılık gösteren yönlerini kapsar. Bireyin göreceli olarak kalıcı eğilim, davranış ve ilişki kalıpları ile tepkilerini belirleyen en temel unsurun kişilik olduğunu bu yönüyle söyleyebiliriz. Başka bir tanıma göre ise kişilik; bireyin sergilediği davranışlarını ve kendine özgü düşüncelerini belirleyen sistemlerin bütünü olduğu vurgulanmıştır(107).

Kişilik, bireyin kendisinin; zihinsel, ruhsal ve fizyolojik özellikleri hakkında bilgisi; bireyin diğer bireylerden ayırt edici, iç ve dış çevresiyle kurduğu, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi; bireye özgü duygu, düşünce ve davranışların örgütlenip bütünleşmesi şeklinde farklı tanımlamalarla ifade edilmektedir(105). Bu bağlamda kişilik, tüm bedensel özelliklerin, edinilmiş tecrübelerin, eğilimlerin, dürtülerin, içgüdülerin bütünü olarak görülebilir.

Kişiliğin gelişim sürecini açıklamaya çalışan çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Eysenck, kişiliği hiyerarşik açıdan ele almıştır. Bu kuramın temelinde, kişiliği oluşturan

faktörler belirli bir hiyerarşi içerisinde veya sıralı şekilde oluşmuştur. Eysenck'in değerlendirmesinde dört düzey bulunur. İlk düzey, en alt düzey olup tepkilerin yalnızca çok özel olanlarını içerir. Bu düzey, genetik yolla aktarılmış olan özellikler ve belli özel uyarıları kapsayan düzeydir. İkinci düzey, kişinin alışkanlıklarından taban alır ve belirli ortam ve durumlar içinde bulunmakla kazandığı davranışları biçimlerini içine alır. Üçüncü düzey, kişilik kalıplarının oluşumunda etkili olan eğilimlerin olduğu düzey olup bu eğilimler bir önceki düzeyde kazanılmış birçok davranış arasından seçilerek elde edilir. Davranışsal şekilde de birçok özellik meydana gelebilir. Dördüncü düzey, kişinin tipinin ortaya çıktığı durumdur. Üçüncü ve hatta ikinci düzeyde kazanılan özellikler ve seçimler sonucu, dördüncü düzeyde kişinin belirgin bir tipi ortaya çıkar(106).

Karen Horney'in kişilik kuramı, psikanaliz teorisinin etkisi altında ortaya konulmuş görüşlerden oluşan bir yaklaşımdır. Fakat Horney, sosyal ilişkilerle ilgili önemli çözümlemelerden yararlanarak kişilik hakkındaki görüş ve düşüncelerini belirlemiştir. Korku ve kaygı düşünürü göre, kişiliğin temel elemanıdır. Her birey, kaynağı çeşitli korkularını yenip aşmak için birçok etkinlikte bulunmaktadır(108).

Rotter, kişiliğin oluşumunda psikolojik faktörlerin yanında, sosyal ve çevresel faktörlerin de etkili olduğunu belirlemiştir. Psikanaliz ve davranış teorilerinin yaygın olarak kabul edildiği bir dönemde Rotter, sosyal öğrenme teorisini ortaya çıkarmış ve bu teorisinde, kişilerin yaptıkları hatalardan ders alarak hata yapmamaya yöneldiğini ve bir şeyin olumlu sonuçlar getireceğini bildiğinde o işi yapmak için daha hevesli olduğunu savunur. Bunu da, kişilerin olumsuz sonuçlardan kaçınma, olumlu sonuçlara yönelme eğiliminde olmalarına bağlamıştır(106).

Jensen, kalıtsal faktörlerin kişiliğin oluşumundaki önemi üzerinde durmuştur. Ailesel özelliklerin nesilden nesile aktarıldığını ifade etmiştir. İnsanlar arasındaki algısal farkları ve bir uyarana verdikleri tepki sürelerini ölçmüştür. Kişiliğin de bu farklılıklarda kendini gösterdiği sonucuna varmış ve uyaranlara hızlı tepki veren insanların daha zeki olduğunu savunmuştur(109).

Gottesman, şizofreni hastası ikizlerde araştırma yaparak, kişiliğin genetik faktörlerce oluştuğunu belirtmiştir. İkizlerin her ikisi de şizofren olmakta ya da hiç biri olmamaktadır. Tek yumurta ikizlerinde genetik yapı tamamen aynıdır. Bu yüzden, hastalığa sebep olan gende bozukluk olursa, iki kardeş de bundan etkilenmektedir(93). Eric Berne'nin teorisi, kişiliğin üç yönden meydana geldiği görüşü üzerine dayanmaktadır. Bu yönüyle Berne, Freud'un kişilik dilimleri olan id, super ego ve ego gibi kavramlardan oldukça esinlenmişe benzetilmektedir. Berne'in teorisinin üç temel kavramı bulunmakta ve Berne, kişiliğin oluşumuna duygusallıkla yaklaşmaktadır. Bunlardan birincisi kişiliğin ebeveynlik yönü olup buna göre her bireyin birer ana ve babası veya onların yerine

koyduğu kişiler vardır. Birey kendi benliğinde, ana ve babasının benlik durumlarını, zihninde kendi algıladığı biçimde yeniden inşa edip bir anlamda bir ebeveynlik şekillendirmektedir. Bireylerin, başkalarına nasihat etme, yol gösterme, yasaklar koyma, davranışları sınırlama ve düzenleme biçimindeki tavırları, onların içinde taşıdıkları ebeveynlik yönlerinin birer dışa yansımasıdır. Bu durum her insanın doğasında vardır ve bu durumun kişiliğin oluşumundaki katkı ve derecesi her bireyde farklı olarak ortaya çıkmaktadır. İkinci temel kavram, kişiliğin çocukluk yönüdür. Çocukluk kavramının çağrıştırdığı temel izlenimler; çoğunlukla eğlenme ve oyuna düşkün olmak, bencil ve sorumsuz tavırlar, bağımlı ve edilgen davranışlar, sınırsız ve içgüdüsel isteklerle dolu olmak, sadece içinde bulunulan zamanı düşünmek, sınırlı davranış alternatifleriyle hareket etmek, gibi hususlardır. Kişiliğin olgunluk yönü de Berne'nin teorisinin üçüncü temel kavramıdır. Buna göre insan hayatının, çocukluk ile yaşlılık arasındaki dönemine, genel olarak yetişkinlik evresi olarak bakılmaktadır. Yüksek bir sorumluluk ve duyarlılık düzeyi, bağımsız ve aktif davranışlar, istek ve arzuların sosyo-ekonomik şartlara göre sınırlandırılması, çok alternatifli bir davranış zenginliği, çalışma ve başarılı olmaya önem verme gibi konular olgunluğun çağrıştırdığı temel davranış standartlarıdır. Bireylerin, biyolojik ve sosyolojik gelişme çizgilerinde, daha çok orta dönemde baskın bir kişilik yönü olarak ortaya çıkmaktadır(108,110).

Psikanalitik kuramın kurucusu olan Freud, 20. yy'ın ilk yarısında kişilik gelişimi konusunda bir kuram geliştirmiştir. Freud'a göre erişkin dönem kişilik işlevlerinde çocukluk döneminin özellikle ilk beş yılı önemli olup, hayatın erken dönemindeki cinsel dürtüler, psikososyal çatışma gelişiminin şekillenmesini sağlayan başlıca etkidir. Freud, cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel yapının etkisinin de önemini vurgulamış ve psikoseksüel gelişim dönemlerini (oral, anal, fallik, latent, genital) tanımlamıştır(110). Erik H. Erikson da Freud gibi kişilik gelişimini belirli dönemler içinde ele alır. Ancak Erik H. Erikson, bireyin cinsel gelişimi yerine onun sosyal gelişimini temel olarak alır. Bundan dolayı Erik H. Erikson'un kuramı, psikososyal kuram ismini almıştır. Freud'un kişilik gelişimi tanımları, altı yaş civarında yani üst-benliğin ortaya çıktığı dönemde son bulmaktadır. Freud'un kuramına göre yetişkin kişiliğinin temel özellikleri bu dönemlerde son şeklini alır. Oysa Erikson, kişinin yaşamı boyunca kişilik gelişiminin devam ettiğini belirtir(111).

Freud kişiliği parçalara ayırmıştır. Kendi kendisini analiz ederek, iç dünyasını sorgulayarak kişiliği oluşturan öğeleri belirlemiştir. Psikolojik açıdan kendini incelemesi ve psikanalizin temelini atmış olması, babasının ölümünden sonradır. Dış dünyaya yansıyan psikolojik olgunun kendi zihinsel yapısı olduğunu görmüştür. Günümüz modern psikolojinin geldiği noktada Freud önemli bir role sahiptir. Hatta psikanalizin babası ve

modern psikolojinin kurucusu olarak kabul edilmektedir. Freud duyguları ön plana koyarak kişiliği incelemiştir. Kişiliği tanımlarken sevgi kavramını üst sıralara koymuştur. “Kişiliği güdüleyen şey ve bireyin en büyük eksikliği sevgidir” sözü de bu bakış açısını gösterir. Freud’a göre, kişiliği oluşturan ögeler bilinçaltı yönelim, ihtiyaçlara ulaşamama, davranışlarda hislerin etkisi ve davranışlarda tavırların etkisidir. Bunlar da, id (ilkel benlik, alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olarak adlandırılır. İd olarak adlandırdığı ilkel zihin yapısı, insanın en temel yönelimleri ve sevgi dürtülerinin toplandığı, en temel ihtiyaç ve arzuların olduğu seviyedir. Daha genel tabiriyle, id bireyin dürtü ve bilinçsiz davranışlarının kaynağıdır. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde çok net görülür. Acıkan bebek yemek istediği için annesine bu isteğini ağlayarak gösterir. Bu durum, yemek isteğinin, yani en temel ihtiyacının ifade edilişidir. Süper egoyu da, id kavramının zıttı olarak ifade etmiştir. Süper ego, kişinin toplumun bir parçası haline gelmesini sağlayacak ve toplum içinde kabul görececek hareketlerin şekillenmesini sağlayan olgudur. Bu kavramlar için şöyle bir örnek verilebilir: Bir mağaza vitrininde bir giysi gören kişi bunu alma isteği duyar. Bu isteğin kaynağı id’dir. Ancak süper ego, keyfine göre hareket etmek yerine o giysiyi almamaya yönlendirir kişiyi. İşte bu aşamada, ego devreye girer. Freud, ego kavramının id ve süper egonun dengeleyicisi olduğunu ifade eder. İd’in arzularını süper egoya uygun hale getirecek olan egodur. Örnek üzerinden devam edilecek olursa, ego arzu edileni görür ve bir orta yol bularak, id’in isteği hemen yerine getirme yönelimi ile süper egonun hiç olmasın yönlendirmesine karşı, “param yeterli olduğunda bu harcamayı yapabilirim” der. Ego orta yolu bularak, isteklerini gerçekleştirirken toplum içinde kalmayı sağlar. Freud’a göre ego bu dengeyi sağlayamazsa, kişinin zihninde gergin bir ortam oluşur, çekişmeler ve tereddütler başlar(110,112).

Carl Gustav Jung, Freud’un öğrencisiydi. O da Adler gibi hocasının cinsellik ve sevgi dürtülerini fazla abarttığını düşünmüş ve psikanaliz yerine analitik psikolojiyi oluşturmuşlardır(112). Jung önceleri "kompleks psikoloji", sonradan da "analitik psikoloji" olarak adlandırılan ekolün kurucusudur. Jung, özellikle kolektif bilinçaltı kavramıyla sadece psikiyatri alanında değil, sosyoloji alanında da yankılar uyandıracak bir teori ortaya öne sürmüştür. Jung’a göre, bilinçdışı ve benlik kişiliğin en önemli kısmıdır. Jung’a göre bilinçaltı, kişisel ve kolektif bilinçaltından oluşmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişisel bilinçaltı, bireyin kişisel dürtü ve düşüncelerinin birikimiyle oluşurken, kolektif bilinçaltını inançlara dayalı duygu ve düşünce eğilimleri, içgüdüsel dürtüler, ilkel korkular ve ırk yaşantıları meydana getirmektedir (108). Jung, ifade ettiği ırk kavramı ile nesilden nesile genetik aktarım yoluyla ortak özellikler görüldüğünü anlatmıştır(106). İnsan doğarken belirli düşünme, algılama, hissetme ve davranış eğilimleri ile birlikte dünyaya gelmektedir. Ayrıca, Jung'a göre, bir topluma ait bütün kültürel özellikler, örneğin dini inanç, örf ve

âdetler de bu şekilde insanları etkilemektedir(108). Kişinin davranış şekli, o kişinin geçmişinde edindiği tecrübelerin etkisiyledir ancak davranış ile alakalı kararlar geleceğe yönelik verilir(106).

Adler, Jung'un fikirlerini kendi bulgularıyla tamamlar. Adler başlangıçta Freud'ün geliştirdiği psikanaliz ekolüne mensup olmakla beraber, özellikle libido teorisini reddederek, "bireysel psikoloji" akımını geliştirmiştir. Freud'ün psikoloji alanında kullandığı veriler biyolojik kökenlidir(108). Adler'e göre, kişinin kendini güçlü kılacak ve bunu çevreye gösterecek davranışları gösterme eğilimi, davranışlarının altında yatan asıl sebeptir. Kişi kendini yeterince güçlü hissetmezse, sosyal çevresinde aşağılık kompleksine girer ve bu kompleksi telafi etmek için güçlü olduğunu düşündüğü başka alanlara yönelir(110). Adler kuramına bireysel psikoloji adını vermiştir, çünkü Adler her bireyin kendine özgü, tek, öz tutarlılığı olan ve bölünmez olduğuna inanmaktadır. Bireysel psikoloji insanın sosyal davranışlarına vurgu yapmakta ve bireyin kişiler arası ilişkilerde gösterdiği tepkilere öncelik vermektedir. Adler Freud'tan farklı olarak, bireyi dürtü, içgüdü ve çocukluk yaşantılarının bir kurbanı olarak görmemektedir. Adler'e göre, insan yaratıcı bir varlık olup kendi kişiliğini kendi oluşturmaktadır. Ona göre kişilik bireyin kendine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların bir ürünüdür(108).

Carlson ve Heth' e göre Karen Horney Freud'un etkisinde kalmakla birlikte kişiliği tanımlarken endişe ve korkuya ağırlık vermiştir. Horney kişilerin korku ve endişelerinden kurtulmaya çalıştıklarını ifade etmiştir. Bu çaba, en genel şekliyle, insanlara karşı sevgi ve yakınlık hissetmek, kendini soyutlamak ve insanlarla mücadeleye girerek onlara güçlü olduğunu göstermektir(113).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu kişilik kuramı, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutunu (Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir(114).

Bu tanımlamalardan sonra kişiliği şu şekilde özetleyebiliriz:

- Bir takım parçalardan oluşmayıp, bir bünnyeye sahiptir.
- Statik bir yapının aksine aktif ve süreçleri olan bir olgudur.
- Psikolojik bir kavram olmasına karşın fiziksel bedenle de bütünleşiktir.
- Bireylerin dünya ile ilişkilerini şekillendirmektedir.

- Davranış, düşünce ve duygu gibi birçok şekilde sergilenebilen bir olgudur(115).

2.2.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler

Kişilik, belirli bir zaman kesiti içerisindeki davranış şekli değil; mevcut zamanı ile birlikte geçmiş ve geleceğin oluşturduğu bir bütün olarak açıklanmaktadır. Psikolojideki bazı yaklaşımlarda kişilik gelişiminin önemli ölçüde ergenlik dönemi sonunda tamamlandığı belirtilmekle beraber gelişimin hayatın ilerleyen dönemlerinde devam etmesi ve bazı değişikliklerin ortaya çıkması olasıdır. Kişiliğin yetişkinlik döneminde aynı kalması ya da değişmesi düşünülemez(115). İnsan gelişimi fiziksel, zihinsel, sosyal ve ahlak gelişimi gibi çeşitli temel boyutlardan oluşan karmaşık bir süreçtir ve her bir boyut arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Gelişimin bazı yönleri kalıttan bazı yönleri de çevreden etkilenirken, birçok yönü ise her ikisinden de etkilenmektedir. Kısacası kişilik gelişiminde, doğuştan gelen genlerle çevresel etmenler etkili olmaktadır(113).

Kişilik, doğumla başlamakta ve ölümle sona ermektedir insan davranışlarını bu süreçte etkileyen her faktör, bir kişilik faktörüdür. Bu açıdan ele alındığında kişilik, soyut davranış algıları ile somut davranışlar arasında bir araç gibidir. Her soyut davranış algısı, bireylerin kişilik süzgecinden geçerek fiilî davranışa dönüşmektedir. Bu bakımdan kişiliğin oluşmasına etki eden faktörlerin anlaşılması büyük önem taşımaktadır(115).

Kişiliği belirleyen bir başka etken sosyo-kültürel faktörlerdir. Kişi dünyaya geldiği andan itibaren bir parçası olduğu ailesinden, ulusu ve uygarlığına kadar uzanan toplumsal çevresinden etkilenir. Çocuğun içinde yaşadığı toplumun üyesi durumuna gelmesine “toplumsallaşma” süreci denir. İnsan bu süreçte, bir taraftan uyum içinde yaşamak için toplumsal kuralları benimser ve diğer bireylere benzer, diğer taraftan da doğuştan gelen genetik faktörlerin etkisiyle kendisini diğer kişilerden farklı kılan kişilik özelliklerini edinir ve geliştirir. Bu açıdan her birey belirli bir kültürel oluşum içinde yaşar ve bu yapıdan yaşamı boyunca etkilenir. Bireyin hedef ve ilgileri bu kültürel ortamda şekillenir(113). Bu sayede, her birey, insana özgü kalıtımın yanı sıra, kendi soyuna ve ailesine ait bazı kalıtsal özellikleri de taşımaktadır(116).

Kişiliği belirleyen bir diğer faktör de ailedir. Normal şartlarda, insanların karşılaştığı ilk sosyal ortam ailedir. Bu açıdan, kişilerin sosyo-kültürel değerleri ilk olarak öğrenmeye başladıkları alandır. O halde, anne-baba, toplumsallaşma sürecinin ilk kaynağı ve ilk modelleridir(117).

Kişilik gelişiminde çevre, kişiliğin ileride alacağı şekli belirleyen çok önemli bir etkidir. Davranışçı okula üye psikologlara göre insan tabiatı esnek, yumuşak olup bulunduğu çevreye göre şekil alır(118). Kişi, içinde bulunduğu sosyal sınıfın belirli

kalıpları içinde eğitim hayatını sürdürecektir, o imkanlar dahilinde başarıya ulaşacak ve meslek sahibi olacaktır. Bu süreç içinde de bulunduğu konumun ve sosyal çevresinin gereği davranış şekilleri geliştirecek, kararlar alacaktır.

Kişiliği oluşturan çok sayıda faktör vardır. Görüş ayrılıkları olmasına rağmen faktörler en genel haliyle aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

2.2.2.1. Kalıtım ve Bedensel Faktörler:

Kişilerin bedensel ve zihinsel yapıları ile kişilik yapılarının eylemsel yönü arasında önemli bir ilişki mevcuttur. Kuramcılardan bazıları, söz konusu bireyin cinsiyet, beden yapısı, yaş gibi fiziksel özelliklerinin, kişiliğiyle ilişkili olduğunu ifade eder(119). Kişiliğin, bazı psikolojik, zihinsel ve bedensel yönleri kalıtımla aktarılmaktadır. İnsanın kişilik gelişimini etkileyen göz rengi, saç rengi, ten rengi, boy, iskelet, ağırlık gibi fiziksel özellikleri ve zekâ durumu, dayanaklılık, duygusallık, heyecanlılık, karşı koyma ve direnme gibi duygusal ve zihinsel özelliklerde kalıtımın payı oldukça yüksektir(118).

2.2.2.2. Sosyo-kültürel Faktörler

Sosyo-kültürel etkenler kişiliği belirleyen faktörlerden biridir. Birey kendi ailesinden, ait olduğu toplumsal grup, millet ve uygarlığa kadar bir çevrenin etkisindedir. Kişinin içinde yaşadığı ve bulunduğu grubun veya topluluğun üyesi haline gelmesine "toplumsallaşma" süreci denilmektedir (116). Toplumsallaşma sürecinde insan, bir yandan uyum içinde yaşamak amacı ile toplumsal kuralları benimseyerek öteki bireylerle benzeşirken, diğer yandan doğuştan getirdiği özelliklerle de diğer insanlardan ayrılmaktadır. Başka bir ifadeyle anlatılacak olursa, birey belirli bir kültürel yapı içinde yaşamakta ve bu yapı bireyi yaşamı boyunca etkilemektedir. Bireyin ilgileri ve idealleri bu kültürel ortamda şekillenmektedir(113,117). İnsan, hem kalıtımın hem de çevrenin ortak eseridir. Birey, kalıtım ve çevre koşulları arasındaki karşılıklı etkileşimle olgunlaşarak belirli bir kişilik özelliğini kazanmaktadır.

2.2.2.3. Aile Faktörü

Kişiliği belirleyen faktörlerin içerisinde aile de yer almaktadır. İnsanların tanıştığı ilk ve temel sosyal grup normal şartlar altında ailedir. Bu açıdan, sosyo-kültürel değerlerin öğrenildiği ilk yer de aile ortamıdır. Bu durumda, toplumsallaşmanın ilk kaynağı ve ilk modelleri olarak ana- babayı ifade etmek mümkündür(113). Kişiliğin oluşmasında, bireyin içinde doğup büyüdüğü ev ve aile ortamlarının etkileri çok çeşitlidir. Bireyler aile fertlerinin birçok kişilik özelliklerini, ahlaki ve kültürel standartlarını taklit ederek öğrenmektedir. Bunlardan başka, aile içindeki bazı ilişkilerin derecesi, yönü, seviyesi ve çeşidi de kişilik oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Anne ile babanın kendi

aralarında ve çocukla olan sosyal ilişkileri, insan kişiliğinin esas çevresinin oluşmaya başladığı 5-6 yaşları ve sonrasında aile ortamı içinde geçmesinden dolayı ayrı bir önem kazandırmaktadır(106,108).

Çocukların nasıl bir kişiliğe sahip olacağının belirlenmesinde anne babaların çocuk yetiştirme tutumları önemli bir yere sahiptir. Pek çok araştırmacı; kişinin yaşamındaki en önemli kişilerin annesi ve babası olduğunu, anne ve baba ile iyi bir ilişkinin genç ve erişkin ruh sağlığında belirleyici rol oynadığını belirtmiştir(117,120). Görüldüğü gibi, istemli ya da istemsiz, çocuğun zihinsel gelişiminin ilk başlarından itibaren yanında olan aile, kişiliği şekillendirecek en büyük faktördür(113).

2.2.2.4. Sosyal Yapı ve Sosyal Sınıf Faktörleri

Aile gibi önemli bir unsurun yanında, kişiliğinin oluşumunda, çevresindeki kişiler, bulunduğu grup ve örgütler de önemli etkilere sahiptir. Sosyalleşme süreci olarak tanımlanan bu süreçte kazanılan tecrübeler sonucu şekillenen karakter yapısı, kişinin tüm hayatını etkileyecek durumdadır. Kişi, örgütsel davranışı şeklini öğrenmiş olur. Sosyalleşme, çalışan kişilerin davranışlarını en iyi algılama yöntemlerinden olabilir. Schein, örgütlerin sosyal sistemler olduğu gerçeğini temel alarak, yönetsel bilgi ve başarının örgüt etrafındaki güçte odaklandığını söylemiştir. Örgütlerde sosyalleşme yöntemlerinin kullanılması, koyulan hedeflere ulaşmayı sağlar. Sosyalleşme, örgüt içinde yenilerin uyum sağlamasını kolaylaştıran bir faktördür. Sosyalleşme süreci anneden başlar ve gittikçe genişleyen bir yelpazede insanlarla devam ederek kişinin değerleri, davranış kalıpları ve normları öğrenmesini sağlar. Çalışan bireylerin örgüt bazında sosyalleşme karakteristikleri beş farklı konseptte incelenebilir: “Bireyler arasında sosyalleşmenin devamlılığı, karşılıklı etkileşimler, hareket ve değer farklılıkları, kişiler arasındaki tutum, yeni elemanlar ve onların yeni patronlarıyla girdikleri karşılıklı diyaloglar ve sosyalleşmeye başlanan ilk zamandaki ciddiyet ve yeni işe giren bireyin hâlihazırda olan çalışma gruplarına ve onların kurallarına uyum sağlaması” (106).

2.2.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler

Kişiliğin oluşmasında, bireyin doğup büyüdüğü coğrafi çevrenin de etkisi bulunmaktadır. Bireylerin kişilik özellikleri üzerinde, coğrafi çevre içerisindeki tabiatın, iklimin ve yaşanan bölgenin fiziki şartlarının belirgin etkileri bulunmaktadır. Coğrafi ve fiziki çevrenin doğrudan etkileri yanında belki de daha fazla dolaylı etkileri mevcuttur. Çünkü bireylerin kişilik oluşumunda etkili diğer faktörler üzerinde, özellikle de o toplumun kültürü ve antropolojik yapısı üzerinde, coğrafyanın etkileri olduğu bilinmektedir(108).

Toplumların yerleştikleri coğrafi konumu, denizden yükseltisi, dolaylı olsa da insanların kişilik yapısında etkili olmaktadır. Ilıman iklimli ülkelerde mevsimler çok sık değiştiğinden, insanların ihtiyaçları, görevleri ve faaliyet çeşitleri de değişim göstermektedir. Mevsimlerin değişmesi, insanların birçok özelliklerinde ve davranışlarında değişikliğe neden olmaktadır. Bu durum ise insanları harekete geçirerek, bir anlamda ilerlemeyi teşvik etmektedir. Sürekli soğuk ya da sürekli sıcak olan yerlerde fazla bir dinamizm ve hareketlilik pek gözlenmemektedir. Bundan dolayı, mevsimleri güçlü değişim gösteren ülkelerde yüksek kültürler doğmuştur(121). Sonuçta, coğrafi ve fiziki mekan toplum kültürü aracılığıyla kişilerin kişilik özelliklerine etkide bulunmaktadır. Fakat belirli bir coğrafyada yaşayan bireylerin davranış kalıplarındaki ve kişisel özelliklerindeki farklılıkların, o coğrafyada yaşamaktan ziyade o yörede nesiller boyunca oluşmuş ve daha sonraki gruplara yansımış davranışsal özellikler olabileceği de belirtilmektedir(108).

2.2.2.6. Diğer Faktörler

Kişiliğin oluşumunda çok önemli bir rol oynayan diğer önemli faktörler de kitle iletişim araçlarıdır. Kitle iletişim araçları gazete, dergi, video, radyo ve televizyon gibi belirli bir teknoloji kullanımıyla günümüzde kişilerin yaygın olarak yararlandıkları ve çok sayıda kişiye, bazı mesajların ulaştırılması esasına dayanan birer eğlence, eğitim ve kültür aracıdır(108).

2.3. ENNEAGRAM

Kişilik, karakter ve mizaç kavramları, bireyler arası farklılıkları konu alan birçok disiplin tarafından ele alınmaktadır. Birbiriyle ilişkili ancak farklı olan bu kavramlar, sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır(122).

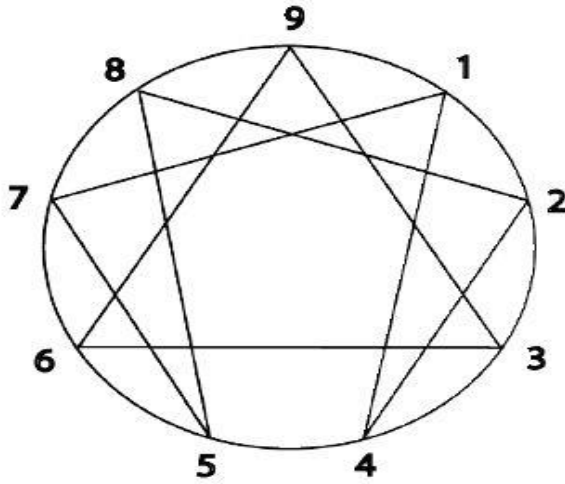
Mizaç ve kişilik özelliklerinin bilimsel yöntemlerle incelenmesi, Allport'un psikolojide ayırıcı özellik (trait) kavramını kullanmasıyla başlamıştır. Ayırıcı özellik, zaman içinde durağanlık gösteren, farklı durumlar içinde aynı tarzda davranma eğilimini ifade etmektedir(122). Günümüzde ayırıcı özellikler kategorik ya da boyutsal olmak üzere iki farklı yaklaşımla değerlendirilmektedir(107). Kategorik yaklaşım, ayırıcı özellikleri var ya da yok şeklinde değerlendirmekte ve temelde benzer özelliklere sahip bireylerin aynı grupta sınıflandırılabilmesini öne sürmektedir. Aynı zamanda kaç insan tipi olduğunu ve bireylerin hangi tipe ait olduğunu belirlemektedir. Boyutsal yaklaşım ise, bireylerin belirli bir ayırıcı özelliğe ne derece sahip olduğunu ve iki uçtan hangisine daha yakın olduğunu belirlemektedir. Mizaç ve kişiliğe boyutsal yaklaşan güncel modeller; Costa ve McCrae'nin Beş Faktör Kişilik Modeli (BFM) (1990) ve Cloninger'ın yedi faktörlü Psikobiyolojik

Kişilik Modeli (PKM) (1993)'dir. Kategorik modeller arasında ise Akiskal'ın beş kategoriden oluşan Afektif Mizaç Modeli (AMM) (1987;1998) öne çıkmaktadır(122,123).

Bu modellerin dışında, insanların kategorik olarak dokuz farklı kişilik tipine ayrıldığını öne süren, benliğin mekanizmalarının çözümlenmesi ve anlaşılmasında kullanılan geleneksel bir sistem olan Enneagram, tutarlı ve bütüncül bir kişilik modeli olmaya adaydır (Palmer, 1991). İki bin beş yüz yıl öncesine dayandığı düşünülen eski bir kişilik sınıflandırma yöntemi olan enneagram hakkında çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür. Sözel aktarımla bugüne ulaştığı bilinen Enneagram, 20.y.y.'ın yüzyılın ikinci yarısında İchazo ve psikiyatr Naranjo'nun katkılarıyla bir kişilik tip modeline dönüşmüştür (Riso, 2003)(122,124).

2.3.1. Dokuz Kişilik Tipi

Kelime olarak enneagram, Yunanca dokuz anlamına gelen enne ve kişilik anlamına gelen gram kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu sistem, farklı 9 kişilik türü ve aralarındaki karmaşık ilişkileri açıklar. Ayrıca bireylerin psikolojik açıdan son derece sağlıklı, ortalama ve sağlıksız durumlarda kişilik yapısı değişimlerini tutarlı bir biçimde açıklar. Böylece birbirinden farklı mizaç özellikleri ortaya çıkarılır. Sistemdeki 9 mizacın bir çember üzerinde sıralandığını düşünürsek, her bir mizacın öncesinde ve sonrasında gelen mizaç o mizacın kanat mizacı görevindedir(125).



Şekil 1: Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi

1 Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi- Reformcu

2 Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever

3 Numaralı Kişilik Tipi: Başaran- Motivatör

4 Numaralı Kişilik Tipi: Traji- Romantik (Özgün)

5 Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci

6 Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan

7 Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyif - Rahatına Düşkün

8 Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

9 Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı (112).

2.3.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu Tip

Bu tipte bireyler sosyal yaşantılarında son derece prensipli ve ilke sahibi kişilerdir(124). Mükemmeliyetçi bir yapıya sahiptirler. Bu yapıları hayatlarındaki her şeyi eksiksiz olması adına daima doğru, adil ve mantık çerçevesinde yapmaya meyillidir. Son derece sorumluluk sahibi olduklarından, kendilerine verilen görevleri ne pahasına olursa olsun yerine getirmeye çalışırlar ve bu esnada yapılan en ufak bir hatada bile kendilerini eleştirirler(124,126). Ahlak konusunda çok hassastırlar. Kendilerine göre uyulması gereken kurallara herkesin uymasını beklerler. Her şeyin en doğrusunu bildiklerine inanırlar. Bu nedenle onayladıkları şeylerin herkes tarafından kabul edilmesini, onaylamadıklarının ise herkes tarafından reddedilmesini beklerler. Aksi takdirde insanlarla sorun yaşayabilirler. Taraftarı oldukları davalarda nerede duracağını bilir ve taraflarını coşkuyla savunurlar. Mantık bu tip kişiler için ön plandadır. Genel olarak her şey ya siyah ya beyaz, ya doğru ya yanlış, ya iyi ya kötüdür(124). Tahammülleri az olduğu için, gerçekçi ve objektif kararlar alma şansları azalabilir(127).

Dokuz kanadına sahip birler etraflarına karşı daha soğuk ve ciddidirler. Hata yapmamak ve eleştirilmemek için çok büyük bir çaba sarf ederler. Öfkelerini pek yansıtmazlar ki bu da onları daha sakın fakat inatçı yapar(128).

İki kanadına sahip birlerde ise, durum çok farklıdır. Bu tip insanlar son derece sıcakkanlı ve yardımseverdirler. İlişkilerinde mantık ve doğruluğun yanında duygusallık da önemlidir onlar için. Öfkelerini dışarıya gösterme konusunda da daha başarılıdırlar(128).

2.3.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever Kişilik Tipi

Bu tip insanlar, iyimser ve yardım severdirler. Almaktan çok vericidirler. Son derece fedakâr ve yardımsever olan bu kişiler, empati yetenekleri sayesinde, karşılarındaki kişinin eksiklerini ve isteklerini çok iyi anlayıp, başarılı olmaları ve kendilerini iyi hissetmeleri için gerekli olanı vermeye çalışırlar. Bu hassasiyeti karşı taraftan da bekledikleri için, karşılık alamadıkları zaman çok kırılırlar ve motivasyonları azalır. Duygusal kişilik yapısına sahip olup mantık- duygu çatışması varsa her zaman duygunun lehine davranırlar. Yeni insanlarla tanışma ve ilişki kurma konularında asla sıkıntı çekmezler. Dikkat çekip insanların sevgisini kazanmayı çok önemserler. Karşı tarafı kırmaktan çok korktukları için asla hayır diyemezler(126,128). Bu kadar sevecen ve fedakâr oldukları halde kızdıkları zaman çok kırıcı olabilirler. Ancak kırgınlıkları uzun

sürmez. İnsanlar için vazgeçilmez olduklarını düşünüp yaptıkları iyilikleri abartabilirler. İnsanlardaki duygusal değişimleri çok çabuk anlayabilmeleri nedeniyle anlayışlı ve cana yakın olarak bilinirler(124).

Bir kanadına sahip ikiler duyguları konusunda çok iyi kontrol sağlarlar. Sorumluluk prensipleri de sevgi ve duygusallığın yanında çok önemlidir. Mantık – duygu çatışmasında çok fazla kararsızlıklar yaşarlar(128).

Üç kanadına sahip ikiler ise çoğunlukla dış görünüşlerine çok fazla önem verirler. Başkaları tarafından sevilmeyi çok önemsedikleri gibi, bunu iyi bir dış görünüşle çok daha kolay yapabileceğine inanırlar. İlişkilerinde genel olarak baskın olan bu kişiler, duygularını gizleme konusunda biraz daha başarılılardır. Üç kanadının etkisi bu insanların karşı tarafın kendileri hakkındaki düşüncelerini çok fazla önemsemelerine neden olur(128).

2.3.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör

Bu mizaç tipindeki kişiler statü kazanmak, başarmak ve onaylanmak için çok çalışırlar. Amaçları, hangi alanda olurlarsa olsunlar, en iyisi olmaktır. En iyi eş, en iyi anne veya baba, iş yerinde en iyi çalışan olmak isterler(126,128).

Çoğunlukla dış görünüşüne çok fazla önem veren ve başkalarını bu şekilde etkileyebileceklerine inanan insanlardır. İyi göründüklerine inandıkları için, özgüvenleri fazlasıyla yüksektir. Bu insanlar kendilerine hayran olunmasını istedikleri için çok çaba sarf ederler(124).

Karşı tarafın kendi görüntüleri konusunda düşünce ve tutumlarını çok önemsedikleri için buna çok dikkat ederler. Diğer insanlara göre daha hırslıdırlar. Yarışmayı severler ve yüksek hedeflere sahiptirler. Bu hedeflere ulaşmak için çok uğraşmaktan çekinmez ve yılmazlar. Prestijli bir yaşam istekleri onlarda heyecan uyandırır ve bu amaç için çalışırlar. Hedeflerine kilitlenir ve bütün dikkatlerini buna verirler. Yenilgiden hiç hoşlanmazlar ve hırslı kişilikleri onların yenme isteklerini daha da körükler. Potansiyellerini verimli bir şekilde kullanamadıklarını fark ettikleri zaman çok rahatsız olurlar. Sosyal çevreye çok rahat uyum sağlayan gayet dışa dönük kişiliklere sahiptirler. Bir ortamda kimlerle nasıl konuşacaklarını çok iyi bilir ve buna göre davranırlar. Bulundukları ortamın en dikkat çekici ve etkileyici öğelerini çok kısa süre içinde kendilerine uygulamakta çok başarılılardır. Bu onları her zaman bulundukları ortamın en dikkat çekici ve popüler kişisi haline getirir. Olumsuz duygulardan pek etkilemezler. Genel olarak her şeye çok olumlu yaklaşan kişilerdir. Bir olumsuzluğun kendi morallerini bozmasına izin vermezler ve çevrelerindeki insanları da motive edebilirler(125,126,128).

İki kanadına sahip üçler daha dışa dönük ve sosyal insanlar olabilirler. Dikkat çekici ve popüler olmak için her şeyi yaparlar üstelik bir süre sonra gerçekten de

bulundukları ortamın en popüler insanı haline dönüşürler. Biraz daha kırılgan hale gelirler. Daha kolay alınabilir ve daha hırçın davranışlar sergileyebilirler. Çünkü ikinin etkisinden dolayı pek duygularını gizleyemezler(128).

Dört kanadına sahip üçler çok daha duyarlı ve içe dönük bir kişiliğe sahip olurlar. Ama bu durgunluk başkaları tarafından onaylanma gereği duymadan özgüven sahibi olmalarını sağlar. Çoğunlukla başkalarını dış görünüşleri ile değil, entelektüel yönleriyle veya başarılarıyla etkileme isteği duyarlar. Dördün getirdiği sanatsal yön ile popüler kültürden ziyade daha özgün şeyler daha çok ilgilerini çeker(128).

2.3.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik Tip

Bu tip insanlar, duygusal yönden son derece kuvvetli ancak fiziksel ve zihinsel yönden biraz vasat insanlardır. Buradaki vasatlık kapasite eksikliğinden değil, kendilerini geri çekmelerinden kaynaklanır. Nerdeyse her işlerinde duygularıyla hareket ederler. Duygularını kontrol edebilirlerse çok başarılı olurlar(124). Genelde çok kibar ve duygusaldırlar. Çok zengin bir hayal dünyaları vardır. Bu sayede de sanatsal yönleri çok büyüktür, tutkuludurlar. Özgünlük de onlar için çok önemli olduğundan normalin dışında kalan şeyler ilgilerini çok çeker. Sosyal hayatlarında samimiyete de çok önem verirler, etraflarındaki insanlara çok içten davranırlar. Karşı tarafta etkileyici görünmek gibi bir çabaları olmadığı için farklı görünmeye çalışmazlar ve içlerinden geldiği gibi davranırlar. Küçük ayrıntılara çok dikkat ettikleri için, duyguları çok yoğun ve derinden hissederek. Tahammül edemedikleri şey yüzeysellik ve sıradanlıktır. Bazen sosyal ilişkilerinde fazlasıyla dışa dönük olabilseler de genelde kendi içlerine dönerek kendi başlarına duygularını yaşamayı daha çok severler. Kalabalıkta uzun süre kalmaktan hoşlanmazlar. Duygularında çok fazla iniş çıkışlar ve ani değişimler onları benzersiz ve otantik kılar ancak, çok da yıpratır. Çok kolay incinen duygusal yapılarına rağmen bunu karşı tarafa kendileri belli etmeyi istemezler, kendiliğinden farkedilsin isterler. Kendi içlerinde sürekli hissettikleri boşluk duygusunu doldurmak için daha derin duygular yaşarlar. Her yaşadıkları iyi veya kötü farketmeksizin, gizli hazineleriymiş gibi hissederek. Bu da bazen sanatsal yönden yaratıcılık sebebi olsa da çoğunlukla melankolik bir hava içinde olmalarına sebep olur(125,126,128).

Üç kanadına sahip dörtler sosyal ilişkilerinde daha dışa dönük ve aktif bir görünüme sahiptirler. Duygularını başkalarına belli etmeme konusunda çok daha başarılıdırlar. Çevreleri tarafından nasıl göründüklerini, haklarında neler düşünüldüğünü daha çok önemsedikleri için hayatlarını buna göre şekillendirirler(128).

Beş kanadına sahip dörtler ise çok daha içe dönük ve sessiz olmayı tercih ederler. İlişkilerinde çok duygusal olsalar da mantık çerçevesinin çok da dışına çıkmak istemezler.

Düşünerek zamanlarının çok büyük bir kısmını geçirebilen bu tip kişiler, kendilerini anlamayacağını düşündükleri kişilere pek sıcak davranmazlar. Çok farklı ve yaratıcı kişiliklere sahip olsalar da, sosyal ortamlarda gözlem yapmayı, ilişki kurmaya tercih ederler(128).

2.3.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı

Bu mizaçtaki kişiler genelde sosyal hayatlarında biraz mesafeli ve soğuk olurlar. Sosyal ilişkiler kurmaktansa tek başlarına olup düşünmek onları daha çok mutlu eder. İnsanlarla fiziksel anlamda da temas halinde olmaktan hoşlanmazlar. Duygusal kişiler değildirler. Olaylara karşı çok gerçekçi ve mantıklı yaklaşımlarda bulunurlar. Gözlem ve analiz yetenekleri çok gelişmiştir, biraz da meraklıdırlar. Merak ettikleri şeyi bütün ayrıntılarıyla bilmek isterler. Daima neden-sonuç ilişkisini sorgular ve etraflarında olup biten her şeyi objektif bir biçimde irdelleyebilirler. Mükemmel düzeyde karar verme becerileri olan yaratıcı entelektüellerdirler. Bir konuya odaklanırlarsa saatlerce bıkmadan, ara vermeden o konuyla ilgilenebilirler; konsantrasyonları çok iyidir. Genelde çevrelerindeki insanlardan daha fazla bilgi sahibi olsalar da, başkalarının bunları anlamayacağını düşündükleri için paylaşımda bulunmak istemezler. Kendi başlarına kalıp düşünecek ve olayları değerlendirecek zaman bulamadıkları zaman tükenmiş ve gergin hissederler. Teorik bilgi birikimleri çok iyi ancak pratik anlamda pek yetenekli olmayabilirler(125,126,128). Sosyal alanlardan çok bireysel alanlarda daha iyiler. Uzun süre kendi başlarına çalışabilirler. Özel hayatlarına müdahaleden çok rahatsız olurlar. Genel anlamda beşler, gösteriştten uzak, sade, sır saklayan, güvenilir kişilerdir(124).

Dört kanadına sahip beşler daha içe dönük olup başkalarıyla daha az iletişim halinde olmak isterler. Bu kanadın etkisiyle dostluklara biraz daha fazla kıymet veren kişiler karşı tarafın hislerini anlamaya çalışmaya daha yatkın olabilirler(128).

Altı kanadına sahip beşler sorumluluk sahibi ve çalışkandırlar. Aynı zamanda çabuk kaygılanan bu kişiler genelde daha aykırı kişiliklere sahip olurlar(128).

2.3.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan Tip

Bu tip kişiler genelde işlerini çok iyi hesaplarlar. Bir durum için bütün olasılıkları hesaplayarak olabilecek en kötü sonuçlar için bile önlem arayışında olurlar. Çevreleriyle iyi bir uyum içinde olmayı seven, meraklı ve gözlemci kişiliklerdir. Şahsi yaşantılarında çok titiz ve düzenlidirler. Etraflarında sürekli güven duygusunu hissetmek ve bunu oluşturmak isterler. Çok kaygılıdırlar ve güvensizlik duyguları fazladır. Her an tetikte gibidirler bu nedenle karşı taraf yeterince dikkatli değilse, güvenlerini çok kolay kaybederler. Ancak tekrar güven ortamı sağlandıktan sonra yakın çevresine büyük

fedakarlıklar yapabilecek kadar bağlanırlar. Sadece etraflarına değil, kendilerine olan güvenlerini de çok rahat kaybedebildikleri için daima güvenebilecekleri ve kendilerine de güven verebilecekleri kişilere ihtiyaç duyarlar(125,126,128).

Duygusal yönden başkalarına bağımlı olmalarına rağmen bunu gizlerler. İnsanlara yakın olmak isterler ama buna uygun olup olmadıklarını anlamak için öncelikle onları test ederler(124).

Beş kanadına sahip altılar kişiler çevreleriyle mesafeli ilişkiler kurarlar. Çünkü çevrelerini iyice gözlemleyip buna göre davranışlarını belirlemesi gerekir. Beşin verdiği entelektüelliğin yanı sıra, gerçekçilik ve şüphecilik de beraberinde gelir(128).

Yedi kanadına sahip beşler beş kanadına sahip olanlara göre daha dışa dönük olurlar. Dış ortamlara karşı çok rahattırlar ve altının aksine oldukça gamsızdırlar. Aykırı düşüncelerini rahatça ifade edebilecek cesarete sahiptirler ve özgüvenleri çok daha yüksektir. Titizlik konusunda da daha rahat davranabilirler(125).

2.3.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyif-Rahatına Düşkün

Bu tipteki insanlar için en önemli şeylerden biri, hayattan zevk alabilmektir. Kişilikleri çok neşeli ve renkli olup çok maceraperesttirler. Dışa dönük insanlar olup bulundukları ortamlara neşe saçarlar. Çevreleri ile uyumları iyidir. Her zaman aynı şeyi yapmaktan çok sıkılırlar. Sıkıntı veya acı çektirmeye sebep olabilecek durumlardan çoğunlukla uzak dururlar ve her zaman iyimser bir bakış açıları vardır. Bir konuda yanlış giden bir şeyler varsa pratik çözümler bulabilirler çünkü bu olayların morallerini bozmalarına izin vermek istemezler. Çok yönlülükleri nedeniyle yeniliklere daima açıktırlar, keşfetmeye odaklıdırlar. Yeni tecrübeler, yeni fikirler, yeni kişiler onlara keyif verir. Teorik bilgiden ziyade pratik bilgiler ilgilerini çektiği için bir şeyleri okuyarak değil daha çok verim alabildikleri şekilde bizzat tecrübe ederek öğrenme yolunu tercih ederler. Çalışma hayatlarında yaratıcı olabilirler, yeni fikir oluşumları ve kuramlar konusunda başarılıdırlar(125,126,128). Ben merkezlidirler. İsteklerini elde etme adına sorumsuz, kırıncı, kaba ve duyarsız olabilirler. Kolayca kontrolden çıkabilecek yapıları vardır. Bu da onların bağımlı, zorlayıcı, manik-depresif duygu durum bozukluklarına yatkınlıklarına sebep olur. Sıkıntıya hiç tahammülleri yoktur(124).

Kendilerine sınırlar koyulmasından pek hoşlanmadıkları için disiplin içinde rahatça yaşayamazlar. Genellikle dağınık ve düzensizlerdir. Belli bir konuya rahatça odaklanabilirler. Doyumsuz değillerdir ama eğer bir konuya olan ilgileri artık kaybolmuşsa hemen yeni bir konu bulmaya çalışırlar. Kalkıştıkları bir iş için olumsuzluk ihtimallerini pek göz önünde tutmazlar, iyimser olmayı tercih ederler(127,128).

Altı kanadına sahip yediler sorumluluklarını fazlasıyla önemseyen ve güven konusu hayatında büyük yer edinmiş insanlardır. Kontrollü olmayı severler ve başlayacakları bir işe çok daha ayrıntılı düşünerek başlarlar. Hissettikleri kaygı nedeniyle, risk alacakları zaman çok daha fazla düşünürler. Her ne kadar, içlerinden geldiği gibi davranmak ve özgür olmak isteseler de altı kanadı bunu bastırabilir. Bu da, çevrenin olumsuz düşüncelerinden etkilenme nedeniyle, bireyin kendi kendini sınırlandırması nedeniyledir(128).

Sekiz kanadına sahip yediler keyiflerine daha düşkün ve konuşkan olurlar. Fazlasıyla dışa dönük ve arkadaş canlısı olurlar. Ne olursa olsun, düşündükleri şeyi yapmak isterler. İstek ve talepleri konusunda fazlasıyla ısrarcı olabilirler. Çok hızlı karar veren pratik insanlardır. Bu kanadın etkisi nedeniyle, insanlar biraz daha baskın karakterli olur ve kontrol etmekte zorlandıkları öfkeleri, tartışmalarda daha da artar. Risk almaktan da asla çekinmezler(125).

2.3.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

Bu mizaca sahip kişiler, genellikle sosyal hayatlarında otoriter olmayı seven ve başarılı insanlardır. Öz güvenleri çok yüksektir. Bu öz güvenin altında yüksek fiziksel kapasitelerine olan güvenleri vardır. Çevrelerindeki insanları sahiplenen bir tavır içindedirler. Layık olduğunu düşündükleri bir durum için özveriyle bir şekilde yorulmadan bütün güçleriyle çabalarlar. Çok cesur ve kararlıdır. Geride kalmaktan asla hoşlanmayan lider ruhlu kişilerdir. Başkaları üzerinde hükmederek ortaya çıkmaktan hoşlanırlar. Bu sahiplenici yapıları etrafındaki insanlara sınır koymalarını doğurur. Bundan çok hoşlanırlar fakat çevreleri kendilerini sınırlandırmaya kalkarsa buna asla tahammül edemezler. Aynı şekilde emir vermeyi çok seven ama emir almaktan asla hoşlanmayan kişilerdir. Bu mutlak güç arzusu nedeniyle, çevrelerine karşı fiziksel şiddet uygulama eğilimi içinde olurlar. Bu sahip oldukları güç ile, çok büyük şeyler de başarabildikleri gibi, son derece yıkıcı da olabilirler. Çevreleriyle ilişki kurarlarken, karşılarındakinin kendi güçlerinin farkında olmalarını ve bunu kabul ederek ilişki kurmalarını isterler. Asla sınırlandırılmaya tahammül etmediklerinden, kendilerine sınırlar koyacağını düşündükleri bağımlılık duygusundan kesinlikle kaçınırlar. Arkadaşlarla eğlenceli zaman geçirmekten entelektüel bir tartışmaya kadar keyif alacakları durumlar konusunda bazen aşırıya kaçabilirler. Özgürlükten çok yönetici kişi olmayı tercih ederler. Zayıflık ve çaresizlikten mümkün olduğunca kaçınırlar. Zayıf olduklarını düşündükleri yönlerini saklamak için ellerinden geleni yaparlar. Kişilik tipleri içinde en azimli olanları sekizlerdir(125,126,128).

Yedi kanadına sahip sekizler çok aktif ve dışa dönüktürler. Öz güvenleri çok yüksektir. Gerektiği zaman inisiyatif almaktan hiç çekinmezler. Sosyal yaşantılarında

girişken ve yönlendirici olurlar. Hedeflerine ulaşma konusunda çok sabırsız olabilirler. Otoritelerini sarsan bir tutum sergileyen kişilere karşı kolayca öfkelenirler. Böyle bir durumda kontrolsüz bir biçimde çok sert ve acımasız bir tavır gösterirler(128).

Dokuz kanadına sahip sekizler daha ölçülü davranırlar. Kolay kolay öfkelenmezler ve çok kibardırlar. Aşırı ve kırıcı tepkiler vermekten kaçınırlar. Öfke kontrolleri iyi olduğu için daha az çatışmacıdırlar. Öfkelenedikleri zaman da de bunu çok fazla göstermezler. Daha sakin kişililer olsalar da çok daha inatçı yapıya sahiptirler(128).

2.3.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı

Bu tip insanlar genelde çok utangaçtırlar. Başkalarının bakış açılarını, düşüncelerini anlama konusunda mükemmeldirler ancak kendilerinin ne istediğini veya düşündüğünü bilme konusunda bu kadar iyi değildirler. Kendilerini değil, başkalarını tatmin etmeyi amaç edinmeleri en büyük problemleridir. Hayatın bir uyum ve ahenk içinde, rahatça sürmesini istediklerinden, bir çatışma oluşmaması için başkalarının gündemiyle kalmayı tercih ederler. Ortamın gerginliğinde çok etkilendikleri için, bu gerginliğe sebep olmaktan çok çekinirler. Çevrelerinde bir anlaşmazlık olması durumunda hemen sorunu gidermek için uğraşmaya başlarlar. Çünkü onlar için barış ortamı ve sükunet çok önemlidir. Üşengeç insanlardırlar. Zamanlarını kendilerini yormayacak işlerle geçirirler. Baskıdan hoşlanmazlar ve baskı altında çalışamazlar. Beklenmedik değişimlerden pek hoşlanmazlar. Örnek aldıkları birinin izinden giderler. Denenmiş bir yolu tercih ederler. Genel olarak tepki göstermeyen, sessiz, unutkan, yavaş hareket eden ve düşük ses tonu ile konuşan kişilerdir. Motivasyonları düşük olduğu için her zaman işlerini ertelemeye çalışırlar. İlgili oldukları bir iş için çok aktif olabilirlerken, en öncelikli ve önemli kararları da sürekli erteleyerek son dakikaya kadar bırakabilirler. Dayanabildikleri noktaya kadar kızgınlıklarını gizledikleri için, dayanma sınırları aşıldığı taktirde çok sert ve ani öfke patlamaları yaşayabilirler. İç dünyalarını paylaşıp anlatmaktan pek hoşlanmazlar. Huzuru bozan kişi olmamak uğruna istemedikleri şeylere bile “evet” demek zorunda olduklarını düşünürler. Arkadaş canlısı, insanları teskin eden olumlu kişilerdirler. İstemedikleri işler için de zorlandıklarında pasif direniş gösterirler(125,126,128).

Sekiz kanadına sahip dokuzlar özgüven sahibi ve daha dışa dönük karakterlerde olurlar. Biraz gergin ve huysuz görünebilirler çünkü korumacı ve yatıştırıcı yanları sürekli çatışma halindedir. Daha rahat “hayır” diyebilen insanlardır ve daha çabuk öfkelenirler(128).

Bir kanadına sahip dokuzlar son derece sistematik ve plan program sahibi kişilerdir. Fazlasıyla titizdirler ve temizlik, düzen gibi konularda çok hassastırlar. Yapılan yanlışlara karşı eleştirel bir tutum gösterirler. İşlerini gereken zamanda bitirmeyi çok

önemserler çünkü sorumluluk sahibidirler. Ayrıca bu gelenekçi mizacın etkisiyle daha muhafazakar ve kontrollü insanlar haline gelmişlerdir(128).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel analitik tipte bir çalışmadır. Çalışma için etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Komitesi'nden 13.07.2016 tarih ve 266 sayı ile alınmıştır. Çalışma verileri 15.07.2016-15.10.2016 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde toplanmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından katılımcılardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine herhangi bir sebeple başvurmuş hastalardır. Çalışmaya sigara içen 670 hasta ve kontrol grubu olarak sigara içmeyen 794 hasta, toplamda 1464 hasta dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılmayı kabul eden ve iletişim kurulabilen, her birey dahil edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen, iletişim kurmakta güçlük çekilen, kognitif, bilişsel problemleri olan ve fonksiyonel retardasyonu olan hastalar çalışmaya dışı bırakıldı.

Çalışma için veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 23 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile kişilik tiplerinin belirlenmesine yönelik 44 sorudan oluşan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni hal, yaşadığı yer, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sigara kullanma durumu, sigara içmeye başladığı yaş, sigara içme miktarı, sigarayı kaç yıldır kullandığı, bırakma deneyimi, sigara dışı tütün ürünü kullanımı, bağımlılık yapıcı madde ve alkol kullanım durumunun sorgulandığı çoktan seçmeli sorulardan oluşmuştur.

Çalışmamızda düzenli sigara içicileri WHO'nun kriteri olan her gün en az bir tütün ürünü kullanılması şartı referans alınmıştır. Kişilik tipi ise enneagram sistemine göre hazırlanmış olan ve 44 sorudan oluşan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Alınan alkolün miktarına bakılmaksızın ayda en az bir kere alkol alanlar alkol kullanıcısı kabul edildi. VKİ değerleri DSÖ' nün kriterleri baz alınarak (<18,50=Düşük Kilolu, 18,5-24,99=Normal Kilolu, 25-29,99=Fazla Kilolu, 30-39,99=Obez, ≥40=Morbid Obez) hesaplandı. Eğitim durumu okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise olanlar üniversite altı olarak gruplandırılırken, üniversite öğrencileri, mezunları ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcılar üniversite ve üstü olarak gruplandırıldı.

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği 44 sorudan oluşan ve 9 kişilik tipine yönelik geliştirilen 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipinde bir ankettir. Ölçek Taştan ve arkadaşları(117) tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin dokuz alt tipi vardır ve her biri bir kişilik tipinden oluşmaktadır. Bir

numaralı kişilik tipi mükemmeelliyetçi-reformcu, iki numaralı kişilik tipi yardımsever, üç numaralı kişilik tipi başarı-motivatör, dört numaralı kişilik tipi traji romantik, beş numaralı kişilik tipi gözlemci, altı numaralı kişilik tipi sadık-sorgulayan, yedi numaralı kişilik tipi ehli keyf-rahatına düşkün, sekiz numaralı kişilik tipi reis-lider, dokuz numaralı kişilik tipi barışçı olarak tanımlanmaktadır. Anket formları katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Anket formları ekte sunulmuştur (Ek: 1).

İstatistiksel Analiz: Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22.0 windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Ölçümsel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (SD) ve medyan ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırması için Chi-kare testi analizi kullanılmıştır. Aynı zamanda sigara içen ve içmeyen gruplardaki kişilik tiplerinin puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Kişilik tipleri ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach alfa değeri) 0,881 olarak bulunmuştur. Ölçek, 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipindedir. Toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında $p \leq 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamızda kişilik tipleri ile sigara içme durumu arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalardan 1464 ü çalışmaya katılmıştır. Hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra hastalara 23 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve 44 sorudan oluşan Taştan kişilik tipi ölçeği doldurulmuştur. Elde edilen veriler ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Ölçeğimizin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa değeri) 0,881 olarak bulunmuştur.

4.1.Katılımcıların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların sosyodemografik veri formumuzda sorgulanan, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim seviyesi, meslek, gelir durumu, sigara kullanımı, sigara dışındaki tütün ürünü kullanımı ve alkol kullanımı durumlarına ilişkin bilgiler Tablo-7’de verilmiştir.

		Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet	Kadın	732	50,0	
	Erkek	732	50,0	
Medeni Durum	Evli	400	27,3	
	Bekar	1044	71,3	
	Boşanmış/Eşi Ölmüş	20	1,4	
Yaşadığı yer	İl	1219	83,3	
	İlçe	129	8,8	
	Kasaba/Köy	116	7,9	
Eğitim Durumu	Üniversite altı	392	26,8	
	Üniversite ve üstü	1072	73,2	
Meslek	Öğrenci	537	36,7	
	Memur	479	32,7	
	Özel Sektör	79	5,4	
	Çalışmıyor	18	1,2	
	Diğer	351	24,0	
Gelir Durumu	Gelir yok	331	22,6	
	1300 TL veya daha az	249	17,0	
	1301 TL ile 4500 TL arası	513	35,0	
	4500 TL veya üstü	371	25,3	
Sigara Kullanımı	Hayır	794	54,2	
	Evet	670	45,8	
Sigara Dışındaki Tütün Ürünü Kullanımı	Hayır	1113	76,0	
	Evet	351	24,0	
Alkol Kullanımı	Hayır	1167	79,7	
	Evet	297	20,3	

Tablo-7: Katılımcıların Demografik Verileri

Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde kadın %50(n=732) ve erkek %50 (n=732) olarak eşit şekildeydi. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında çoğunluğu bekar %71,3 (n=1044) idi ve katılımcıların yaşadıkları yere bakıldığında çoğunluğu şehir merkezinde %83,3 (n=1219) yaşamaktaydı. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında

çoğunluğu üniversite veya üstü %73 (n=1072) düzeyindeyken, meslek durumu incelendiğinde çoğunluğunu öğrenciler %36,7 (n=537) oluşturmaktaydı. Gelir durumu ele alındığında ise %22,6'sının (n=331) geliri yok iken asgari ücret ve altında geliri olanlar katılımcıların %17'sini (n=249) oluşturmaktaydı. Katılımcıların %45,8'i (n=670) sigara kullanmaktayken %24'ü (n=351) sigara dışındaki tütün ürünlerini kullanmakta ve %20,3'ü (n=297) de alkol kullanmaktaydı.

Katılımcılara ait yaş ve cinsiyet dağılımı standart sapma(SD) ve ortalama ile Tablo-8'de verilmiştir.

	N	Minimum	Maximum	Yaş Ortalaması ± SD
Kadın	732	16	66	25,84±7,01
Erkek	732	18	90	27,44±6,57

Tablo-8: Cinsiyet ve yaş dağılımı

Çalışmamıza katılan kadınlarda(n=732) yaş dağılımına bakıldığında standart sapma 7.01 bulundu ve minimum katılımcı yaşı 16, maximum katılımcı yaşı 66 idi. Kadınlarda yaş ortalaması ise 25,84±7,01 bulundu. Çalışmamıza katılan erkeklerde (n=732) ise yaş dağılımına bakıldığında standart sapma 6,57 bulundu ve minimum katılımcı yaşı 18, maximum katılımcı yaşı 90 idi. Erkeklerde yaş ortalaması ise 27,44±6,57 bulundu.

Katılımcıların yaşları gruplandırılıp sigara içme durumu ile karşılaştırıldığında 16-19 yaş aralığında bulunan katılımcılarda sigara kullanma oranı %36,84 iken diğer gruplarda benzer olarak sigara içme oranları %45'lerde idi. Bu fark yapılan istatistiksel analizler sonucu anlamlı bulunmamasıyla(p>0.05) birlikte katılımcıların 20'li yaşlarda birikmiş olmasından kaynaklanmıştır. Katılımcıların yaş grupları ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo-9'da verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p>0,05
		Hayır	Evet		
Yaş Grupları	16-19	60 63,16%	35 36,84%	95	
	20-29	536 53,44%	467 46,56%	1003	
	30-39	162 54,00%	138 46,00%	300	
	40-49	24 54,55%	20 45,45%	44	
	50 ve üstü	12 54,55%	10 45,45%	22	
Toplam		794 54,23%	670 45,77%	1464 100,00%	

Tablo-9: Yaş gruplarının sigara içme durumu ile ilişkisi

Katılımcıların cinsiyet ile sigara içme durumları karşılaştırıldığında kadınların %39,07'sinin, erkeklerin de %52,46'sının sigara kullandığı saptanmıştır. Bu fark yapılan istatistiksel analizler sonucu anlamlı bulundu($p=0,001$). Cinsiyet ve sigara kullanımının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo-10'da verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0,001
		Hayır	Evet		
Cinsiyet	Kadın	446 60,93%	286 39,07%	732 100,00%	
	Erkek	348 47,54%	384 52,46%	732 100,00%	
Toplam		794 54,23%	670 45,77%	1464 100,00%	

Tablo 10: Cinsiyet ve Sigara Kullanımı arasındaki ilişki

Medeni duruma göre sigara kullanımı ele alındığında katılımcılarımız arasında evli olanların %41,25'i, bekar olanların %46,84'ü, boşanmış veya eşi ölmüş olanların ise %80'i sigara kullanıyordu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$). Bu farklılığın

boşanmış veya eşi ölmüş bireylerdeki sigara içme durumuna bağlı olduğu yapılan hesaplamalar sonucu anlaşıldı. Sadece evli ve bekar bireylerin sigara içme durumu kıyaslandığında yapılan istatistiksel analizlerde anlamlı bir fark olmadığı görüldü($p>0,05$). Medeni durum ile sigara kullanımı arasındaki ilişki Tablo-11’de verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0,001
		Hayır	Evet		
Medeni Durum	Evli	235 58,75%	165 41,25%	400 100,00%	
	Bekar	555 53,16%	489 46,84%	1044 100,00%	
	Boşanmış/Eşi Ölmüş	4 20,00%	16 80,00%	20 100,00%	
Toplam		794 54,23%	670 45,77%	1464 100,00%	

Tablo-11: Medeni Durum ile Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Katılımcıların eğitim durumları ile sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında, üniversite altı grupta sigara kullanım oranı %54,60 iken üniversite ve üstü grupta %42,50 idi. Bu fark İstatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$). Bu da bize eğitim düzeyi ile sigara içme oranının ters orantılı olduğunu; yani eğitim düzeyi arttıkça sigara içme düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Eğitim durumu ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo-12’de verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0,001
		Hayır	Evet		
Eğitim Durumu	Üniversite altı	178 45,40%	214 54,60%	392 100,00%	
	Üniversite ve üstü	616 57,50%	456 42,50%	1072 100,00%	
Toplam		794 54,20%	670 45,80%	1464 100,00%	

Tablo-12: Eğitim Durumu ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında, düşük kilolu bireylerin %30,9'u, normal kilolu bireylerin %45'i, fazla kilolu bireylerin %50,3'ü ve obez bireylerin de %54,8'i sigara kullanıyordu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,003$). Katılımcıların VKİ değerleri ile sigara kullanımı arasında doğrudan bir ilişki olduğu anlaşıldı. BKİ ye göre sigara içme durumu ile ilgili veriler Tablo-13'te verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0,003
		Hayır	Evet		
VKİ	Düşük kilolu	67 69,10%	30 30,90%	97 100,00%	
	Normal	524 55,00%	428 45,00%	952 100,00%	
	Fazla kilolu	170 49,70%	172 50,30%	342 100,00%	
	Obez	33 45,20%	40 54,80%	73 100,00%	
Toplam		794 54,20%	670 45,80%	1464 100,00%	

Tablo-13: BKİ ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Sigara dışında tütün ürünü kullanımı ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında sigara dışında tütün ürünü kullanan bireylerin % 61 'i sigara da kullanmaktaydı, kullanmayanların ise %59'u sigara da kullanmamaktaydı. Bu farklılık, yapılan istatistiksel analizler sonucu anlamlı bulunmuştur($p=0,001$). Bu kıyaslamaya ilişkin veriler Tablo-14'te verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0,001
		Hayır	Evet		
Sigara dışında başka tütün ürünü (puro, pipo, nargile) kullanımı	Hayır	657 59,00%	456 41,00%	1113 100,00%	
	Evet	137 39,00%	214 61,00%	351 100,00%	
Total		794 54,20%	670 45,80%	1464 100,00%	

Tablo -14: Sigara Dışında Başka Tütün Ürünü Kullanımı ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Katılımcıların alkol kullanımı ve sigara kullanım durumu kıyaslandığında alkol kullanan bireylerin %63,6'sı sigara da kullanmakta iken, alkol kullanmayanların %58,8'i sigara da kullanmıyordu. Yapılan istatistiksel analizlere göre bu farklılık anlamlı bulundu($p=0,001$). Alkol kullanımı ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo-15'te verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Total	p=0,001
		Hayır	Evet		
Alkol Kullanımı	Hayır	686 58,80%	481 41,20%	1167 100,00%	
	Evet	108 36,40%	189 63,60%	297 100,00%	
Total		794 54,20%	670 45,80%	1464 100,00%	

Tablo-15: Alkol Kullanımı Ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Sigara içen katılımcıların sigaraya başlama yaşları incelendiğinde, sigaraya en erken 10 yaşında başladığı görülüyor iken en geç ise 35 yaşında başladığı görüldü. Sigara kullanan bireylerin sigaraya başlama yaşlarının median değeri 18 olarak saptandı. Sigara kullananların büyük çoğunluğunun ise 20 yaşından önce sigaraya başladığı anlaşıldı. Sigara içen katılımcıların sigaraya başlama yaşları ile ilgili bulgular Tablo-16'da verilmiştir.

Mean	18,61	
Median	18	
Std. Sapma	3,603	
Minimum	10	
Maximum	35	
Persantil	25,00	16
	50,00	18
	75,00	20

Tablo-16: Katılımcıların Sigaraya başlama yaşları ile ilgili bulgular

4.2. Katılımcıların Kişilik Tiplerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların kişilik tipleri ele alındığında oranı en yüksek kişilik tipi Yardımsever (2) (%22,1) kişilik tipi idi. Bunu, Ehli Keyf - Rahatına Düşkün (7) (%16,7) ve Traji- Romantik (Özgün) (4) (%12,5) kişilik tipleri takip etmekteydi. Katılımcılar arasında en az bulunan kişilik tipi ise Sadık-Sorgulayan (6)(%2,3) kişilik tipi idi. Katılımcıların kişilik tipleri ile ilgili sayı ve oranları Tablo-17’de verilmiştir.

KİŞİLİK TİPİ	Sayı(n)	Yüzde(%)
Mükemmeliyetçi- Reformcu (1)	118	8,1
Yardımsever (2)	324	22,1
Başaran- Motivatör (3)	155	10,6
Traji- Romantik (Özgün) (4)	183	12,5
Gözlemci (5)	176	12
Sadık-Sorgulayan (6)	33	2,3
Ehli Keyf-Rahatına Düşkün (7)	244	16,7
Reis-Lider (8)	57	3,9
Barışçı (9)	174	11,9
Toplam	1464	100

Tablo-17: Katılımcıların Kişilik tipi ile ilgili sayı ve oranları

Katılımcıların kişilik tipleri ile sigara kullanımı arasındaki ilişki ele alındığında bir numaralı kişilik tipinde sigara kullanım oranı diğer kişilik tiplerine göre en düşük orandayken (%37,29), sekiz numaralı kişilik tipinde sigara kullanım oranı diğer gruplara göre en yüksek düzeyde (%61,4) idi. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Pearson Chi-Square testinin sonuçlarına göre anlamlı bulundu ($p=0,026$). Katılımcıların kişilik tipleri ile sigara içme durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo-18 ve Tablo-19’da verilmiştir.

		Sigara Kullanımı		Toplam	p=0.026
		Hayır	Evet		
Kişilik Tipi	Mükemmeliyetçi-Reformcu (1)	74 62,71%	44 37,29%	118 100,00%	
	Yardımsever (2)	161 49,69%	163 50,31%	324 100,00%	
	Başaran- Motivatör (3)	94 60,65%	61 39,35%	155 100,00%	
	Traji- Romantik (Özgün) (4)	96 52,46%	87 47,54%	183 100,00%	
	Gözlemci (5)	94 53,41%	82 46,59%	176 100,00%	
	Sadık-Sorgulayan (6)	20 60,61%	13 39,39%	33 100,00%	
	Ehli Keyf-Rahatına Düşkün (7)	129 52,87%	115 47,13%	244 100,00%	
	Reis-Lider (8)	22 38,60%	35 61,40%	57 100,00%	
	Barışçı (9)	104 59,77%	70 40,23%	174 100,00%	
Toplam		794 54,23%	670 45,77%	1464 100,00%	

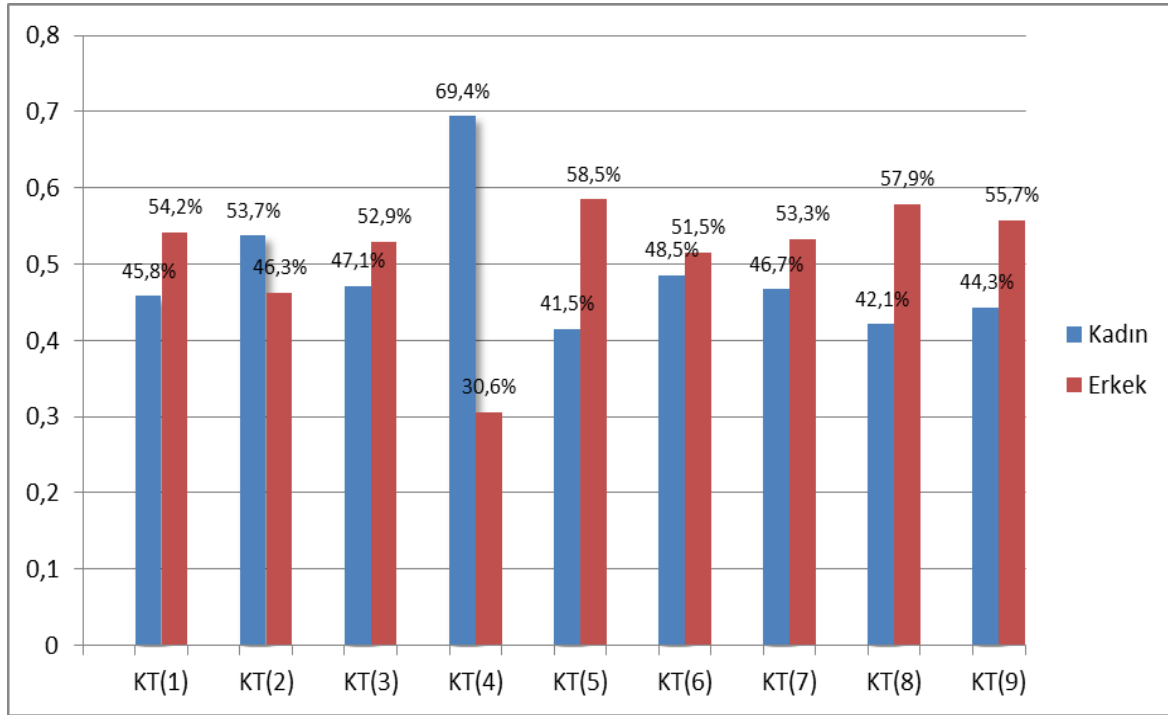
Tablo-18: Kişilik Tiplerinin Sigara kullanımı ile İlişkisi

Sigara kullanımının diğer kişilik tipleri ile ilişkisinin olup olmadığını anlamak amacıyla ayrıca her bir kişilik tipi grubu teker teker diğer kişilik tipleri ile birlikte ele alınıp sigara içme durumu ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı çıkan bu farklılığın bir numaralı kişilik tipi ($p=0,05$) ve sekiz numaralı kişilik tiplerine sahip bireylerden($p=0,01$) kaynaklandığı görüldü. Bir ve sekiz numaralı kişilik tipleri dışındaki kişilik tipleri ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunamadı($p>0,05$).

		Sigara Kullanımı		Toplam	Pearson Chi-Square
		Hayır	Evet		
Kişilik Tipi	Mükemmeliyetçi - Reformcu (1)	74 62,70%	44 37,30%	118 100,00%	p=0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	720 53,50%	626 46,50%	1346 100,00%	
	Yardımsever (2)	161 49,70%	163 50,30%	324 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	633 55,50%	507 44,50%	1140 100,00%	
	Başaran- Motivatör (3)	94 60,60%	61 39,40%	155 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	700 53,50%	609 46,50%	1309 100,00%	
	Traji- Romantik (Özgün) (4)	96 52,50%	87 47,50%	183 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	698 54,50%	583 45,50%	1281 100,00%	
	Gözlemci (5)	94 53,40%	82 46,60%	176 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	700 54,30%	588 45,70%	1288 100,00%	
	Sadık-Sorgulayan (6)	20 60,60%	13 39,40%	33 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	774 54,10%	657 45,90%	1431 100,00%	
	Ehli Keyf-Rahatına Düşkün (7)	129 52,90%	115 47,10%	244 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	665 54,50%	555 45,50%	1220 100,00%	
	Reis-Lider (8)	22 38,60%	35 61,40%	57 100,00%	p=0,01
	Diğer Kişilik Tipleri	772 54,90%	635 45,10%	1407 100,00%	
	Barışçı (9)	104 59,80%	70 40,20%	174 100,00%	p>0,05
	Diğer Kişilik Tipleri	690 53,50%	600 46,50%	1290 100,00%	
Toplam		794 54,20%	670 45,80%	1464 100,00%	

Tablo-19: Bütün kişilik tiplerinin teker teker diğer kişilik tipleri ile birlikte ele alınıp sigara içme durumu ile karşılaştırılması.

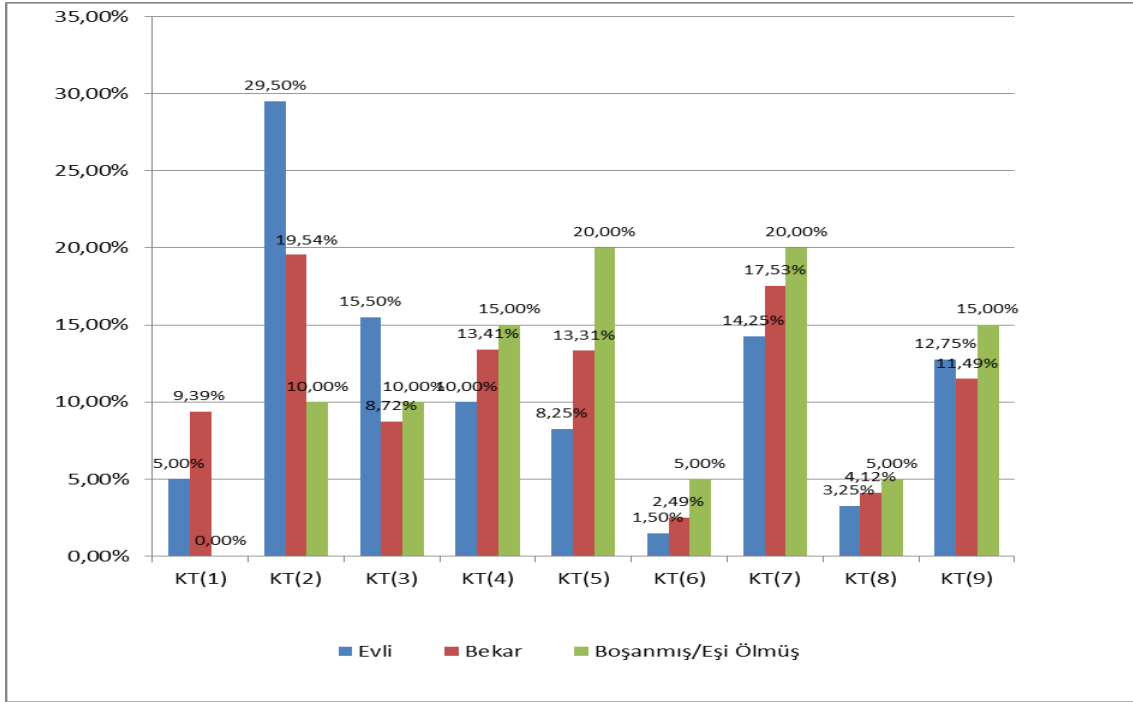
Çalışmamıza katılan katılımcıların cinsiyet ve kişilik tipleri karşılaştırıldığında dört numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %69,4'ü kadın iken beş numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %58,5'i erkek idi. Bu fark yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bulundu($p=0,001$). Katılımcıların cinsiyet ve kişilik tipleri karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Grafik-1'de verilmiştir.



P=0,001

Grafik 1: Cinsiyet ile kişilik tiplerinin karşılaştırılması

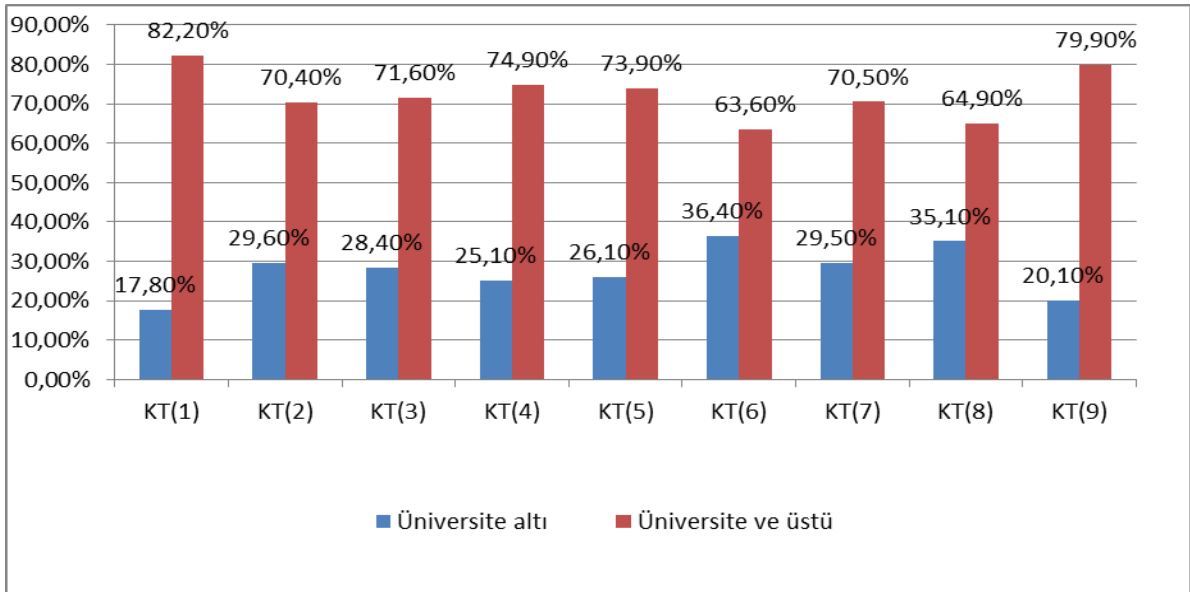
Katılımcılarımız arasında medeni durum ile kişilik tipleri karşılaştırıldığında, evli bireyler en fazla iki numaralı kişilik tipinde (%29,5) en az altı numaralı kişilik tipinde(%1,5) idiler. Bekar bireyler en fazla iki numaralı kişilik tipine (%19,54), en az altı numaralı kişilik tipine(%2,49) sahiptiler. Boşanmış veya eşi ölmüş bireyler en fazla beş numaralı (%20) ve yedi numaralı kişilik tiplerine(%20), en az ise bir numaralı kişilik tipine(%0,00) sahiptiler. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$). Evli, bekar ve boşanmış veya eşi ölmüş gruplar ikili gruplar halinde kişilik tipleriyle karşılaştırıldığında, yapılan istatistiksel analizler sonucu evli bireylerin kişilik tiplerinin diğer gruplardaki bireylere göre anlamlılık arz ettiği anlaşıldı($p>0,05$). Medeni durum ile kişilik tiplerinin karşılaştırılmasına dair bulgular Grafik-2'de verilmiştir.



P=0,001

Grafik 2: Kişilik tipleri ile Medeni durum arasındaki İlişki

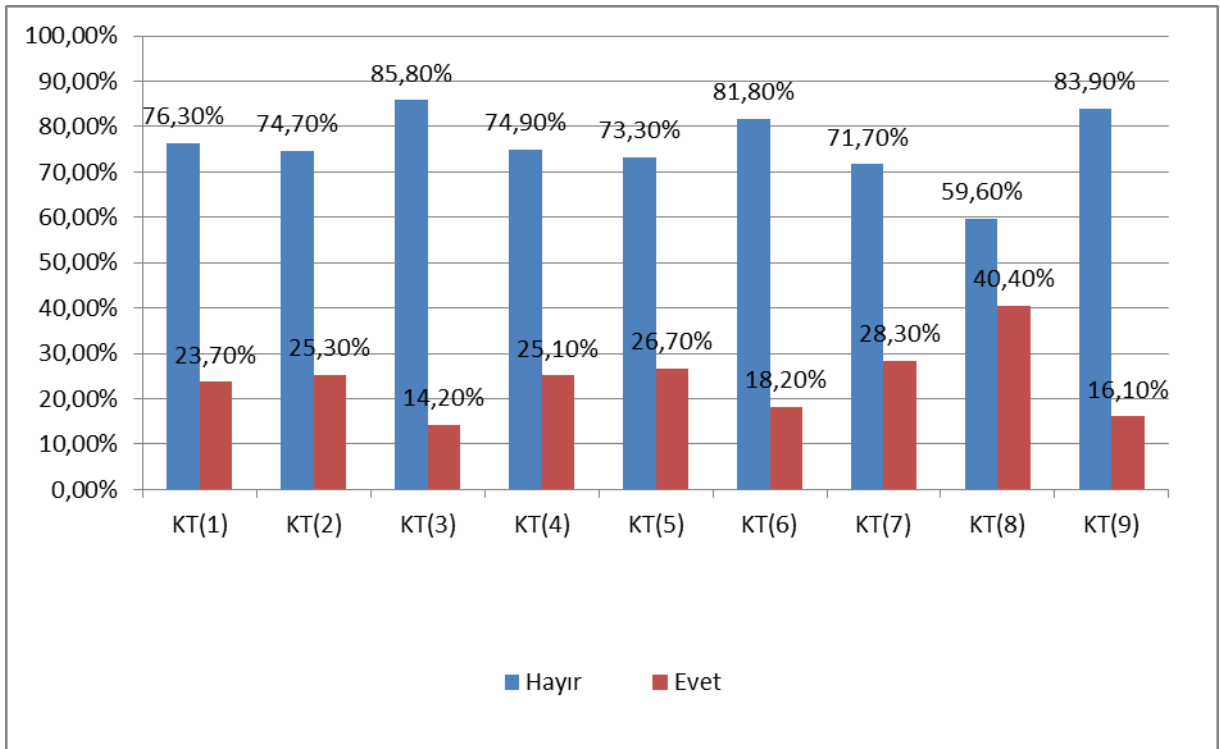
Katılımcıların kişilik tipleri ve eğitim durumları karşılaştırıldığında bir numaralı kişilik tipinde üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin oranı %82,2 iken altı numaralı kişilik tipine sahip bireylerde bu oran %63,6 idi. Üniversite altı eğitim düzeyine sahip bireyler ile üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin kişilik tipi dağılımları benzer idi. Yapılan istatistiksel analizler sonucu mevcut farkların anlamlı olmadığı bulundu($p>0,05$). Kişilik tipleri ve eğitim durumunun karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular Grafik-3'te verilmiştir.



P>0,05

Grafik 3: Kişilik tipleri ile Eğitim Durumu arasındaki İlişki

Kişilik tiplerinin sigara dışındaki tütün ürünü (puro, pipo, nargile) kullanımı ile ilişkisi ele alındığında sekiz numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %40,4'ü sigara dışındaki tütün ürünü kullanıyorken, üç numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %85,8'i ve dokuz numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %83,9'u sigara dışındaki tütün ürünlerinden kullanmamaktadır. Bu farklılık yapılan Pearson Chi-square testinin analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$). Ayrıca her bir kişilik tipi grubu teker teker diğer kişilik tipleri ile birlikte ele alınıp Chi-square testi uygulandığında sigara dışındaki tütün ürünü kullanma durumu ile karşılaştırıldı ve bu farklılığın üç numaralı ($p=0,003$), sekiz numaralı ($p=0,003$) ve dokuz numaralı ($p=0,009$) kişilik tiplerine sahip bireylerden kaynaklandığı anlaşıldı. Kişilik tiplerinin sigara dışındaki tütün ürünü (puro, pipo, nargile) kullanımı ile ilişkisine dair bulgular Grafik-4'te verilmiştir.



P=0,001

Grafik 4: Sigara Dışındaki Tütün Ürünü Kullanımı İle Kişilik Tipi Arasındaki İlişki

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada sigara içme durumu ile kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi inceledik. Çalışmamıza katılan katılımcıların %50'si kadın %50'si erkek, %71,3'ü bekar, %45,8'i sigara kullanmakta ve %24'ü sigara dışında tütün ürünü kullanmaktaydı. %22,1'i iki numaralı kişilik tipinde %2,3'ü altı numaralı kişilik tipindeydi.

Sigara kullanımı ile demografik veriler karşılaştırıldığında ilk olarak yaş ve sigara kullanımı kıyaslandı. Katılımcıların yaşı ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bunun sebebi katılımcılarımızın %68,5'inin 20-29 yaş aralığında olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızın aksine, Kıter ve arkadaşlarının sigara içme özellikleri üzerine yaptıkları 659 olgulu bir çalışmada ise yaş 50 altı ve 50 üstü olarak gruplandırılmış, 50 yaş ve üzerinde sigara içenlerin oranı %27,9 iken, 50 yaşın altındakilerde bu oran %40,2 olarak bulunmuş ve elli yaş altında sigara içenlerin oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0,0001$)(129).

Sigara kullanma durumuyla cinsiyet ele alındığında, %50'si kadın %50'si erkek olan çalışmamızda erkeklerde sigara kullanım oranı %52,46 iken kadınlarda bu oran %39,07 idi. Ortalama sigara kullanma sıklığı oranı da %45,77 idi. Ülkemizde 1988'de yapılan bir araştırmaya göre 15 yaş üstü nüfusun sigara içme prevalansı erkeklerde %63, kadınlarda %24 olmak üzere toplam nüfusta %43 olarak bulunmuştur(130). Emri ve arkadaşlarının 2002'de yaptıkları çalışmaya göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme prevalansı erkeklerde %50,9, kadınlarda %25,5 toplam nüfusta ortalama %35,8 olarak bildirilmiştir(131). Yakın zamandaki bir başka çalışmada ise, ülkemizde 20 yaş üzeri popülasyonda erkeklerde %50,9, kadınlarda %10,9 içicilik saptanmıştır(25). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59,4'u, kadınların %18,9'u sigara içicisidir(31). Çalışmamızın cinsiyet ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiye dair bulgular literatür ile kıyaslandığında uyumsuz görünmekte ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,001$). Bu durum yapılan çalışmalardan bu yana gün geçtikçe kadınların daha yüksek içicilik oranlarına ulaşmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamız prevalans çalışması değil de vaka kontrol çalışması olduğundan dolayı sigara kullanım oranları yüksek bulunmuş olabilir.

Sigara kullanımı ile medeni durum karşılaştırıldığında, katılımcılarımızın %27,3'ü evli, %71,3'ü bekar ve %1,4'ü ise boşanmış veya eşi ölmüş bireylerdi. Sigara kullananların %24,6'sı evli, %72,9'u bekar %2,5'i boşanmış veya eşi ölmüştü. Çan ve arkadaşlarının Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı üzerine yaptıkları ve 6103 kişinin katıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, sigara içen bireylerin %41'i evli,

%36,7'si bekar, %14,8'i dul olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur(27). Çalışmamız bu sonuçlarla mukayese edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı($p=0,001$) olduğu, ancak literatür ile uyumlu olmadığı anlaşılmıştır. Çalışma verilerimizin istatistiksel olarak anlamlı çıkmasının sebebi boşanmış/eşi ölmüş gruptaki %80 sigara kullanım oranıdır. Bunun da sebebi boşanmanın veya eş kaybının getirmiş olduğu stresin sigara içmeyi tetiklemesi olabilir.

Literatürde yapılan çalışmalarda eğitim durumları farklı şekilde gruplandırılmış olabilir. Çalışmamızdaki eğitim durumu üniversite altı ile üniversite ve üstü şeklinde gruplandırıp sigara kullanımı ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, üniversite ve altı grupta sigara kullanım oranı %54,6 iken, üniversite ve üstü grupta %42,5 idi. Şengezer ve arkadaşlarının Ankara ilinin bir ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri üzerine yapmış olduğu bir çalışmanın grupları çalışmamıza uygun şekilde gruplandırılıp sonuçlarına göre hesaplandığında üniversite altı(okur-yazar değil, okur yazar, ortaokul, lise) eğitim düzeyine sahip grupta sigara içme oranı %30 eğitim düzeyi üniversite olan grupta %27,3 olarak bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(132). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olmayıp istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p=0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanım oranının düşmesi eğitilmiş halkın sigara zararlarını daha iyi biliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda vücut kitle indeksi (VKİ) ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında, düşük kilolu bireylerin %30,9'u, normal kilolu bireylerin %45'i, fazla kilolu bireylerin %50,3'ü ve obez bireylerin de %54,8 i sigara kullanıyordu. Yalçın'ın obezite tanılı hastalardaki komorbidite araştırmaları üzerine yaptığı çalışmada obezite ile sigara ve alkol arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir(133). Ancak sigaranın metabolizma hızını arttırdığı ve iştahı azalttığı bilinmektedir. Buna uygun olarak Molarius ve arkadaşları araştırmalarında VKİ değerlerinin sigara içenlerde daha düşük olduğunu saptamışlardır(134). Çalışmamızdaki bulgulara göre VKİ arttıkça sigara içme oranının artması literatür ile uyumsuz ancak istatistik olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,001$).

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Alkol kullananların %63,6'sı sigara da kullanmaktayken, alkol kullanmayanların %58,8'i sigara da kullanmamaktaydı. Manisa'da okul çağı çocuklarında sigarayı deneyen çocukların 6,27 kat daha fazla alkollü içecek denedikleri bulunmuştur(135). Ankara'da lise birinci sınıf öğrencilerinde yapılan 63 çalışmada sigara içenlerin alkol kullanımı anlamlı derece yüksek olduğu belirtilmiştir(136). Fırat Üniversitesi'nde yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin alkol kullanım oranları %37,3 olarak bulunmuşken, sigara içmeyen öğrencilerin alkol kullanımı %6,3 olduğu

verilmiştir(137). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan çalışmada sigara kullanan öğrencilerin riskli alkol kullanımı, sigara kullanmayanlara göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(138). Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan araştırmaya göre ise günlük olarak alkol kullandıklarını belirten üniversite son sınıf öğrencilerinin %80'i; haftada birkaç kez alkol kullananların ise %64'ü sigara içtikleri belirlenmiştir(139). Bu durum gençlerin bir gruba dâhil olma, daha olgun görünmek gibi nedenlerle hem sigara hem de alkol kullanımı için özel bir risk grubu olduğunu göstermektedir(137). Bu araştırma sonuçları için de bu durumun olabileceği söylenebilir. Bu araştırmada sigara kullananların beraberinde alkol kullanması ya da alkol kullananların beraberinde sigara kullanması alışkanlıkların tek bir fenomen olabileceği görüşleri ile de açıklanabilir(140). Çalışmamız literatür ile uyumlu ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p=0,001$).

Sigara dışında tütün ürünü(puro, pipo, nargile) kullanan katılımcılarımızın %61'i sigara da kullanıyor iken, sigara dışındaki tütün ürünü kullanmayan bireylerin %59'u sigara da kullanmıyordu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Her ne kadar sigara dışındaki tütün ürünlerini sigara ile karşılaştırırken tek bir grup yapıp ayırmamış olsak da bu gruptaki bireylerin büyük çoğunluğu nargile içicilerinden oluşmaktaydı. Sigara dışındaki tütün ürünü kullanımı ile sigara arasındaki ilişki, sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiye benzer olup, sigara kullanımının nargile kullanımını arttırdığına dair çok sayıda çalışma sonucu bulunmaktadır(141,142,143). Özcebe ve arkadaşlarının 2014 yılında üniversite öğrencilerinde nargile içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özelliklerini inceleyen bir araştırma sonuçlarına göre 1. sınıftaki öğrencilerin %55'i, 4. sınıfların %51,8'i hem sigara hem de nargile kullandıkları tespit edilmiş($p=0,0001$)(144). Subaşı ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmalarında nargile içenlerin %27,9'unun sigara kullanmadıkları, sadece nargile kullandıkları ifade edilmiştir(145). Tüm bu çalışmalara bakıldığında sigara dışındaki tütün ürünleri de oldukça yaygın kullanıma sahip olup zararlarının sigara kadar iyi bilinmemesi ve daha ilgi çekici koku ve görüntülere sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışma, Enneagram sisteminin yorumlanmasıyla oluşturulan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılarak yapılan ilk çalışmalardandır. Literatürdeki çalışmalarda genellikle MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), Beş Faktör Kişilik Kuramı (BFM) ve Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) kullanılmıştır(146,147). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ve Eysenck Kişilik Envanteri, kişileri psikopatolojik açıdan kategorize eden ölçeklerdir. Buna karşın Enneagramda dokuz kişilik tipi vardır. Her insan, sahip olduğu kişilik tipine ait sağlıklı ve sağlıklı karakteristlik özelliklerin arasında dalgalanmalar

gösterebilir. Ancak hiçbir kişilik tipi bir diğerine üstün değildir(148). Bu bağlamda, kullanmış olduğumuz Taştan Kişilik Tipi Ölçeği, kişilik tiplerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda yaygın olarak kullanılan diğer ölçeklerden farklı olup, kişileri patolojik bir sınıflandırma içerisinde değil, sahip oldukları kişilik özelliklerine göre sınıflandırmaktadır.

Çalışmamızda kişilik tiplerine bakıldığında iki numaralı kişilik tipinin en çok ve altı numaralı kişilik tipinin en az oranda olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile karşılaştırıldığında dört numaralı kişilik tipinin kadınlarda en sık beş numaralı kişilik tipinin ise erkeklerde en sık olduğu görülmekte ve Erik'in yapmış olduğu çalışma(149) ile paralel olup aynı zamanda istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p=0,001$).

Kişilik tipleri ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmakla birlikte bu farklılığın bir ve sekiz numaralı kişilik tiplerinden kaynaklandığı anlaşıldı. Bir numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %62,7'si sigara kullanmıyorken sekiz numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %61,4'ü sigara kullanmaktaydı ($p<0,05$).

Kişilik tipleri ile sigara dışındaki tütün ürünü(puro, pipo, nargile) kullanımı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Bu farklılığın üç, sekiz ve dokuz numaralı kişilik tiplerinden kaynaklandığı anlaşıldı.($p<0,05$) Sekiz numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %40,4'ü sigara dışındaki tütün ürünü kullanıyorken, üç numaralı kişilik tipine sahip bireylerin %85,8'i dokuz numaralı kişilik tipine sahip bireylerin de %83,9'u bu ürünleri kullanmamaktaydılar.

Kişilik tipleri ile medeni durum arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu($p<0,05$). Evli bireyler en fazla iki numaralı kişilik tipinde (%29,5) bekar bireyler en fazla iki numaralı kişilik tipine (%19,54), boşanmış veya eşi ölmüş bireyler en fazla beş numaralı (%20) kişilik tipine sahiptiler. Bu farklılığın evli gruptan kaynaklandığı istatistiksel olarak ortaya kondu.

Kişilik tipleri ile eğitim durumu arasında ise anlamlı herhangi bir ilişki saptanmadı.

6.SONUÇ VE GENEL ÖNERİLER

Sonuç olarak yaptığımız bu çalışmada kişilik tipleri ve sigara kullanımı arasında bir ilişki olduğunu ancak sigara kullanımı ile yaş grupları arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Sigara kullanımı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vardı. Sigara kullanımı ile medeni durum arasında boşanmış veya eşi ölmüş gruptan kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Sigara kullanımı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Sigara kullanımı ile vücut kitle indeksi(VKİ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Sigara kullanımı ile sigara dışındaki tütün ürünü(puro, pipo, nargile) kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Sigara kullanımı ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Kişilik tipi ile sigara kullanımı arasında bir ve sekiz numaralı kişilik tiplerinden kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kişilik tipi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Kişilik tipi ve medeni durum arasında evli gruptan kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kişilik tipi ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi fark saptanmadı. Kişilik tipi ile sigara dışındaki tütün ürünü(puro, pipo, nargile) kullanımı arasında üç, sekiz ve dokuz numaralı kişilik tiplerinden kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.

Tüm bu sonuçların ışığında sigara kullanımının önlenabilir küresel bir sağlık sorunu olmasından dolayı, sigara bıraktırma etkinliğimizi hastaların kişilik tiplerini göz önünde bulundurarak arttırabiliriz. Birinci basamakta hastanın sadece başvuru sebebi olan yakınmalarına odaklanmak yerine bütüncül bir yaklaşım içerisinde, hastanın söz konusu yakınması ile ilişkili olabileceği düşünülerek, biyolojik faktörlerle birlikte psikolojik, sosyolojik, kültürel özelliklerinin yanında kişilik yapısının da irdelenmesi, doğru tanıya ulaşmaya yardımcı olacaktır. Özellikle sigara bıraktırma polikliniklerinde bu yaklaşım başarıyı arttırabileceği gibi zaman kaybının da önüne geçebilir. Sigara bıraktırma konusunda kişilik tipi de göz önünde bulundurularak daha efektif çalışmalar yapılmasına katkı sağlayabilmek, sigaraya bağlı hastalık ve sağlık harcamalarını azaltabilmek adına yapmış olduğumuz çalışma çok daha geniş kapsamlı çalışmalarla desteklenmelidir.

7.KAYNAKLAR

1. World No Tobacco Day, <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/> (Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2005) Akvardar Y. Alkol İle İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2005;1(47):5-9.
2. Kesim MD:Sigara ve Gebelik. şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2004;38(2); 7-14.
3. Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN; ed. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara; 1998:1-8.
4. Barut Y. Üniversite öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve uyuşturuğu madde kullanılmasının araştırılması. Sağlık Dergisi 1992;64:11-1
5. U.S Department of Healt and Human Services.Smoking and healt in the Americas. Atlanta, Georgia : U.S Department of Healt and Human Services Puplic Healt Service Centers for Disease Control, National Center for Chroric Disease Prevention and Healt Promotion ,Office on Smoking and Healt,DHSSpuplication no (CDC).1992;(19):84-9
6. Previous No Tobacco Days <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/en/> (Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2005)
7. World Health Organization. World HealthReport. 1999.
8. Abrams DB Wilson GT Habit disorders, alcohol and tabacco depedence. Review of Psychiatry, AJ Frances,RE Hales,Washington DC, American Psychiatric Pres, 1986 s.606
9. Doğan YB Driking behavior in a changing country.Brj Addict 1982;77:209-210
10. Dalac GW,Glasman AH;Cavey LS Nicotin Use.Current Psychiatric Therapy,L Dunner (Ed),Philadelphia,WB Saunders Company, 1993 s.114
11. Byrne DG, Byrne AE,Reinhart MI Personality stres and the decision to commence cigarete smoking in adolesence. J Psychosom Res. 1995;39:53-62 57

12. Sieber MF Angst I Alcol taboca and cannabis .12 year longitudinal associations with antecetend social context and personality. *Drug Alcohol Depend*, 1990 25:281-292
13. Hakulinen, Christian, et al. "Personality and smoking: individual-participant meta-analysis of nine cohort studies." *Addiction* 110.11 (2015): 1844-1852.
14. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2007;33(2):91-96.
15. Kayaalp OS. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 2. Cilt, 8. Basım, Ankara, Hacettepe-Tas Kitapçılık;1210-18, 1998.
16. World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, World Bank. 1999.
17. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. *Bull World Health Organ* 78: 867, 2000.
18. Gülbayrak, Canan, et al. "Elazığ il merkezinde iki eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde kadınların sigara içme sıklığı." *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 26.4 (2004): 158-64.
19. Kaşıkçı, Mağfiret, et al. "Türkiye'deki Erzurum Atatürk Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları." *Tur Toraks Der* 9 (2008): 93-8.
20. World Health Organization, *World Health Report 1999*. Geneva: WHO, 1999.
21. A clinical practice guideline for treathing tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 283: 3244-54, 2000
22. US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, 84 CDC, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Atlanta, Georgia. CDC. 1994.

23. Çan, G. and N. Özyardımcı. "Sigara epidemiyolojisi." *Özyardımcı N* (2002): 49-58.
24. Türk Toplumunda Sigara İçme Davranışları Ve Sigara İçme Ve Sigara Karşıtı Kampanyalara Karsı Tutumlar. TC Sağlık Bakanlığı Raporu, PAR, Ocak 1988.
25. Satman I, Yılmaz T, Şengül A et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*; 25:1551-6, 2002.
26. Dabak Ş. Sigara ve Sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık;1-32, 2004.
27. Çan, Gamze, et al. "Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı." *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 55.2 (2007): 141-147.
28. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 199-208, 2000.
29. US Department of Health and Human services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services.1982.
30. Warren, Charles W., et al. "Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project." *Bulletin of the world Health Organization* 78.7 (2000): 868-876.
31. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
32. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
33. Akdur R, Soydal T. Uluslararası Katılımlı Üçüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Bildirisi. *Tütünsüz Yaşam Dergisi*; 2:1-3, 2006.

34. Çan G, Sigara Epidemiyolojisi. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 49-58, 2002.
35. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. n D'Amato G, Holgate ST; eds. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon 21:161-79, 2002.
36. Barış İ, T.C. Kültür Bakanlığı Başvuru Kitapları, Sigara ve Gençlik, sayfa 18,73, 1997.
37. Kumar V., Cotran RS., Robbins SL., Temel Patoloji (Basic Pathology), fifth edition, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları, sayfa: 219-220,280, 1995.
38. Foster WM, Langenback EG, Bergofsky EH. Disassociation in the mucociliary function of central and peripheral airways of asymptomatic smokers. Am Rev Respir Dis;132:633-9, 1985.
39. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. Clin Chest Med;21:121-37, 2000
40. Akar B, Özyardımcı N, Kronik bronşit ve sigara. Akciğer Arşivi; 1: 45-8, 2002.
41. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med;154:1579-80, 1996.
42. Yamada T. Gastroenteroloji El Kitabı, 1. baskı, Lippincott Williams&Wilkins, s.267,486, 2002.
43. Özkayın, Nadir, and Kemal Aktuğlu. "Sigaranın Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri." *STED* 12.3 (2003): 102.
44. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ 309: 937-9, 1994.
45. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function.Am Rev Respir Dis;123:149-55, 1981.

46. Barlett JG. Solunum Yolu Enfeksiyonları Tedavisi, Türkçe gözden geçirilmiş 2. baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık-Lippincott Williams&Wilkins, sayfa;157-165, 2001.
47. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji, İstanbul, Deniz Matbaası, sayfa 418, 500, 582, 1999.
48. Kara, İsmail Hamdi, and Karanfil Sıtmıpnar. "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Çocuklarda Pasif Sigara İçiciliğinin Solunum Sistemi Üzerine Etkileri." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 10.2 (2007): 55-59.
49. Karlıkaya, Celal, et al. "Tütün kontrolü." *Toraks dergisi* 7.1 (2006): 51-64.
50. Aydınlar A. Sigaranın kardiovasküler sistem üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 206-215, 2002.
51. McEwan JR. Kardiyolojide Güncel Konular, London, BMJ Publishing Group, Sayfa 5, 1998.
52. Çalışkan M, Çiftçi Ö, PolatE, Güllü H, Müdderisoglu H. Akut light sigara içilmesi ile Uyarılan sol ve sağ ventrikül işlevlerindeki değişiklikler, MN kardiyoloji;15(2):75-83, 2008.
53. Yamada T., Gastroenteroloji El Kitabı, 1. baskı, Lippincott Williams&Wilkins, sayfa 240, 2002.
54. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No:2. http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02html#_edn7; 2003.
55. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from İzmir Cancer Registry. Eur J Cancer 37: 83-92, 2001.
56. Öztuna F, Sigaranın hücrel etkileri. Akciğer Arşivi; 2: 111-116, :2004.
57. Smoking and Health, Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, 1964.

58. American Lung Association. Fact Sheet. Smoking and Women Fact Sheet. <http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK9O0E&b=33572>, 13.05.2009.
59. Uncu G, Sigaranın fertilite ve gebelik üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 257-280, 2002.
60. Karlıkaya C. Sigara ve Meslek. Solunum Dergisi; 6(6): 262-275, 2004
61. U.S.Environmental Protection Agency (U.S.EPA). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. EPA/600/6-90/006F. Washington, DC, EPA Office of Research and Development. 1992.
62. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respiriology; 8:123-30, 2003.
63. Ediger D. Sigara ve astım. İn: Sigara ve Sağlık. Bursa; 162-70, 2002.
64. Zevin S. Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. Clin Pharmacokinet; 36:425-38, 1999.
65. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 (conference ed, 2 vols). Washington, DC, US Department of Health and Human Services. 2000.
66. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking behaviour and attitudes (Turkey). Final Report of Research for International Tobacco Control. Ankara. 1997
67. Narrie J. Guise, Michael G. Goldstein, Matthew M. Clark, Ronald W.Thebarger, Bhavior Change: The Example of Smoking Cessation, Noble J.(Editor-in-Chief) Text Book of Primary Care Medicine, Second edition by Mosby-year Book, Inc, 1650-1656, 1996.
68. Köroğlu E. (Çeviri editörü), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-4, 4.baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, cilt 1, sayfa 276-278, 2007.
69. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Finding from an epidemiologic study of young adults. Am J Psychiatry; 149: 464-9, 1992.

70. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. Akciğer Arşivi 3:129-39, 2002.
71. Hughes JR. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams&Wilkins; 1033-8, 2000.
72. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schoeder DR. Bupropion for smoking sation: Predictors of successful outcome. Chest; 119:1357-64, 2001.
73. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. Chest;123:1916-23, 2003.
74. Ögel K, Tamar D, Karalı A,Çakmak D. Alkol ve Madde Kullanımı Bozuklukları El Kitabı. AMATEM Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,1998
75. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax; 55:987-99, 2000.
76. Özşahin K., Ünsal A., Erdoğan F., Gereklıoğlu Ç., Bakar C., Tokalak İ., Sigara Bırakma üzerinde etkili faktörler Aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(3):181-186, 2007.
77. Gretchen L, Zmmerman D, Cynthia G. Olsen et al. A ‘Stages of Change’ Approach to Helping Patients Change Behavior, American Family Physician; 61: 1409-1416, 2000.
78. CDC. Health Objectives for the Nation Cigarette Smoking Among Adults, United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 43:925-30, 1994.
79. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. JAMA; 261:49-55, 1989.
80. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak A, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 7:51-64, 2006.

81. The state of managed care quality 2. National Committee for Quality Assurance. Washington, D.C, 2000.
82. Aslan D, Bilir N. Tütün ve tütün ürünleri ile mücadele ve bu mücadelede hekimin rolü. Sted; 15(4): 8-9, 2006.
83. Chapman S. Tobacco Control. BMJ;313: 97–100, 1996.
84. Metintaş M, Süerdem M.(Ed). Sigara Bırakma Tedavi Önerileri. Sigara Bırakma Tedavisi içinde. _kinci baskı. Toraks Derneği Eğitimi Kitapları Serisi; B1, 2005.
85. Coleman T. Use of simple advice and behavioural support. BMJ; 328; 397-399, 2004.
86. Yüksel EG, Sigaraya Başlamanın Önlenmesinde Hekimin Rolü. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 429-440, 2002.
87. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco control country profiles. Atlanta GA; American Cancer Society 344, 2000.
88. Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. N Engl J Med 314 (2): 79-82, 1986.
89. Mahaney MC, Hyland A, Tabacco Cessation. İn: South-Paul JE, Lewis EL, Matheny SC, Current Diagnosis Treatment In Family Medicine, International Ed. Mc Graw-Hill;654-661, 2004.
90. Türkoğlu M, Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Ve Bırakma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, 2007.
91. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. Monaldi Arch Chest Dis 52: 282-4,1997.
92. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi 4: 225-234, 2003.

93. Manley MW, Epps RP, Glynn TJ: The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am* 76(2): 477-94, 1992.
94. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 158: 2035-9, 1998.
95. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 346(7): 506-12, 2002.
96. Çan, Gamze; Öztuna, Funda; Topbas, Murat. Sigara bırakma ile ilişkili yakınmalar Çalışması. *Tüberküloz ve Toraks*; 55(4):364-369, 2007.
97. Aslan D, Bilir N. Sigarayı bırakma yaklaşımları ve hekim tutumun rolü. *Sted*;15(8): 7-8, 2006.
98. Özge C. Sigara bırakma tedavisinde yeni tedavi seçeneği: nikotin asısı. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*; 18:231-234, 2006.
99. Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social Smoking Among US College Students. *Pediatrics*; 114: 1028-1034, 2004
100. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları, *Hacettepe Tıp Dergisi*; 36:75-79, 2005.
101. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 36: 75-79, 2005.
102. Slama K. Tobacco ad prevention. A guide for low income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 1998.
103. UICC. UICC Tobacco Control Fact Sheet 4. Tobacco Taxation and Price Policies. Tobacco and Cancer Programme, International Union Against Cancer, http://www.globalink.org/tobacco/fact_sheets/04fact.htm, 13.05.2009.

104. Özlü T, Gençlik ve Sigara. _n: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 74-84, 2002.
105. Yelboğa, Atilla. Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2006;8(2):196-211.
106. Şehabettinoğlu Ş. Kişilik Tipleri Ve Hastalıklara Yatkınlık. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.
107. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(2):154-177.
108. Topçu MK.Çalışanların Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara, 2015.
109. Jensen AR. Galton's Legacy to Research on Intelligence. Journal of Biosocial Science. Newyork, 2002;(34)02:145-148.
110. Yurtsever H. Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
111. Hamamcı Z, Hamamcı E.Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2015;1(4)13 ISSN: 2146-9199.
112. Dal V. Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta, 2009.
113. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1995:69.

114. Cloninger, C. Robert. "A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states." *Psychiatric developments* 3.2 (1986): 167-226.
115. Sıgır Ü, Gürbüz S. Örgütte Bireysel Farklılıklar, Kişilik ve Değerler. Örgütsel Davranış. İstanbul, Beta Yayınları. 2013:94-135.
116. Soysal A. Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması. Çimento İşveren Dergisi. 2008;22(1):4-19.
117. Zel U. Yönetimde Kişilik ve Kişilik Özellikleri; Yönetim ve Organizasyon, Editör: S. Güney, Nobel Yayınları, Ankara, 2001:141-413.
118. Eroğlu F. Davranış Bilimleri, Beta Basım Yayım, İstanbul. 1998. Sf: 6-35.
119. İrkin AÇ. Çocukların gelişim süreci ve televizyonun etkileri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Ankara, 2012.
120. Kuzgun Y. Kendini gerçekleştirme. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi 1972;10(1):162-172.
121. Levinson DJ. A Conception of Adult Development, American Psychologist. 1986;41(1):37.
122. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. Enneagramdan Dokuz Tip Mizaç Modeline Bir Öneri. Eğitim ve Bilim, Ankara 2014;39(173):402-404.
123. Bedow AK. Attachment Styles and Enneagram Types: Development and Testing of an Integrated Typology for use in Marriage and Family Therapy. Dissertation submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy In Human Development. Blacksburg, Virginia 2008.
124. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele. 2. Baskı. Erzurum, 2013. Syf.39-232.

125. Sharp PM. A factor analytic study of three Enneagram personality inventories and the Vocational Preference Inventory. Diss. Texas Tech University, 1994:23-47.
126. Webb K. Principles of the Enneagram. Singing Dragon, 2012;25-29.
127. Wagner JP, Walker RE. Reliability and validity study of a Sufi personality typology: The Enneagram. Journal of Clinical Psychology. 1983;39(5):712-717.
128. Maitri S, The Spiritual Dimension of the Enneagram: Nine Faces of the Soul, New York, 2009;22-151.
129. KITER, Göksel, et al. "Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri." *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 56.1 (2008): 30-36.
130. PIAR Araştırma Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. 1988. İstanbul.
131. Vineis P, Airolidi L, Veglia P et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. BMJ 2005;330:277.
132. Sunay, D., Sivri, F., Dilbaz, N., & Şengezer, T. (2014). Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 42-48.
133. Yalçın, C., 2013, "Obezite tanısı almış hastalarda psikiyatrik komorbidite araştırması", Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon.
134. Molarius, A. et al., 1999, "Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 population of the WHO MONICA Project", J Clin Epidemiol, 52:1213-1224.
135. Özyurt B, Dinç G (2006). Manisa'da Okul Çağı Çocuklarda Alkol Kullanım Sıklığı Ve Alkol Kullanımı İle İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni;5(2).

136. Çamur D, Özcebe H, Akdağ D (2003). Bir Lisenin Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Sıklığı (Ankara 2002). 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Sivas: 176.
137. Pirinççi Edibe, Erdem Ramazan (2004). Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerin Alkol kullanma Alışkanlıkları. AÜTD: 71–76.
138. Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, Öğün E, Simsek T (2001). “Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dönem 2 Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı”. Bağımlılık Dergisi; 2(2) 9–52.
139. Yıldırım İ(1997). Sigara Alkol ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitimi Fakültesi Dergisi; 13: 147–155.
140. McNeill AD, Jarvis MJ, Stapleton JA et al (1989). Prospective Study of Factors Predicting Uptake of Smoking in Adolescents. J Epidemiol Community Health 43: 72–8.
141. Jackson D, Aveyard P. Waterpipe smoking in students: Prevalence, risk factors, symptoms of addiction, and smoke intake. Evidence from one British university. BMC Public Health 2008, 8:174.
142. Maziak W, Eissenberg T, Rastam S, Hammal F, Asfar T, Bachir ME, Fouad MF, Ward KD, Maziak W, Eissenberg T, et al: Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. Annals of Epidemiology 2004, 14:646-654.
143. Maziak W, Hammal F, Rastam S, Asfar T, Eissenberg T, Bachir ME, Fouad MF, Ward KD, Maziak W, Hammal F, et al: Characteristics of cigarette smoking and quitting among university students in Syria. Preventive Medicine 2004, 39:330-336.
144. Özcebe, Hilal, et al. "Üniversite Öğrencilerinin Nargile İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri." *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13.1 (2014).

145. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, Kırmızıgül E.Nargile içenlerin Nargile içme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Toraks Dergisi, 2005;6(2):137-143.
146. Juang KD, Wang Sj, Fuh JL ve ark. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. Headache. 2000;40:818-823.
147. İnan L, Soykan C, Tulunay FC (1994) MMPI profiles of Turkish headache sufferers. Headache. 1994;34:152-154.
148. Enneagram Institute (2010). The Enneagram institute: World headquarters. <http://www.enneagraminstitute.com>. Erişim Tarihi:17.08.2016.
149. Erik L. “Baş ağrısı olan hastalarda kişilik tipleri” Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır. 2016.

8.EKLER

8.1. EK-1(Anket formu)

SİGARA İÇME DURUMU İLE KİŞİLİK TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

S.1) Yaşınız:.....

S.2) Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

S.3) Boy:..... S.4) Kilo:.....

S.5) Medeni Haliniz: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Eşi ölmüş

S.6) Yaşadığınız yer: 1)İl 2)İlçe 3)Kasaba 4)Köy

S.7) Eğitim durumunuz:

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite

7) Yüksek Lisans

8) Doktora

S.8) Mesleğiniz:

S.9) Gelir durumunuz:

1) Gelir yok

2) 1300 TL veya daha az

3) 1301 TL ile 4500 TL arası

4) 4500 TL veya üstü

S.10) Sigara kullanıyor musunuz?

0) Hayır (cevabınız “hayır” ise 20. soruya geçiniz.)	1) Evet (cevabınız “evet” ise aşağıdakileri doldurun)	2) Bıraktım (cevabınız “bıraktım” ise aşağıdakileri doldurun)
	S.11) Kaç yaşında başladınız:..... S.12) Kaç yıldır kullanıyorsunuz:..... S.13) Günde ne kadar içiyorsunuz:.....	S.14) Ne zaman bıraktınız:..... S.15) Kaç yıl boyunca içtiniz:..... S.16) Günde ne kadar içiyordunuz:..... S.17) Kaçınıcı denemede bıraktınız:.....

S.18) Şu an sigara kullanıyorsanız hayatınızda hiç bırakmayı denediniz mi?

0)Hayır

1)Evet (cevabınız “evet” ise; S.19) Kaç kez bırakmayı denediniz?.....)

S.20) Sigara dışında başka tütün ürünü kullanıyor musunuz (puro, pipo, nargile) ?

0)Hayır

1)Evet (cevabınız “evet” ise 21. soruyu da yanıtlayınız.)

S.21) Hangisini / hangilerini kullanıyorsunuz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) puro

b) pipo

c) nargile

S.22) Bağımlılık yapıcı madde kullanıyor musunuz veya hiç kullandınız mı(esrar, uyuşturucu, hap)?

0) Hayır

1) Evet

S.23) Alkol kullanıyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet

Anket no :

TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ		0-Kesinlikle hayır	1-Hayır	2-Kısmen Hayır	3-Ne evet ne hayır	4-Kısmen evet	5-Evet	6-Kesinlikle evet
No	Aşağıdaki sorular kişilik tipinizi belirlememize yardımcı olacaktır. Lütfen genel yaşantınızı dikkate alarak her bir soru için size en uygun kutucuğa işaret koyunuz.							
1	Bütün seçenekleri değerlendirdiğim için eyleme geçmekte zorlanırım. (5)							
2	Detaylar konusunda çok hassasım. (1)							
3	Eleştirel bir bakış açısına sahibim. (1)							
4	Neyin tehlikeli ya da zararlı olacağını hemen tespit ederim. (6)							
5	Yaptığım işi en ince ayrıntısına kadar düşünür, öyle yaparım. (1)							
6	Alçakgönüllü biriyim. (2)							
7	Can sıkıntısına hiç tahammül edemem. (7)							
8	İnsanların benimle, lafı evirip çevirmeden dosdoğru konuşmalarını isterim. (8)							
9	Takdir edilmek benim için çok önemlidir. (2)							
10	Bir iş verdiğim insan çok yavaş çalışırsa, işi ondan alıp kendim tamamlarım. (3)							
11	Çok azimli biriyim. (8)							
12	Çok çalışkan biriyim. (3)							
13	Elimi attığım hemen her işin altından kalkarım. (3)							
14	Her zaman ulaşmak istediğim bir hedefim vardır. (3)							
15	Her zaman yapacak işim vardır. (3)							
16	Çabuk kırılabilirim. (4)							
17	Çok hassas bir insanım. (4)							
18	Çok yoğun duygular yaşarım. (4)							
19	Estetik anlayışım çok gelişmiştir. (4)							
20	Sık sık hüzünlenirim. (4)							
21	Araştırmacı biriyim. (5)							
22	Ayrıntılara çok dikkat ederim. (1)							
23	Gözlem yeteneğim çok iyidir. (5)							
24	Hayal dünyam çok gelişmiştir. (4)							
25	Sanatçı ruhluyum. (4)							
26	Kendimi emniyette hissetmek için sürekli tetikte olmam gerekir. (6)							
27	Riske girmekten hoşlanmam. (6)							
28	Şüpheliğim risk almama engel olur. (6)							
29	Yönetici pozisyonunda olmaktan rahatsızlık duyarım. (6)							
30	Aktif ve sosyal bir insanım. (7)							
31	Bitmek tükenmek bilmeyen bir enerjiye sahibim. (7)							
32	Genelde neşeli biriyim. (7)							
33	Girdiğim ortama neşe saçarım. (7)							
34	Girdiğim her savaşı kazanamayabilirim ama düşmanlarım beni kolay kolay unutamazlar. (8)							
35	Her işi başarabilirim. (3)							
36	Her zaman kendi başıma buyruk olmayı tercih ederim. (8)							
37	Herkesten farklı olduğumu düşünürüm. (4)							
38	Sıra dışı olmak benim için önemlidir. (5)							
39	Tartışmalarda kolay kolay geri adım atmam. (8)							
40	Birine açıkça öfkelenmekte zorlanırım. (9)							
41	En çok kaçındığım şey çatışmadır. (9)							
42	En önemli özelliğim barışçı ve uyumlu olmaktır. (9)							
43	Huzur ve sükûneti korumak için elimden gelen her şeyi yaparım. (9)							
44	Sabırlı biriyim. (9)							