



**T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ERİŞKİNLERDE SİGARA BAĞIMLILIĞININ ALEKSİTİMİ  
D ZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Esra Sağlam**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2023**





**T. C. SAğLIK BAKANLIğI**

**PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ERİŞKİNLERDE ŐİGARA BAğIMLILIğININ ALEKSİTİMİ  
DZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Esra Sağlam**

**Tez DanıŐmanı: Prof. Dr. Seçil Gnher Arıca**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2023**

## TEŞEKKÜR

Tez danıőmanım olan, her konuda anlayıőlı, samimi ve yardımsever olup desteklerini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Seçil GÜNHER ARICA'ya,

Tez yazım sürecinde içtenlikle bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocam Uzm. Dr. Feyza Nur Erdem'e, Uzm. Dr. Nilay Çom Aybal 'a ve değerli uzmanlarıma,

Asistanlığım boyunca beraber çalıőtıęım asistan arkadaşlarım ve tüm ekip arkadaşlarıma,

Desteklerini esirgemeyen başta annem ve babam olmak üzere tüm aileme,

Teőekkürü bir borç bilir; sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Dr. Esra Sağlam**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ark.</b>	: arkadaşları
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FNBT</b>	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KYTA</b>	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
<b>NRT</b>	: Nikotin Replasman Tedavisi
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>TAÖ</b>	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
<b>TAS</b>	: Toronto Alexithymia Scale

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. SİGARA .....	3
2.1.1 Sigara Kullanımı ve Demografik Veriler.....	3
2.1.2 Sigaranın Sağlığa Etkileri.....	6
2.1.3 Nikotin Bağımlılığı .....	8
2.1.4 Nikotin Yoksunluğu.....	10
2.1.5 Sigara Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı.....	11
2.1.6 Sigara Bağımlılığını Etkileyen Faktörler .....	11
2.1.7 Sigara Bırakmada İlaçların Etkinliği.....	12
2.2 ALEKSİTİMİ .....	13
2.2.1 Tanımı .....	13
2.2.2 Aleksitimi Belirti ve Özellikleri.....	14
2.2.3 Aleksitimiye Eşlik Eden Bozukluklar .....	16
2.3 SİGARA BAĞIMLILIĞI ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİ .....	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	18
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ .....	18

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ.....	18
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri .....	19
3.2.2. Dahil Edilmeme Kriterleri.....	19
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI .....	19
3.3.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği .....	20
3.3.2 Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği (FNBT).....	20
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	20
4.BULGULAR.....	22
5.TARTIŞMA .....	47
6.SONUÇ .....	53
KAYNAKLAR .....	55

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1 .Sigaranın Sağlığa etkileri.....	7
Tablo 2. DSM-V Kriterleri Tütün Kullanım Bozukluğu .....	9
Tablo 3. DSM -V Kriterleri Tütün Yoksunluğu.....	10
Tablo 4. Aleksitimik kişilik özellikleri .....	15
Tablo 5. Katılımcıların yaşları .....	22
Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları.....	22
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküleri.....	23
Tablo 8. Katılımcıların kullandıkları sigara bırakma tedavileri.....	24
Tablo 9. Katılımcıların tıbbi öykü ve alışkanlıkları.....	24
Tablo 10. Katılımcıların sigara içme süreleri.....	25
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım adetlerinin karşılaştırılması .....	26
Tablo 12. Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık testi sorularına verdikleri yanıtlar.....	27
Tablo 13. Katılımcıların TAS-20 sorularına verdikleri yanıtlar .....	28
Tablo 14. Katılımcıların TAS-20 sorularından aldıkları puanlar.....	29
Tablo 15. Katılımcıların TAS-20 ölçeğinden aldıkları puanların değerlendirilmesi. ....	30
Tablo 16. Katılımcıların TAS-20 puanına göre aleksitimi durumları.....	30
Tablo 17. Katılımcıların FNBT puanları.....	31
Tablo 18. Katılımcıların FNBT puanlarının yorumlanması.....	31
Tablo 19. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle sigara bırakmayı deneme durumlarının karşılaştırılması .....	32
Tablo 20. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle TAS-20 ölçek puanlarının karşılaştırılması .....	32
Tablo 21. Katılımcıların aleksitimi durumlarıyla FNBT puanlarının karşılaştırılması .....	33
Tablo 22. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle Psikiyatrik tedavi alma durumlarının karşılaştırılması .....	33

Tablo 23. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla TAS-20 ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 24. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Duygularını Tanımada Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	35
Tablo 25. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	37
Tablo 26. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Dışa vuruk düşünce alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	39
Tablo 27. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Duygularını Tanımada Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	42
Tablo 28. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	42
Tablo 29. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	43
Tablo 30. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla FNBT puanlarının karşılaştırılması .....	44
Tablo 31. Yaş ile TAS-20 ve FNBT puanları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi.....	45
Tablo 32. Katılımcıların sigara kullanma durumuyla cinsiyetlerinin karşılaştırılması .....	46

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye’de 2000 ,2010 ,2025 yıllarında erkek ve kadınlarda sigara kullanma oranları .....	4
Şekil 2. 2007-2015 yıllarında ülkelerin cinsiyete ve gelir düzeylerine göre sigara içme prevalansı.....	5
Şekil 3. Öğrenim durumu ile Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanının değerlendirilmesi.....	38
Şekil 4. Cinsiyet ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi .....	40
Şekil 5. İlaç kullanımı ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi .....	40
Şekil 6. Psikiyatrik tedavi alma durumu ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi.....	41
Şekil 7. Aile tipi ile FNBT puanının değerlendirilmesi .....	45

## ÖZET

**AMAÇ:** Sigara kullanımı hem fiziksel hem de psikolojik bir bağımlılık olarak kabul edilir. Aleksitimi kısıtlı hayal gücü, bireyin duygularını anlatmasında ve çözümleme yeteneğinde azalma, empati yoksunluğu, dışa dönük kişisel özelliklere sahip olma ve dürtüsel davranışa meyil ile nitelendirilebilir. Nikotin bağımlılığının aleksitimi üzerine etkisi araştırılmış; fakat sonuçlar kısıtlıdır. Bizim çalışmamızdaki amaç da erişkinlerdeki sigara bağımlılığının aleksitimiye etkisini incelemektir

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Çalışmamız Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Şişli Eğitim ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arasındaki bireylerden çalışmayı kabul edenlere, yüzyüze veya telefonla arayarak ulaşıp anketimiz uygulanmıştır. Anket soruları; kişilerin sosyodemografik özellikleri, sigara bağımlılık düzeyini ölçen Fagerström Nikotin Bağımlılık testi ve Toronto Aleksitimi ölçeğinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 istatistik programı kullanılmış ve  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamızda 160 kişi değerlendirildi ve bu kişilerin yaş ortalaması  $33,99\pm 10,57$  yıl idi. Katılımcıların %56,25'i (n=90) erkek, %49,38'i (n=79) lise mezunuydu. %55,63'ü evliyken, çocuk sahibi olanların oranı %46,25 (n=74) olarak hesaplandı. %28,75'i (n=46) hiç spor yapmadığını ifade etti. Katılımcıların %36,25'inin (n=58) bir kronik hastalığı vardı. Katılımcıların %25,62'sinin (n=41) psikiyatrik tedavi aldığı ve %55,63'ünün (n=89) sigara kullandığı belirlendi. Günde 10 ve daha az sigara içen kadın katılımcıların yüzdesi erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti. ( $p=0,026$ ) Çalışmada katılımcıların %9,43'ü "aleksitimik" (59 puan ve üstü) olarak değerlendirildi. Katılımcılardan kadın, herhangi bir düzenli ilaç kullanımı olan ve psikiyatrik tedavi almış olanların Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. Katılımcılardan öğrenim düzeyi ilkokul olanların Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanları lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyi ile TAS-20 ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki görülmedi. Yalnız yaşayanların FNBT puanı diğer aile tipine sahip grupta yer alanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çalışmaya katılanlardan

erkeklerin sigara kullanma oranı kadınlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamızda katılımcıların önemli bir kısmında sigara bağımlılığı tespit edilmiştir. Sigara kullanımının bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkili olabileceği görülmüştür. Aleksitiminin Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanları ile eğitim seviyesindeki düşüklük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadın, herhangi bir düzenli ilaç kullanımı olan ve psikiyatrik tedavi almış olanların Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Ancak sigara bağımlılığına sahip olmanın aleksitimi üzerine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Bu konuda daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Aleksitimi, Sigara bağımlılığı, Nikotin

## ABSTRACT

### "EXAMINING THE EFFECT OF CIGARETTE ADDICTION ON ALEXITHYMIA LEVELS IN ADULTS"

**AIM:** Cigarette smoking is recognized as both a physical and psychological addiction. Alexithymia can be characterized by limited imagination, decreased ability to express and analyze one's own emotions, lack of empathy, having outgoing personal characteristics, and a tendency towards impulsive behavior. The effect of nicotine addiction on alexithymia has been studied, but the results are limited. The aim of our study is to examine the effect of cigarette addiction on alexithymia in adults.

**PATIENTS AND METHODS:** In our study, those who agreed to participate in the study among individuals aged 18-65 years who applied to Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital Şişli Education ASM for any reason were contacted face-to-face or by phone and our questionnaire was applied. The survey questions were developed using individuals' socio-demographic characteristics, the Fagerström Nicotine Dependence Test, which measures the level of cigarette addiction, and the Toronto Alexithymia Scale. In evaluating the findings obtained in our research, the statistical program SPSS 25 was used, and a significance level of  $p < 0.05$  was considered significant.

**RESULTS:** In our study, 160 individuals were evaluated, and the mean age of these individuals was  $33.99 \pm 10.57$ . 56.25% (n=90) of the participants were male, and 49.38% (n=79) of them had a high school degree. While 55.63% were married, the proportion of those who had children was calculated as 46.25% (n=74). 28.75% (n=46) of them stated that they did not do any sports. 36.25% (n=58) of the participants had a chronic illness. It was determined that 25.62% (n=41) of the participants received psychiatric treatment and 55.63% (n=89) of them used tobacco. The percentage of female participants who smoked 10 or fewer cigarettes per day was significantly higher than that of male participants ( $p=0,026$ ). In the study, 9.43% of the participants were evaluated as "alexithymic" (scoring 59 and above). It was found that female participants who were using any regular medication and receiving psychiatric treatment had significantly lower scores in the sub-dimension of Extraversion

Thinking. It was found that participants with primary education had significantly higher scores in the sub-dimension of Difficulty in Speaking Out Emotions compared to those who graduated from high school or university. There was no statistically significant relationship between participants' level of smoking addiction and their TAS-20 scale scores. The FNBT scores of individuals living alone were found to be significantly higher compared to those in the group with other types of family structures. The smoking rate of male participants was statistically significantly higher than that of females in the study ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSION:** In our study, a significant portion of the participants are found to have cigarette addiction. It has been observed that cigarette use may be associated with certain sociodemographic factors. A significant relationship is found between the Difficulty in Speaking Out Emotions subscale scores of alexithymia and lower levels of education. It has been found that women and who had any regular medication use and received psychiatric treatment have significantly lower scores on the Extraversion Thinking subscale. However, no significant effect of having tobacco addiction on alexithymia is found. Further comprehensive studies are needed on this issue.

**KEY WORDS:** Alexithymia, Smoking addiction, Nicotine

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Maddenin devamlı kullanılmasıyla ilerleyen süreç içerisinde beyin hücrelerinin fonksiyonlarında değişiklikler oluşur. Bu tür değişiklikler bireyin devam eden madde kullanımını sebebiyle meydana gelir. Bağımlılık, alınan maddeyle rastlaşma ve farklılaşma nedeniyle oluşur(1). Sigara kullanan çoğu insan tarafından sigara bağımlılığı inkâr edilen bir durumdur. Sigara kullanıcılarının çoğu istediklerinde kolaylıkla sigaradan vazgeçebileceklerini düşündüklerini ifade ederler(2).

Bağımlılıktan sorumlu madde nikotindir. Sigara içildikten saniyeler sonrasında nikotin beyne geçer. Sigara sinir sisteminin yanı sıra kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemini de etkiler(3).

Kişi bağımlı olduğu zaman aynı maddeyi sürekli kullanmaya devam eder. Bu durum hastalığa dönüşür. Bağımlılığın tedavisi mümkündür. Ancak yaşamları süresince bağımlılık tedavisi alan kişilerin hassasiyetleri sürer(4). Kişi sigara kullanmayı bıraktığında vücuttaki nikotinin azalmasıyla yoksunluk çekmeye başlar. Huzursuzluk, uykusuzluk, anksiyete, bazen uykuya meyil, konsantrasyonda zorluk, öfkelenme, aşırı tepki verme, depresyon, iştah artışı ve aşırı sigara içme isteği gibi sorunlar nikotin yoksunluğunda yaşanabilir.

Dünyada 1 dakika içerisinde 10 kişi nikotin kullanımını nedeniyle ölmektedir. Bazı araştırmalara göre 2030'da tütün nedeniyle toplam ölüm sayısının 8,4 milyona kadar çıkacağı tahmin edilmektedir(5). Ülkemiz de sigara kullanma oranına göre dünya genelinde, üst sıralarda olan ülkeler içerisinde(6). Türkiye'de sigara nedeniyle oluşan hastalıklardan dolayı 110 bin insan her sene ölmektedir(7). Geri kalmış ülkelerde sigara içme sayısı yükselmeye meyillidir. Gelişmiş ülkelerde ise sigara içme sayısında düşme eğilimi vardır(5).

Aleksitimi en sade şekliyle 'duygu körlüğü' olarak tanımlanabilir. Aleksitimik kişiler bedensel duyuların farkını algılamada zorluk çekerler. Duyguları söze dökemezler. Hayal dünyaları sınırlıdır. Empati yapmak onlar için güçtür. İçeride dönük tarzda düşünme yapısına sahiptirler. Soyut düşünceden uzaktırlar(8).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)' e göre Aleksitimi ruhsal bir rahatsızlık olarak belirtilmemiştir. 20 sorudan oluşan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) ile öz bildirim anketi aleksitimiye değerlendirmek için yaygın olarak yararlanılan araçtır(9).

Bazı çalışmalarda aleksitiminin sigara bağımlılığı üzerine etkisi araştırılmıştır. Ama sonuçlar tatmin edici değildir. Sigara kullananlar, kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında sigara kullananların aleksitimik seviyelerinin daha yüksek görüldüğü deliller bulunmuştur(10). Fakat sigara kullananlar ile kullanmayanların kıyaslandığı aleksitimik açıdan anlamlı farklılık bulunamayan çalışmalar da vardır(11).

Türkiye'de de sigara bağımlılığı ile aleksitimi bağlantısını inceleyen sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür. Bu sebeplerden dolayı tez çalışmamızda 18-65 yaş arası erişkinlerde sigara bağımlılığına sahip olmanın aleksitimiye etkisi incelenecektir. Çalışmamızın amaçları; Şişli Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-65 yaş arası erişkinlerin aleksitimik alt boyut puanları ile birlikte aleksitimik seviyelerini belirlemek, kişilerin sosyodemografik özelliklerinin, kronik hastalığa sahip olma durumunu ve sigara bağımlılık düzeylerinin aleksitimi düzeyine etkisini incelemektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. SİGARA

Sigara dumanı katran ve gaz fazı olarak ikiye ayrılır. Katran fazı ; duman olarak parçacıklı malzemenin %99,9 ‘unu tutan cam elyaf filtreden geçtiğinde tutulan madde olarak tanımlanır. Aktif bir içicinin ağzına çekilen sigara dumanı ana akım dumanı olarak bilinir. Yan akım sigara dumanı ise bir sigaranın yanan uçlarından yayılan dumandır. Ana akım sigara dumanı katranın % 8’ini gaz halindeki bileşenlerin % 92’sini içerir. Yan akım sigara dumanı ana akım sigara dumanından nispeten daha yüksek konsantrasyonda zehirli gaz bileşeni içerir. Katranın fazının bir bileşeni olan nikotin sigara dumanının bağımlılık yapan maddesidir(12).

Sigara içenlerde hem fizyolojik hem de psikolojik bağımlılık yapan ruh hali oluşur. Bu süreç davranışsal bir durum olarak devam eder (12,13).

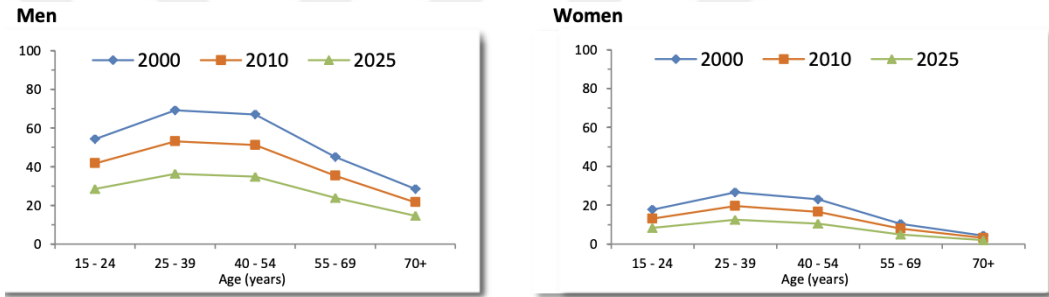
#### 2.1.1 Sigara Kullanımı ve Demografik Veriler

Sigara tek başına dünyada en önemli mortalite sebeplerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘nün 2008 yılı içindeki verilerine göre sigara kullanımı HIV, sıtma, tüberküloz gibi hastalıklara bağlı ölüm sayılarının toplamından daha çok ölüme sebep olur. 2030 yılına kadar bu sayı 8 milyonu geçecektir. Gerekli tedbirler alınmazsa sigaraya bağlı ölüm sayısı dünyada 1 milyarın üzerine de çıkabilir. Tütün kullanıcısının sağlığını bozan legal bir maddedir. Dünyada popüler olmasında fiyatının uygunluğu, sağlığa zararları hakkında insanların bilgi eksikliği, sigara bırakmaya yönelik caydırıcı sağlık politikalarının yetersiz kalması, kullanımına teşvik eden reklamların yaygınlığı etkilidir (14).

Dünya genelinde 13.500’den fazla insan sigaranın neden olduğu hastalıklar sebebiyle her gün ölmektedir. Gelişmemiş ülkelerde ise dünya genelindeki ölüm sayısının ve sigara kullanım sayısının 2 kat artacağı öngörülmüyor. Gelişmiş ülkelerde şu an 10 kişiden birinin ölümüne sebep olan sigara ilerleyen zamanlarda gelişmekte olan ülkeleri de aynı duruma getirecektir (15).

DSÖ'nün 2010 yılı içindeki verilerine göre Türkiye nüfusunun %30 civarının tütün kullandığını, sigara denetimi çalışmaları aynı sıklıkta sürerse 2025 yılında bu ölçeğin %19 a düşeceği tahmin edilmektedir. 2010 yılı içerisinde Türkiye 'de erkeklerin %46'sı kadınların %15'i tütün kullanmaktadır. Bu şekilde devam ederse 2025' e kadar tahminen erkeklerin %31'i kadınların %9'u nun tütün kullanacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılı içerisinde erkeklerde ve kadınlarda en yüksek sigara içme oranı 25-39 yaş arasındadır (16) (Şekil 1).

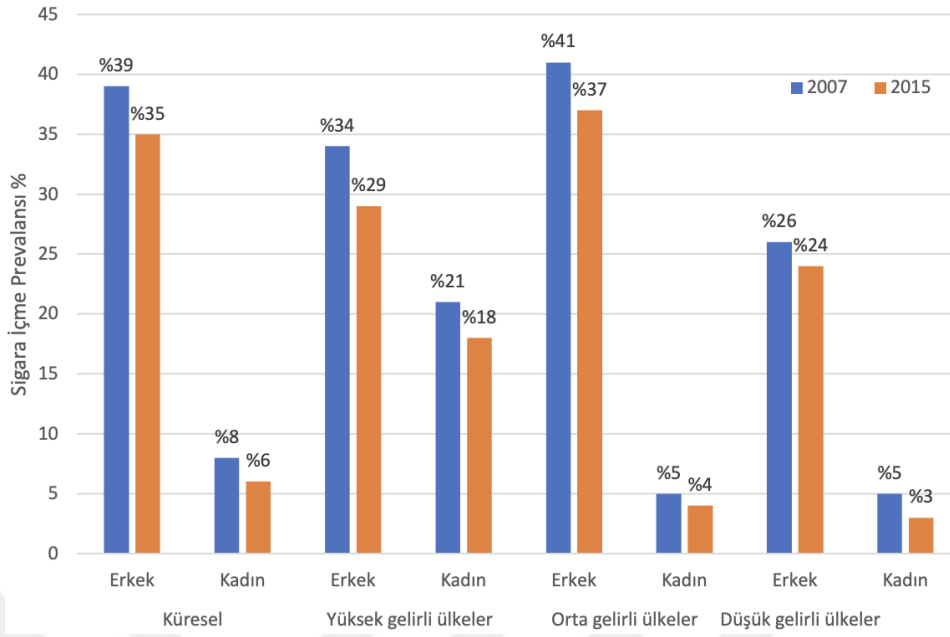
DSÖ'nün son verilerine göre; sigara kullanıcılarının yarısını öldürür. Bunun 1,2 milyon civarını pasif içiciler oluşturmakta iken 7 milyondan fazlasını direk sigara kullananlar oluşturmaktadır. Dünya genelinde 1,3 milyar kişi sigara kullanmaktadır(17).



**Şekil 1. Türkiye'de 2000 ,2010 ,2025 yıllarında erkek ve kadınlarda sigara kullanma oranları**

DSÖ'nün Türkiye'de 2017 yılındaki araştırmalarına göre tütün prevalansı 15 yaş üstü kadınlarda %19.7, erkeklerde % 43.6, toplamda ise %31.6 'dır (18).

1997-2010 seneleri arasında Türkiye'de cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı 1 yılda erkeklerde %1.33 düşerken kadınlarda değişme olmamıştır. Yapılan araştırmalarda erkeklerde tütün kullanım sıklığının düşme eğilimine olduğu görülmüştür (19).



**Şekil 2. 2007-2015 yıllarında ülkelerin cinsiyete ve gelir düzeylerine göre sigara içme prevalansı**

DSÖ'nün Küresel Tütün Epidemisi 2017 raporundaki verilerine göre 2007 ve 2015 yıllarında en yüksek sigara prevalansı orta gelirli ülkelerde ve erkeklerde görülmüştür. Bu oran erkeklerde kadınlara göre her zaman daha yüksek bulunmuştur(20). (Şekil 2)

Kişilerin eğitim düzeyi davranışlarının oluşmasında etkilidir. Tütün kullanım sıklığı gelişmekte olan bölgelerde tüm eğitim seviyelerinde yüksek olmaktadır. Türkiye 'de hekim öğretmen gibi eğitim seviyesi yüksek olan mesleklerde sigara içme oranı yüksek görülmüştür(21).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na baktığımızda (KYTA) tütün kullanım yaygınlığı (her gün ve seyrek olarak içenler) kadınlarda %15.2'dir. Bu oran erkeklerde ise %47.9'dur. Hergün tütün kullananlar ise erkeklerin %43.8'ini oluşturur. Kadınların %11.6' sıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre Türkiye, erkeklerde

tütün kullanım yaygınlığı en yüksek görülen Avrupa Bölgesi'ndeki ülkelerden biridir(6).

### **2.1.2 Sigaranın Sağlığa Etkileri**

Sigaraya başlama yaşının erken olması, günlük kullanım sayısı, yıllık kullanım süresi ve tütün ürününün niteliğine bağlı olarak yoğun doz maruziyeti artar. Buna bağlı olarak hastalıklar ve mortalite oluşma ihtimali yükselir. Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) ve solunum yolu kanserleri sigarayla spesifik ve güçlü bir ilişki içerisindedir. Sigara kardiyovasküler ve solunum yolları hastalıkları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Genç yaşta sigaraya başlayan kişilerde sağlık riskindeki artışlardan etkilenme ihtimali daha fazladır(22).

Sigara kullanan insanlarda kardiyovasküler hastalıkların ölüme sebep olma ihtimali 2-4 kat daha yüksektir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'nin 2010 yılındaki araştırmasına göre sigarayı bırakmış kişilerde 1 yıl geçtikten sonra miyokard infarktüsü geçirme ihtimalinde belirgin azalma görülmüştür(23).

Sigara kullanan kişilerde akciğer kanseri, kalp hastalığı ve inme gibi hastalıklara yakalanma olasılığı içmeyenlere göre çok daha yüksektir. Ayrıca; sigara KOA'ya bağlı ölümlerin % 80'inden sorumludur(24).

Sigara venöz yetmezliğe sebep olur. Özellikle alt ekstremlerdeki amputasyonlarda önemli etkiye sahiptir. Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan kişilerde sigaranın zararlı etkileri vardır. Ayrıca sigara sağlam kişilerin de böbrek fonksiyonlarında bozulmaya sebep olur. Nikotinin metabolize edilmesiyle kotinin oluşur. Bu madde idrar yoluyla atılma sürecinde böbrekdeki sistemleri etkiler. Sigara kullanımıyla sempatik sistem aktive olur ve kan basıncı yükselir. Böylece böbrekler zarar görür(25,26).

Gebelikte sigara kullanılması spontan abortus, premature doğum, büyüme geriliği ve ani bebek ölümü sendromu riskinde artışa neden olur. Ayrıca uzun süreli davranışsal ve psikiyatrik bozukluklara yol açar(27).

Uzun süren araştırmalar sonucunda U.S. Surgeon General'ın 2004 senesindeki raporunda sigara kullanımının sağlığa etkileri literatürde yer almıştır(28). (Tablo 1)

**Tablo 1 .Sigaranın Sağlığa etkileri**

Sigara ile arasında nedensel bir ilişki kurmaya yetecek düzeyde kanıt bulunanlar:
Safra kesesi, serviks, özofagus, böbrek, gırtlak, akciğer, oral kavite, farinks, pankreas, mide kanserleri,peptik ülser
Akut myeloid lösemi
Abdominal aort anevrizması
Sublinik ateroskleroz
İnme (SVO)
Koroner kalp hastalığı
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
Akut respiratuvar enfeksiyonlar, pnömoni
İnfantlarda azalmış akciğer kapasitesi
Çocukluk ve adolesan çağlarında yetersiz akciğer gelişimi
Çocuk ve adolesanlarda respiratuvar bulgular; öksürük, balgam, wheezing ve dispne
Çocukluk ve adolesan döneminde astımla ilişkili bulgular(ör.wheezing)
Prematür gelişim gösteren yaşla ilişkili akciğer kapasitesinde azalma
Erişkinin tüm respiratuvar bulguları; öksürük, balgam, wheezing, dispne
Zayıf veya yetersiz astım kontrolü
Ani Bebek Ölümü Sendromu
Kadınlarda azalmış doğurganlık
Fetal gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı
Prematür membran rüptürü, plasenta previa ve ablasyo plasenta
Preterm eylem ve kısalımış gebelik süreci
Katarakt
Artımış iç gücü kaybı
Yara iyileşmesinde bozulma ve respiratuvar komplikasyonlarla seyreden olumsuz cerrahi sonuçlar
Kalça kırıkları, Post-menapozal kadınlarda düşük kemik mineral dansitesi

### 2.1.3 Nikotin Bağımlılığı

Kişilerin sigara ve diğer tütün ürünlerini ısrarla kullanmayı sürdürmesinin temel nedeni nikotin bağımlılığıdır. Nikotin, nükleus akkumbensi aktive ederek bağımlılığa sebep olur(29). DSÖ, hergün 1 tane düzenli olarak sigara içmeyi sigara bağımlılığı olarak ifade etmektedir(23). Günde 20 taneden daha fazla sigara içenlerde fizyolojik bağımlılık, 20 taneden daha az sigara içenlerde ise psikolojik bağımlılık olduğu düşünülmektedir(30). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı kokain ve eroin gibi diğer uyuşturucu maddelerin tütünde olduğu gibi benzer süreçlerle bağımlılık oluşturduğunu ifade etmiştir. Bağımlılıkta davranışsal ve farmakolojik prosesler etkilidir. Ayrıca genetik faktörler ve psikolojik etkenlerde önemli derecede yer alır(31). Madde kötüye kullanım bozukluğu olan kişiler tütün bağımlısı olarak değerlendirilen kişilere göre daha az sayıdadır(32).

Sigara kullanımı genellikle genç yaşta başlar. 18 yaşın altında sigara kullanmaya başlayan insanlar tüm kullanıcıların %80'nini oluşturur. Sigarayı bırakmakta zorlanan ve bağımlıların çoğu erken yaşta kullanmaya başlayan kişilerdir(33).

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde birçok test bulunmaktadır. Bağımlılık seviyesinin tespit edebilmek için kişinin ruhsal muayenesi yapılmalıdır. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sigara bırakma polikliniklerinde tedavi kararının belirlenmesine en sık kullanılan testdir(29).

Tütün kullanımı konu başlığı altında DSM-V'de sigara bağımlılığı değerlendirilmiştir. DSM-V'de nikotin yoksunluğu tanı kriterleri de tanımlanmıştır(34). (Tablo 2, Tablo3)

**Tablo 2. DSM-V Kriterleri Tütün Kullanım Bozukluğu**

12 aylık bir kullanım dönemi içinde aşağıdakilerden en az 2'si ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür:
1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması: a) İstenilen etkiye ulaşmak için artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi. b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması: a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu. b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı

### 2.1.4 Nikotin Yoksunluğu

Nikotin sigara kullanımı sonrası kısa süre içerisinde farklı dokulara dağılır. Nikotinin yarılanma süresi 1-4 saat arasında değişir. Sigara kullanımı bırakıldıktan sonra kısa süre içerisinde yoksunluk belirtileri başlar. Bu belirtiler özellikle sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 7 gün içerisinde zirveye ulaşır(35).

**Tablo 3. DSM -V Kriterleri Tütün Yoksunluğu**

A) En az birkaç hafta süreyle her gün tütün kullanılması
B) A Tanı ölçütlerinde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıda (dört ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi.  1. Kolay kızma, engellenmişlik duygusu ya da öfke, 2. Bunaltı, 3. Odaklanma güçlüğü, 4. Yeme isteğinde artma,  5. Huzursuzluk, 6. Çökkün duygudurum, 7. Uykusuzluk.
C) B tanı ölçütlerindeki belirtiler ya da bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D) Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz”

### **2.1.5 Sigara Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı**

Sigara bağımlılığına sebep olduğu için ruh sağlığı ile ilgili problemlerin içerisinde yer alır. Major depresyon, şizofreni gibi hastalıkların sigara bağımlılığı ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Ayrıca depresyon ve şizofreni hastalarının sigarayı bırakmada zorlandıkları ve bağımlılık oranlarının daha fazla olduğu ifade edilmiştir(36).

Şizofrenilerde sigara içme sıklığının ve tüketiminin fazla olmasının nedeni net anlaşılamamıştır. Ancak nikotinin antipsikotik ilaçların yan etkisini hafifletip negatif semptomları azaltarak şizofreni tedavisinde kendi başına ilaç gibi işlevi olduğu düşünülmektedir. Şizofreni toplumda % 1 oranında görülürken, nikotin bağımlılığı ise %58-92 arasındadır. Major depresyon toplumda %15 civarında bulunurken bu kişilerin % 31-61'i sigara kullanmaktadır(37,38).

### **2.1.6 Sigara Bağımlılığını Etkileyen Faktörler**

Olumsuz moodun klinik araştırmalarda sigara kullanımını kuvvetli boyutlarda artırdığı görülmüştür(39). Laboratuvar ortamında olumsuz mooda sokulan kişilerde sigara kullanma dürtüselligi kontrol grubuyla kıyaslandığında daha yüksek görülmüştür(40).

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların sigara kullanım sayısının ve duman maruziyetinin daha az olduğu görülmüştür. Kandaki nikotin oranı kadınlarda erkeklere göre daha düşük yoğunlukta bulunmuştur(41).

Risk alma davranışı yüksek olan insanların sigara kullanmaya meyilli oldukları görülmüştür(42). Heyecan arama kişilik özelliklerine sahip olanlarda bağımlılıktan daha çok sigara kullanmanın ilk aşaması daha ilintilidir(43). Dürtüsellik ile tütün bağımlılığı birbiriyle ilişkilidir. Bunun sebebi nikotin hızlı pekiştirici bir madde olduğu için sigara kullanan kişilerin bu etkiyi herşeyden önde tutmasından kaynaklanır(44,45). Bazı araştırmalarda tütün kullanan kişilerde kullanmayanlara göre dışadönüklük seviyesi daha yüksek bulunmuştur(46).

### 2.1.7 Sigara Bırakmada İlaçların Etkinliği

Nikotin farmakolojik tedaviler arasında sigara bırakmada kullanıma uygun görülen ilk ilaç olmuştur. Nikotinin pastil, sakız, nazal sprey, inhaler, transdermal sprey, dilaltı tablet, bant gibi farklı formları mevcuttur. Nikotin sigarayla karşılaştırıldığında emilimi daha yavaş ve kanda uzun süre pik seviyede kalan bir maddedir. Nikotin replasman tedavi (NRT) yönteminde nikotin reseptörlerinin aktive olmasıyla bazı etkiler çabuk oluşur. Bunlar yoksunluk semptomlarının giderilmesi ve sigara kullanma arzusunda azalma olmasıdır. Nikotin reseptör miktarı azaltılarak daha uzun süren ve yavaş ortaya çıkan etkiler oluşur. Haftalarca süren bu etkisiyle de sigara bağımlılığı azaltılır(47–49).

Bupropion ‘seçici dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörü’ olan nikotin içermeyen ve sigarayı bırakma tedavisinde kullanımı kanıtlanmış antidepresan bir ilaçtır. Sigarayı bırakma tedavisinde yavaş salınımlı formu kullanılır. Sigara bırakılmasından sonra ortaya çıkan yoksunluk semptomlarını giderir. Yapılan çalışmalarda kişinin depresyonu olup olmaması sigarayı bırakma durumunu etkilememiştir. İlacın aynı derecede etkisi görülmüştür. Epilepsisi olan bireylerde bupropion verilmemelidir(50,51).

Varenkilin, ‘ $\alpha\beta 2$  reseptörlerini’ aktive eder. Bu reseptörler sigara kullanma arzusunda ve sigara bağımlılığında görev alır. Reseptörlerin uyarılmasıyla beyin ödül merkezi’nden (nucleus accumbens) dopamin salgılanır. Hasta varenkilin kullanırken sigaraya devam etse bile antagonist etkiden dolayı dopamin miktarında artış olmaz. Hem agonist hem de antagonist etkilerle varenkilin sigara bağımlılığını azaltır. Aynı zamanda yoksunluk semptomlarının meydana gelmesine engel olur. Bulantı en yaygın görülen ilacın yaptığı yan etkidir. İlacı kullanmaya devam ettikçe bulantı etkisinde azalma olur(52).

## 2.2 ALEKSİTİMİ

### 2.2.1 Tanımı

Aleksitimi ifadesini 1972 yılında Sfineos ilk olarak kullanan kişidir. Bu kavram Türkçe'ye 'duygular için söz yokluğu' olarak Dereboy tarafından uyarlanmıştır. Şahin ise aleksitimiye 'duygulara karşı hem sağır hem dilsiz' diyerek ifade etmiştir. Aleksitimide hayal gücünde sınırlılık, duygu ve düşüncelerin, tepkilerin tanımlanmasında, fark edilmesinde yoksunluk görülür. İlk başlarda psikosomatik hastaların semptomlarının ifade etmek için oluşmuş bir kavramdır. Günümüzde çeşitli psikiyatrik bozukluklarda görülmektedir. Artık sağlıklı insanlarda da kişilik özelliği olarak kabul edilmiştir(53).

Kişiler duygularının farkında olmasına rağmen tanımlamakta zorluk çekerler. Aleksitimik bireyler duygu ve düşünceleri arasında bağlantı kuramazlar ve anlatmakta sorun yaşarlar. Bireyler arasında etkileşimde eksiklik vardır(54).

Aleksitimiye en basit şekliyle 'duygu körlüğü' olarak ifade edebiliriz. Bu kişilerde bedensel hislerin algılanmasında kısıtlılık ve empati eksikliği vardır(55).

Krystal ile Freyberger'in araştırmalarına göre aleksitimiye farklı tarzda bakış açılarıyla değerlendirebiliriz(56).

Nörofizyolojik bakış: Aleksitimi beyin hemisferleri arasındaki bağlantı kopukluğu sebebiyle meydana gelmiştir(57). Duyusal uyarıların limbik sistemden neokortekse ulaşmasını engelleyerek hissel yaşantıların farkındalığının oluşumunun hasarlanması olarak tanımlanır(58).

Psikoanalitik bakış: İnsanların üzüntü verici algı ve hislerini inkâr etmelerinin veya söze dökmekte zorlanmalarının altında yatan sebepleri, psikolojik travmalar veya zayıf ego koruyucu mekanizmalarına bağlayarak açıklar. Bu çerçevede psikoanalitik yaklaşım insanların duygusal tecrübelerinin sebeplerini anlamak ve bireysel gelişimlerine fayda sağlamak amacıyla kullanılır. Literatürde yapılan çalışmalara göre bu ifadelerin aleksitimi ile ilgisi olabileceğini gösterse de kesin bir sonuca varılamamıştır(59,60).

Bilişsel bakış: Beck'e göre, psikolojik problemlerin temelinde fonksiyonel olmayan bilişsel prosesler yatar. Bu prosesler iç dünyadaki uyarıcıların ve dış dünyadaki uyarıcıların çarpık biçimde algılanması ve gerçeklikten uzak biçimde açıklanmasıyla ortaya çıkar. Bilişsel yaklaşımlara göre aleksitimi de benzer biçimde fonksiyonel proseslerin bozulmasıyla açıklanır ve bu proseslerle ilişkilendirilir(61,62).

Sosyokültürel bakış: Aleksitimi, farklı kültürler arasında görülen bir olgu (fenomen) olarak kabul edilir. Fakat bu ifade ilk defa batı toplumlarında duyguların söze dökülerek anlatılmasının olgunluk göstergesi olarak onaylanmasıyla meydana gelmiştir(63,64). Bu nedenle aleksitimi yalnızca psikolojik bir olgu değildir, aynı zamanda sosyal olarak tespit edilmiş bir ifadedir. Bu yaklaşım şekline göre, kişilerdeki aleksitimik özelliklerin oluşmasının sosyo-kültürel çevrede öğrenilen davranışların sonucu olduğu ifade edilebilir(65).

### **2.2.2 Aleksitimi Belirti ve Özellikleri**

Aleksitimik kişilerdeki en önemli sıkıntı insanlar arasındaki iletişimde problem yaşanması ve duygusal işlevlerde zorluk çekilmesidir. Toplumsal yaşamımızda duygular önemlidir. Aleksitimik bireyler farklı bir dünyadan gelmiş gibi görünürler. Toplumda yabancı gibidirler. En dikkat çeken özellikleri duygularını algılayıp söze dökmede zorluk yaşamalarıdır. Normal yaşamda açıklayabilen, bağlantı kurabilen düşünebilen kişilerdir. Fakat duygu ve düşüncelerle ilişki kurup algılamakta ve bunları söze dökmede güçlük yaşarlar. Duygularından kaçmaya çalışırlar. Zekalarını bu yönde kullanırlar(54,66). Aleksitimik yapının göze çarpan kişilik özellikleri dört başlıkta incelenmiştir(54). (Tablo 4)

**Tablo 4. Aleksitimik kişilik özellikleri**

1.Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü
2.Hayal kurma, düşlem (Fantasy) yaşantıda kısıtlılık
3.İşe vuruk işlemsel (Operational Thinking ) düşünme
4.Dış merkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (bilişsel tarz)

Aleksitimik kişilerde duygularını algılama ve söze dökmede zorluk yaşanır. Konuşmaları detaylı ve yineleyicidir. Bedensel şikayetlerinden yaygın olarak bahsederler. Duygusal hayatları sınırlıdır. Bazen donuk halleri olabilir. Bu sebeple duygularını yüzlerinden algılamak güçleşir. Karmaşık bir ruh haline sahiptirler. Mutsuz mu?, tok mu?, yorgun mu?, sağlıklı mı?, stressli mi? olduklarını ifade edemezler. Hangi zamanda duygularından hangi zamanda düşüncelerinden bahsetmeleri gerektiğini bilemezler. Yani kişiler bedenlerindeki duyularını fark etmede ve tanımlamada zorluk çekerler. Bu nedenle içgörü elde etmek amacıyla yapılan terapilerde başarısızlıklar görüldüğü ifade edilmiştir(54,67).

Aleksitimik kişilerin hayal dünyası kısıtlıdır. Sıkıcı, cansız, gerçeklikten sıyrılamayan hayalleri vardır. Düşlemsel dünya ile bağlarını kesmiş somut gerçeklere dayalı düşünce biçimine sahiptirler. Rüyalarını hatırlamakta zorlanırlar. Bu nedenele yaratıcılık yetenekleri eksiktir. Dış uyaranlara bağlı olarak hareket ederler ve düşünürler. Toplumdaki kişiler aleksitimik bireyleri kaba, monoton, duygusuz insanlar olarak görürler.(54,67).

Aleksitimik insanlar hayal kurmada sınırlılık ve duygularını tarifleyememelerine rağmen toplum içinde uyumlu bir hayat sürerler. Yaşamlarında 'pragmatik felsefe' hakimdir. Duyguları gözardı ederek olaylara salt mantık çerçevesinden bakarak değerlendirirler. Herhangi bir problem yaşadıklarında kestirme

yoldan ve en hızlı şekilde çözmeye çalışırlar. Problemin asıl sebebini araştırmazlar yüzeysel olarak geçiştirirler. Bundan dolayı toplum içinde uyumlu ve problem çıkarmayan insanlarmış gibi bir izlenim verirler(68,69).

Aleksitimik kişiler dışa yönelimli bilişsel yapıya sahiptirler. Toplum ile olan ilişkilerinde dış uyaranlar daha etkilidir. Tavrı ve davranışlarında iç uyaranların ve duygularının etkisi düşüktür. Dış merkezle uyumlu bilişsel yapılarının olması toplum içindeki ilişkilerinde uyumlu görünmelerine sebep olur(69). Bu özellik 'yalancı normallik' (psedenormality) şeklinde tanımlanmıştır(70). Dış kontrol odaklı yaşamı ve yalnızlığı seçmelerinde çevresel beklentilerinin olması ve detaycılık özellikleri etkilidir.

### **2.2.3 Aleksitimiye Eşlik Eden Bozukluklar**

Aleksitimi bazı psikiyatrik hastalıklarla birarada görülebilmektedir. Yapılan araştırmalarda depresyon, madde ve alkol bağımlılığı, anksiyete, somatik hastalık panik bozukluğu gibi hastalıklar aleksitimi ile birlikte görülmüştür(71,72). Bu bireylerde içsel duyarlılığın fazla olması anksiyeteye yatkınlığa sebep olur(73). Özellikle anksiyete bozukluğunun ve depresyonun aleksitimiyle ilişkisi dikkat çekicidir(74). Demografik özelliklere baktığımızda erkek, eğitim seviyesi düşük, geliri giderinden az olan, daha yaşlı kişilerin aleksitimiyle ilgisi tespit edilmiştir(75).

### **2.3 SİGARA BAĞIMLILIĞI ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİ**

Literatürlere baktığımızda sigara bağımlılığı ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli araştırma bulunamamıştır. Yapılan ilk araştırma 1994’de olmuştur. Çalışmada 67 kişinin sigara bağımlılığı ile aleksitimi ilişkisi araştırılmıştır. Anlamli ilişki görülememiştir(11). 2005 yılında yapılan bir diğeri çalışmada sigara içen ve içmeyen kişilerin aleksitimi ilişkisi değerlendirilmiştir. Sigara içenlerde ‘Duyguları Tanıma ve Söze Dökmede Güçlük Punları’ yüksek tespit edilmiştir. Dış merkezli düşünce de ise anlamli bir değışiklik yoktur(76). 73 tane gebenin katıldığı başka bir çalışmada sigara kullanan ve kullanmayan kişilerin duygudurumu hamilelik döneminde takip edilmiş. Aleksitimi ile bağlantısı araştırılmıştır. Yüksek seviyede aleksitimik çıkan gebe kadınların depresyon ve endişe derecesi daha fazla bulunmuştur. Fakat aleksitimi ile sigara bağımlılığı arasında önemli bir ilişki görülememiştir(77).

Madde kötüye kullanımı olan bireylerin bazısında aleksitimik seviye yüksek bulunmuş. Aleksitimiye bağıli duygusal karışıklığı ortadan kaldırmak amacıyla bu insanların narkotik madde ya da alkol içmeye yöneldikleri ifade edilmiştir(78).

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Çalışmamız gözlemsel tanımlayıcı-kesitsel anket çalışması olarak planlanmıştır.Araştırmamız Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bilimleri Üniversitesi(SBÜ) Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu 20.06.2022 tarih ve 48670771-514.99 sayılı etik kurul onamı (Bkz. EK 2) alındıktan sonra 1 ay süre ile SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Şişli Eğitim ASM'ye başvuran ve çalışmayı kabul eden 18-65 aralığındaki hastalara yüz yüze veya telefonla arayarak ulaşıp anket şeklinde uygulanmıştır. Anketimiz literatür taranarak oluşturulmuş olup, kişilerin sosyodemografik özellikleri, sigara bağımlılık düzeyini ölçen Fagerström nikotin bağımlılık testi ve Toronto Aleksitimi Ölçeğini içermektedir. 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): Likert tipi 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını Tanımada Güçlük (TAÖ-1), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2), Dışa Vuruk Düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik düzeyi işaret eder. Bagby ve ark. (1994 a,b) tarafından geliştirilmiştir(79). Türkçe uyarlaması Güleç ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Toplam ölçek Cronbach alfa değeri 0.78, alt ölçeklerin ise 0.57-0.80 arasında bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, aleksitimi yapısının 3 faktör varlığını sağladığı gösterilmiştir(80). Anketimizde 6 maddeden oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık soruları, 20 maddelik TAS-20 ölçeği, sosyodemografik veriler, bağımlılık yapıcı madde kullanımı sorusu, sigara bırakma durumunu ve tedavi şekillerini sorgulayan toplamda 44 soru bulunmaktadır. (Bkz.EK3). Çalışmamıza 160 kişi katılmıştır.

### 3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ

Örneklem sayısı Open-Epi sitesinde popülasyon 18-65 yaş aralığında olup temmuz-ağustos 2022 arasında Şişli Eğitim ASM'ye kayıtlı hasta sayısı 4314 olarak toplumda aleksitimi görülme oranı literatüre dayalı %10 öngörülerek hata payı %5 alınıp %95 güven aralığında dizayn efekt 1 alınarak 135 kişi olarak hesaplanmıştır.

Şişli Eğitim ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran ve dahil edilme ölçütlerine uyan 160 hasta araştırmamıza dahil edilmiştir.

### **3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmamızın dahil edilme kriterleri:

- 1- SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Şişli Eğitim ASM ye herhangi bir nedenle başvurmuş olmak
- 2- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 3- 18-65 yaş arasında olmak
- 4- İletişim kurulabilecek düzeyde olmak

### **3.2.2. Dahil Edilmeme Kriterleri**

Araştırmamızın dahil edilmeme kriterleri:

- 1- Şişli Eğitim ASM 'ye herhangi bir nedenle başvurmamak
- 2- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 3- 18-65 yaş arasında olmamak
- 4- İletişim kurulamayacak düzeyde engelli olmak

### **3.3. VERİLERİN TOPLANMASI**

Veriler SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Şişli Eğitim ASM' ye herhangi bir nedenle başvuran, 18-65 yaş arasındaki kişilerden çalışmayı kabul edenlere mesai saatleri dışında yüz yüze veya telefonla arayarak ulaşıp araştırmacı tarafından anket uygulanıp hedef kişi sayısına ulaşılmıştır. Ankette kişilerin sosyo demografik özellikleri, sigara bağımlılık düzeyini ölçen Fagerström nikotin bağımlılık testi ve TAS-20 ölçeği, madde kullanım soruları ve sigara bırakma tedavilerinin sorgulandığı toplamda 44 soru bulunmaktadır.

### 3.3.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Likert tipi 1-5 arası puanlanan (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum), 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 4, 5, 10, 18 ve 19 numaralı maddeler ters olarak puanlanarak değerlendirilir. TAS Ölçeği, 'Duyularını Tanımada Güçlük', 'Duyuları Söze Dökmede Güçlük' ve 'Dışa Vuruk Düşünme' alt ölçeklerinden oluşur.' Duyularını Tanımada Güçlük' alt ölçeği, 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14 numaralı yedi maddeyi içerir ve duyguların saptanmasında ve duygusal uyarılmaya refakat eden bedensel duyumlardan fark edilmesinde zorluk olarak ifade edilir.' Duyuları Söze Dökmede Güçlük' alt ölçeği, 2, 4, 11, 12 ve 17 numaralı beş maddeden oluşur ve duyguların kişilere iletilmesinde zorluk olarak ifade edilir. 'Dışa Vuruk Düşünme' alt ölçeği ise 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20 numaralı sekiz maddeden oluşur ve dışa vuruk bilişsel yapının olması, içe dönük düşünme ve hayal gücünün kısıtlılığı olarak ifade edilir. Kişilere her madde için "Hiçbir Zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık Sık" ve "Her Zaman ifadelerinden en uygununu seçmesi gerektiği söylenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi işaret etmektedir. (80). Bagby ve ark. tarafından geliştirilmiştir(79). Türkçe uyarlaması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır. Toplam ölçek Cronbach alfa değeri 0.78, alt ölçeklerin ise 0.57-0.80 arasında bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, aleksitimi yapısının 3 faktör varlığını sağladığı gösterilmiştir(80).

### 3.3.2 Fagerström Sigara Bağımlılık Ölçeği (FNBT)

FNBT Ölçeğini, Fagerström 1989 yılında fiziksel bağımlılık seviyesini tespit etmek amacıyla geliştirmiştir(81). Uysal ve ark. 2004 yılında 6 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yapmıştır(82). Puanlama 0 ile 10 arasındadır. Puanlamanın yükselmesi sigara bağımlılık seviyesinin de yükseldiğini göstermektedir. 0-2 puan: düşük düzeyde bağımlılık, 3-7 puan: orta düzeyde bağımlılık, 8-10 puan: yüksek düzeyde bağımlılık olarak değerlendirilir.

## 3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama,

ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grupta bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grupta tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerde ise nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Kategorik veriler değerlendirilirken Ki Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Katılımcıların yaşları ile TAS-20 ve FNBT skorları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testiyle analiz edildi.  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.



## 4.BULGULAR

Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması  $33,99 \pm 10,57$  yıl olarak hesaplandı.

**Tablo 5. Katılımcıların yaşları**

	Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma
Yaş	31 (18-65)	33,99±10,57

Çalışmada katılımcıların en çok sahip oldukları kronik hastalıklar sırasıyla tiroid hastalığı, hipertansiyon, astım/koah, yaygın anksiyete bozukluğu ve diyabetti.

**Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları**

		Yanıtlar		
		N	%	%
Kronik hastalıklarımız*	Diyabet	6	3,4	3,8
	Tiroid hastalığı	10	5,7	6,3
	Astım/KOAH	7	4,0	4,4
	Hipertansiyon	7	4,0	4,4
	Hiperlipidemi	3	1,7	1,9
	KVH	3	1,7	1,9
	Depresyon	5	2,9	3,1
	OKB	4	2,3	2,5
	Anksiyete	7	4,0	4,4
	Yeme bozukluğu	4	2,3	2,5
	Yok	103	58,9	64,4
	Diğer	16	9,1	10,0
Toplam		175	100,0	109,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Katılımcıların %56,25'i (n=90) erkek, %49,38'i (n=79) üniversite mezunuydu. %55,63'ü evliyken, çocuk sahibi olanların oranı %46,25 (n=74) olarak hesaplandı. Katılımcıların %42,50'sinin (n=68) aylık geliri aylık giderine eşitti. Katılımcıların %79,38'i (n=127) çekirdek aile yapısına sahipti. %28,75'i (n=46) hiç spor yapmadığını ifade etti. Katılımcıların %36,25'inin (n=58) bir kronik hastalığı vardı.

**Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküleri**

		N	%
Yaş grubu	≤30	78	48,75
	>30	82	51,25
Cinsiyet	Kadın	70	43,75
	Erkek	90	56,25
Öğrenim durumu	İlkokul	21	13,13
	Lise	24	15,00
	Üniversite	79	49,38
	Yüksek lisans	36	22,50
Medeni durumunuz	Evli	89	55,63
	Bekar	71	44,38
Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?	Yok	86	53,75
	1	29	18,13
	2	27	16,88
	3	15	9,38
	5 ve daha fazla	3	1,88
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	39	24,38
	Gelirim giderim eşit	68	42,50
	Gelirim giderimden fazla	53	33,13
Aile tipi	Çekirdek aile	127	79,38
	Geniş aile	8	5,00
	Yalnız	18	11,25
	Diğer	7	4,38
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	46	28,75
	Ayda 1-2 saat	33	20,63
	Haftada 1-2 saat	47	29,38
	Haftada en az 3 gün	17	10,63
	Her gün düzenli spor yaparım.	17	10,63
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	102	63,75
	Var	58	36,25

Çalışmada katılımcıların %26,88'i (n=43) sigarayı kendi kendilerine, %1,88'i (n=3) nikotin replasman tedavisi (nikotin sakızı veya nikotin bantı) ile, %1,25'i (n=2) Bupropion ile, %0,63'ü (n=1) Vareniklin ile sigarayı bıraktığını ifade etti.

**Tablo 8. Katılımcıların kullandıkları sigara bırakma tedavileri**

		N	%
Eğer daha önce denediyseniz, sigara bırakma tedavisi olarak hangisini kullandınız?	Denemedim	111	69,38
	Kendi kendime bıraktım	43	26,88
	Nikotin replasman tedavisi (nikotin sakızı veya nikotin bantı)	3	1,88
	Vareniklin (Champix)	1	0,63
	Bupropion (Zyban, Welbutrin)	2	1,25

Çalışmada katılımcıların %26,88'inin (n=43) her gün almakta olduğu bir ilacı mevcuttu. Katılımcılardan doktor önerisi dışında madde kullanan 45 kişinin %95,56'sı (n=43) alkol kullanmıştı. Katılımcıların %25,62'sinin (n=41) psikiyatrik tedavi aldığı ve %55,63'ünün (n=89) sigara kullandığı belirlendi.

**Tablo 9. Katılımcıların tıbbi öykü ve alışkanlıkları**

		N	%
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	43	26,88
	Hayır	117	73,13
Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz	Alkol	43	95,56
	Esrar (Ot, marijuana, sigaralık)	2	4,44
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	41	25,62
	Hayır	119	74,38
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	89	55,63
	Hayır	65	40,63
	Bıraktım	6	3,75
Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?	Evet	55	60,44
	Hayır	36	39,56

Çalışmaya katılanların sigara içme süresi ortalaması  $14,43 \pm 9,93$  yıl olarak hesaplandı. Sigara içen katılımcıların %53,93'ü (n=48) 12 yıl ve altında sigara içmekteydi.

**Tablo 10. Katılımcıların sigara içme süreleri**

	Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	12 (1-40)	$14,43 \pm 9,93$
12 yıl ve altı	48 (%53,93)	
12 yıl üstü	41 (%46,07)	

Kadın katılımcıların %58,33'ü (n=14) 10 ve daha az sigara içerken bu oran erkeklerde %24,62'ydi (n=16). Gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark mevcuttu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım adetlerinin karşılaştırılması**

		Günde kaç adet sigara içiyorsunuz								p
		31 ve daha fazla				10 ve daha az				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	0	0,00	2	8,33	8	33,33	14	58,33	<sup>a</sup> 0,026*
	Erkek	4	6,15	14	21,54	31	47,69	16	24,62	
Öğrenim durumu	İlkokul	1	5,26	2	10,53	7	36,84	9	47,37	<sup>a</sup> 0,755
	Lise	0	0,00	5	29,41	8	47,06	4	23,53	
	Üniversite	3	7,14	6	14,29	19	45,24	14	33,33	
	Yüksek lisans	0	0,00	3	27,27	5	45,45	3	27,27	
Medeni durumunuz	Evli	2	3,92	7	13,73	27	52,94	15	29,41	<sup>a</sup> 0,205
	Bekar	2	5,26	9	23,68	12	31,58	15	39,47	
Çocuğunuz var mı?	Yok	2	4,35	10	21,74	15	32,61	19	41,30	<sup>a</sup> 0,155
	Var	2	4,65	6	13,95	24	55,81	11	25,58	
Yaş grubu	≤30	1	2,78	8	22,22	15	41,67	12	33,33	<sup>a</sup> 0,817
	>30	3	5,66	8	15,09	24	45,28	18	33,96	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	0	0,00	5	20,00	13	52,00	7	28,00	
	Ayda 1-2 saat	3	17,65	1	5,88	7	41,18	6	35,29	<sup>a</sup> 0,605
	Haftada 1-2 saat	1	4,00	6	24,00	11	44,00	7	28,00	
	Haftada en az 3 gün	0	0,00	2	20,00	3	30,00	5	50,00	
	Her gün düzenli spor yaparım.	0	0,00	2	16,67	5	41,67	5	41,67	

<sup>a</sup>Fisher's Exact Test \* $p<0,05$

Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık testi sorularına verdikleri yanıtlar tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 12. Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık testi sorularına verdikleri yanıtlar**

		N	%
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	31 ve daha fazla	4	4,49
	21-30	16	17,98
	11-20	39	43,82
	10 ve daha az	30	33,71
Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?	İlk 5 dk içinde	14	15,73
	6-30 dk	20	22,47
	31-60 dk	10	11,24
	1 saatten sonra	45	50,56
Yasak olan yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz	Evet	29	32,58
	Hayır	60	67,42
Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	Sabah ilk içilen sigara	31	34,83
	Diğer zamanlarda içilen sigara	58	65,17
Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize yol açan bir hastalığınız olsa da sigara içer misiniz?	Evet	25	28,74
	Hayır	62	71,26
Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	Evet	21	23,60
	Hayır	68	76,40

Katılımcıların TAS-20 sorularına verdikleri yanıtlar tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 13. Katılımcıların TAS-20 sorularına verdikleri yanıtlar**

	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Ne istediğimi çoğu kez tam olarak bilemem	33	20,75	71	44,65	41	25,79	7	4,40	7	4,40
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim içi zordur	46	28,75	55	34,38	39	24,38	17	10,63	3	1,88
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duygular oluyor	88	55,00	45	28,13	23	14,37	2	1,25	2	1,25
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim	9	5,63	20	12,50	30	18,75	57	35,63	44	27,50
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlmeyi yeğlerim	6	3,75	9	5,63	30	18,75	63	39,38	52	32,50
6. Keyfim kaçtığımda üzgün mü korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	41	25,62	48	30,00	36	22,50	25	15,63	10	6,25
7. Bedenimdeki duygular çoğu kez kafamı karıştırır	55	34,38	54	33,75	34	21,25	12	7,50	5	3,13
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	33	20,63	49	30,63	50	31,25	20	12,50	8	5,00
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	52	32,50	53	33,13	36	22,50	11	6,88	8	5,00
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur	19	11,88	35	21,88	37	23,13	37	23,13	32	20,00
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur	52	32,50	50	31,25	38	23,75	10	6,25	10	6,25
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler	39	24,38	49	30,63	41	25,62	17	10,63	14	8,75
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	66	41,25	56	35,00	24	15,00	10	6,25	4	2,50
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem	57	35,63	59	36,88	32	20,00	8	5,00	4	2,50
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	19	11,88	42	26,25	44	27,50	36	22,50	19	11,88
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	9	5,63	16	10,00	45	28,13	45	28,13	45	28,13
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	41	25,62	42	26,25	35	21,88	21	13,13	21	13,13
18. Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim	30	18,75	35	21,88	46	28,75	30	18,75	19	11,88
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	9	5,63	25	15,63	36	22,50	55	34,38	35	21,88
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır	56	35,00	49	30,63	23	14,37	19	11,88	13	8,13

Katılımcıların TAS-20 sorularından aldıkları puanlar tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 14. Katılımcıların TAS-20 sorularından aldıkları puanlar**

	Medyan (Min- Maks)	Ort±Std. Sapma
1.Ne istediğimi çoğu kez tam olarak bilemem	2 (1-5)	2,27±0,99
2.Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim içi zordur	2 (1-5)	2,22±1,04
3.Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor	1 (1-5)	1,66±0,86
4.Duygularımı kolayca tanımlayabilirim	2 (1-5)	2,33±1,17
5.Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlenmeyi yeğlerim	2 (1-5)	2,09±1,04
6. Keyfim kaçtığımda üzgün mü korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	2 (1-5)	2,47±1,21
7.Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır	2 (1-5)	2,11±1,06
8.Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	2 (1-5)	2,51±1,1
9.Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	2 (1-5)	2,19±1,12
10.İnsanların duygularını tanıması zorunludur	3 (1-5)	2,83±1,31
11.İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur	2 (1-5)	2,23±1,15
12.İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler	2 (1-5)	2,49±1,22
13.İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	2 (1-5)	1,94±1,02
14.Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem	2 (1-5)	2,02±0,99
15.İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	3 (1-5)	2,96±1,2
16.Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	4 (1-5)	3,63±1,16
17.İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	2 (1-5)	2,62±1,35
18.Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim	3 (1-5)	3,17±1,27
19.Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	2 (1-5)	2,49±1,16
20.Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	2 (1-5)	2,28±1,28

Katılımcıların TAS-20 ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $48,47 \pm 8,22$ , ‘Duyularını Tanımada Güçlük’ alt boyutu puan ortalaması  $14,64 \pm 4,34$ , ‘Duyuları Söze Dökmede Güçlük’ alt boyutu puan ortalaması  $11,89 \pm 3,72$ , Dışa Vuruk Düşünme ‘alt boyutunun puan ortalaması ise  $21,94 \pm 3,31$  olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 15. Katılımcıların TAS-20 ölçeğinden aldıkları puanların değerlendirilmesi.**

	Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma
Duyularını Tanımada Güçlük	14 (7-31)	14,64±4,34
Duyuları Söze Dökmede Güçlük	12 (5-23)	11,89±3,72
Dışa Vuruk Düşünme	22 (15-32)	21,94±3,31
TAS-20	48 (31-76)	48,47±8,22

Çalışmada katılımcıların %67,30’u “aleksitimik olmayan” (51 puan ve altı), %23,27’si “sınır durum” (52-58 puan), %9,43’ü “aleksitimik” (59 puan ve üstü) olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 16. Katılımcıların TAS-20 puanına göre aleksitimi durumları**

	N	%
TAS-20 Aleksitimik olmayan	107	67,30
Sınır durum	37	23,27
Aleksitimik	15	9,43

Katılımcılardan sigara içenlerin FNBT puan ortalaması  $3,11 \pm 2,75$  olarak hesaplandı.

**Tablo 17. Katılımcıların FNBT puanları**

	Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma
FNBT puan	2 (0-10)	3,11±2,75

Sigara içen katılımcıların FNBT puanlarına göre değerlendirilmesi sonrasında %52,87'sinin (n=46) düşük düzeyde, %37,93'ünün (n=33) orta düzeyde, %9,20'sinin (n=8) yüksek düzeyde bağımlılık gösterdiği saptandı

**Tablo 18. Katılımcıların FNBT puanlarının yorumlanması**

		N	%
FNBT grubu	Düşük düzeyde bağımlılık	46	52,87
	Orta düzeyde bağımlılık	33	37,93
	Yüksek düzeyde bağımlılık	8	9,20

Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyi ile sigarayı bırakmayı deneme durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle sigara bırakmayı deneme durumlarının karşılaştırılması**

		Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?				p
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
FNBT grubu	Düşük düzeyde bağımlılık	31	67,39	15	32,61	<sup>a</sup> 0,303
	Orta düzeyde bağımlılık	17	51,52	16	48,48	
	Yüksek düzeyde bağımlılık	4	50,00	4	50,00	

<sup>a</sup>Fisher's Exact Test

Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyi ile TAS-20 ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle TAS-20 ölçek puanlarının karşılaştırılması**

		TAS-20		p
		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	
FNBT grubu	Düşük düzeyde bağımlılık	46 (33-75)	46,4±7,58	<sup>a</sup> 0,199
	Orta düzeyde bağımlılık	50 (34-66)	49,15±7,54	
	Yüksek düzeyde bağımlılık	46 (39-76)	50,75±12,83	

<sup>a</sup>One-way ANOVA Test

Katılımcıların Aleksitimi durumlarıyla FNBT puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21. Katılımcıların aleksitimi durumlarıyla FNBT puanlarının karşılaştırılması**

		FNBT puan		
		Medyan (Min-Maks)	Ort.±Std. Sapma	p
TAS-20	Aleksitimik olmayan	2 (0-10)	2,87±2,62	
	Sınır durum	4 (0-9)	3,5±2,83	<sup>a</sup> 0,292
	Aleksitimik	5 (0-9)	4,86±3,34	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyi ile Psikiyatrik tedavi alma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

**Tablo 22. Katılımcıların sigara bağımlılık düzeyiyle Psikiyatrik tedavi alma durumlarının karşılaştırılması**

		Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?				
		Evet		Hayır		p
		N	%	N	%	
FNBT grubu	Düşük düzeyde bağımlılık	8	17,39	38	82,61	
	Orta düzeyde bağımlılık	13	39,39	20	60,61	<sup>a</sup> 0,091
	Yüksek düzeyde bağımlılık	2	25,00	6	75,00	

<sup>a</sup>Ki Kare Test

Katılımcıların cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı, aylık geliri, aile tipi, spor yapma sıklığı kronik hastalık durumu, psikiyatrik tedavi alma ve sigara kullanma durumuyla TAS-20 ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 23. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla TAS-20 ölçek puanlarının karşılaştırılması**

TAS20		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	48 (31-66)	47,37±8,02	<sup>a</sup> 0,135
	Erkek	49 (34-76)	49,34±8,31	
Öğrenim durumu	İlkokul	51 (41-66)	51,62±6,65	<sup>b</sup> 0,252
	Lise	47 (34-76)	47±8,99	
	Üniversite	49 (31-75)	48,01±8,59	
	Yüksek lisans	48 (34-66)	48,61±7,51	
Medeni durumunuz	Evlü	48 (31-75)	48,11±8,14	<sup>a</sup> 0,536
	Bekar	49 (34-76)	48,93±8,35	
Çocuğunuz var mı?	Yok	47 (34-67)	48,27±7,87	<sup>a</sup> 0,742
	Var	49 (31-76)	48,7±8,65	
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	49 (34-66)	48,9±7,43	
	Gelirim giderim eşit	49 (31-76)	48,07±9,19	<sup>b</sup> 0,864
	Gelirim giderimden fazla	48 (36-67)	48,67±7,53	
Aile tipi	Çekirdek aile	48 (31-76)	48,15±8,51	
	Geniş aile	52 (38-59)	51,75±6,94	
	Yalnız	49 (39-66)	49,33±7,68	<sup>b</sup> 0,648
	Diğer	46 (43-57)	48,29±5,15	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	50 (31-75)	48,83±9,35	
	Ayda 1-2 saat	49 (34-62)	48,75±7,85	
	Haftada 1-2 saat	48 (33-76)	48,96±8,81	<sup>b</sup> 0,861
	Haftada en az 3 gün	48 (38-57)	46,82±5,22	
	Her gün düzenli spor yaparım.	47 (36-59)	47,29±6,79	
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	48 (31-76)	48,45±8,7	<sup>a</sup> 0,966
	Var	50 (33-62)	48,51±7,36	
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	49 (33-62)	47,72±7,49	<sup>a</sup> 0,485
	Hayır	48 (31-76)	48,75±8,49	
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	48 (33-75)	48,51±9,25	<sup>a</sup> 0,971
	Hayır	49 (31-76)	48,46±7,87	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	48 (33-76)	48,19±8,41	<sup>a</sup> 0,745
	Hayır/bıraktım	49 (31-67)	48,82±8,01	

<sup>a</sup>Student t Test

<sup>b</sup>One-way ANOVA Test

Katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı, aylık geliri, aile tipi, spor yapma sıklığı kronik hastalık durumu, psikiyatrik tedavi alma ve sigara kullanma durumuyla ‘Duygularını Tanımada Güçlük’ alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 24. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Duygularını Tanımada Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

Duygularını Tanımada Güçlük		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Yaş grubu	≤30	14 (7-31)	15,43±4,65	*0,088
	>30	14 (7-26)	13,90±3,91	
Cinsiyet	Kadın	15 (7-26)	14,8±4,03	*0,361
	Erkek	14 (7-31)	14,52±4,58	
Öğrenim durumu	İlkokul	14 (11-26)	15,43±3,82	<sup>b</sup> 0,413
	Lise	14 (7-26)	13,79±4,59	
	Üniversite	14 (7-31)	14,42±4,58	
	Yüksek lisans	15 (7-25)	15,22±3,91	
Medeni durumunuz	Evli	14 (7-31)	14,08±4,28	*0,054
	Bekar	15 (7-26)	15,36±4,33	
Çocuğunuz var mı?	Yok	14 (7-26)	14,93±4,17	*0,345
	Var	14 (7-31)	14,31±4,52	
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	15 (7-22)	14,74±3,84	<sup>b</sup> 0,838
	Gelirim giderim eşit	14 (7-31)	14,54±4,71	
	Gelirim giderimden fazla	14 (7-26)	14,69±4,26	
Aile tipi	Çekirdek aile	14 (7-31)	14,52±4,29	<sup>b</sup> 0,862
	Geniş aile	17 (7-20)	15,25±4,65	
	Yalnız	14 (7-25)	14,78±4,45	
	Diğer	14 (10-26)	15,71±5,25	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	14 (7-31)	13,87±4,78	<sup>b</sup> 0,429
	Ayda 1-2 saat	14 (8-22)	15,03±3,9	
	Haftada 1-2 saat	15 (7-26)	15,43±4,75	
	Haftada en az 3 gün	14 (8-22)	13,88±3,55	
	Her gün düzenli spor yaparım.	14 (10-20)	14,59±3,16	
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	14 (7-31)	14,49±4,41	*0,311
	Var	15 (7-26)	14,91±4,22	
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	14 (7-26)	14,74±4,24	*0,728
	Hayır	14 (7-31)	14,6±4,39	
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	14 (7-31)	15,32±4,9	*0,336
	Hayır	14 (7-26)	14,41±4,12	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	14 (7-31)	14,55±4,61	*0,316
	Hayır/bıraktım	15 (7-25)	14,76±4,01	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

Katılımcılardan öğrenim düzeyi ilkokul olanların ‘Duyguları Söze Dökmede Güçlük’ alt boyut puanları lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, aylık geliri, aile tipi, spor yapma sıklığı kronik hastalık durumu, psikiyatrik tedavi alma ve sigara kullanma durumuyla ‘Duyguları Söze Dökmede Güçlük’ alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

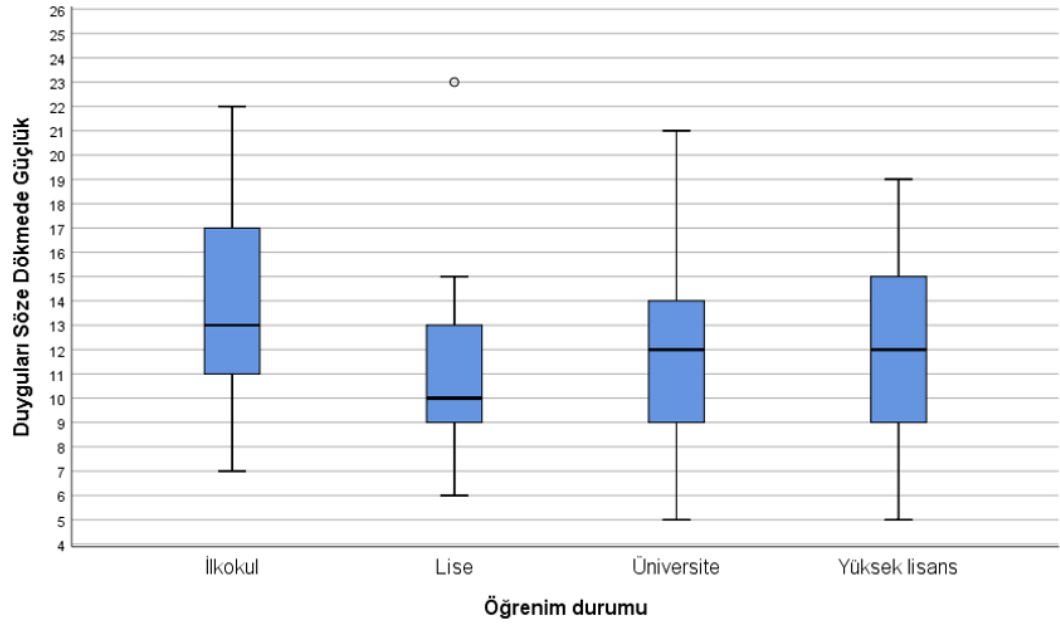


**Tablo 25. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

Duyguları Söze Dökmede Güçlük		Medyan (Min- Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Yaş grubu	≤30	12 (5-23)	12,03±3,91	<sup>a</sup> 0,762
	>30	11 (5-22)	11,76±3,54	
Cinsiyet	Kadın	11 (5-22)	11,47±3,71	<sup>a</sup> 0,232
	Erkek	12 (5-23)	12,21±3,71	
Öğrenim durumu	İlkokul	13 (7-22)	14,05±3,98	<sup>b</sup> 0,039*
	Lise	10 (6-23)	11,08±3,51	
	Üniversite	12 (5-21)	11,48±3,57	
	Yüksek lisans	12 (5-19)	12,06±3,68	
Medeni durumunuz	Evli	12 (6-21)	12,03±3,5	<sup>a</sup> 0,522
	Bekar	12 (5-23)	11,7±3,99	
Çocuğunuz var mı?	Yok	12 (5-22)	11,52±3,62	<sup>a</sup> 0,238
	Var	12 (6-23)	12,31±3,81	
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	13 (6-22)	12,1±3,89	<sup>b</sup> 0,831
	Gelirim giderim eşit	12 (5-23)	11,78±3,99	
	Gelirim giderimden fazla	12 (5-19)	11,87±3,26	
Aile tipi	Çekirdek aile	12 (5-23)	11,87±3,85	<sup>b</sup> 0,840
	Geniş aile	13 (9-17)	12,75±3,2	
	Yalnız	12 (5-17)	11,56±3,47	
	Diğer	13 (7-15)	12±2,65	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	12 (5-22)	12,24±4,23	<sup>b</sup> 0,617
	Ayda 1-2 saat	13 (6-19)	12,42±3,51	
	Haftada 1-2 saat	11 (5-23)	11,49±3,93	
	Haftada en az 3 gün	12 (8-16)	11,82±2,48	
	Her gün düzenli spor yaparım.	10 (6-17)	11,06±3,09	
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	12 (5-23)	11,75±3,92	<sup>a</sup> 0,365
	Var	13 (7-20)	12,14±3,34	
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	12 (6-20)	12,07±3,61	<sup>a</sup> 0,665
	Hayır	12 (5-23)	11,82±3,77	
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	13 (6-21)	12,34±3,89	<sup>a</sup> 0,419
	Hayır	11 (5-23)	11,73±3,66	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	12 (6-23)	11,67±3,55	<sup>a</sup> 0,327
	Hayır/bıraktım	12 (5-21)	12,15±3,92	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p < 0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test



**Şekil 3. Öğrenim durumu ile Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanının değerlendirilmesi**

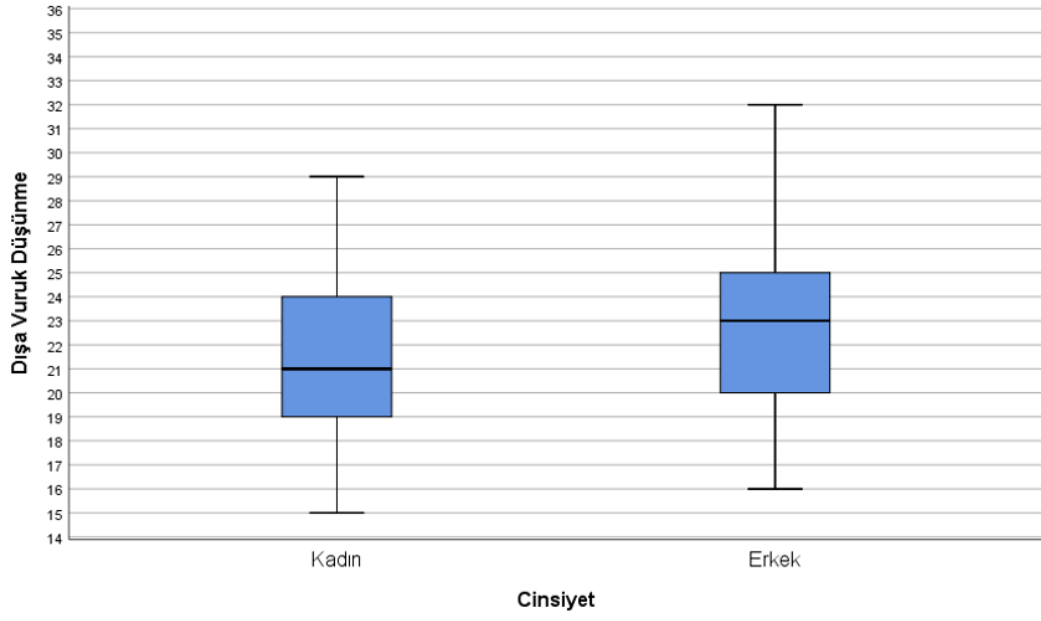
Katılımcılardan kadın, herhangi bir düzenli ilaç kullanımı olan ve psikiyatrik tedavi almış olanların ‘Dışa Vuruk Düşünme’ alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 26. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla Dışa vuruk düşünce alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

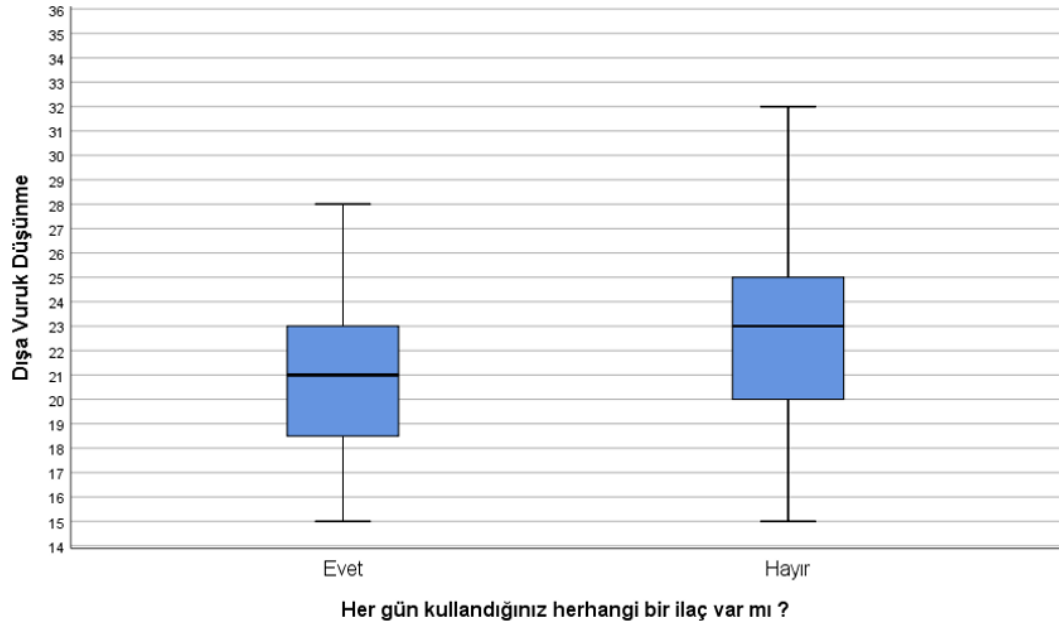
		Medyan	Ort±Std. Sapma	p
Dışa Vuruk Düşünme		(Min-Maks)		
Cinsiyet	Kadın	21 (15-29)	21,1±3,37	<sup>a</sup> 0,005**
	Erkek	23 (16-32)	22,6±3,13	
Öğrenim durumu	İlkokul	23 (18-26)	22,14±2,43	<sup>b</sup> 0,607
	Lise	22 (16-32)	22,13±4,11	
	Üniversite	23 (15-29)	22,11±3,32	
	Yüksek lisans	22 (15-29)	21,33±3,18	
Medeni durumunuz	Evli	22 (16-32)	22±3,21	<sup>a</sup> 0,994
	Bekar	22 (15-29)	21,87±3,45	
Çocuğunuz var mı?	Yok	22 (15-29)	21,83±3,41	<sup>a</sup> 0,811
	Var	22 (16-32)	22,08±3,2	
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	22 (16-32)	22,05±3,66	<sup>b</sup> 0,818
	Gelirim giderim eşit	22 (15-29)	21,75±3,25	
	Gelirim giderimden fazla	22 (15-29)	22,11±3,15	
Aile tipi	Çekirdek aile	22 (15-29)	21,76±3,23	<sup>b</sup> 0,220
	Geniş aile	24 (18-32)	23,75±3,99	
	Yalnız	23 (17-29)	23±3,46	
	Diğer	20 (16-24)	20,57±2,7	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	23 (16-32)	22,72±3,42	<sup>b</sup> 0,329
	Ayda 1-2 saat	22 (15-29)	21,3±3,26	
	Haftada 1-2 saat	23 (15-28)	22,04±3,37	
	Haftada en az 3 gün	20 (17-27)	21,12±2,96	
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Her gün düzenli spor yaparım.	21 (16-27)	21,65±3,12	<sup>a</sup> 0,118
	Yok	23 (15-29)	22,22±3,18	
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Var	22 (15-32)	21,47±3,5	<sup>a</sup> 0,014*
	Evet	21 (15-28)	20,91±3,15	
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Hayır	23 (15-32)	22,32±3,3	<sup>a</sup> 0,020*
	Evet	21 (15-28)	20,85±3,13	
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	23 (15-32)	22,32±3,3	<sup>a</sup> 0,985
	Evet	22 (15-32)	21,98±3,21	
	Hayır/bıraktım	22 (15-29)	21,9±3,45	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p<0,05$

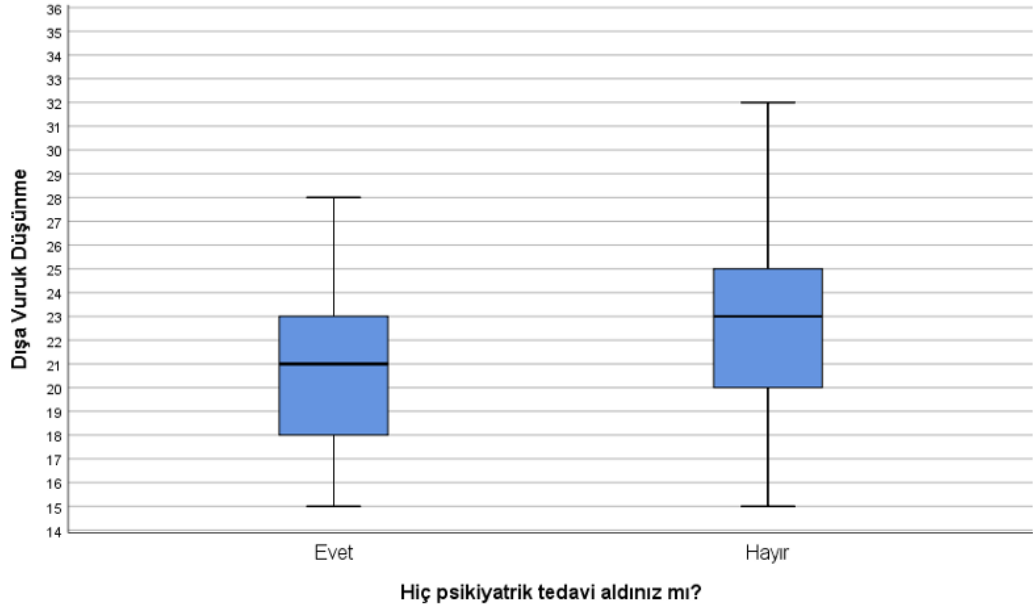
<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test



**Şekil 4. Cinsiyet ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi**



**Şekil 5. İlaç kullanımı ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi**



**Şekil 6. Psikiyatrik tedavi alma durumu ile Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanının değerlendirilmesi**

Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle ‘Duygularını Tanımada Güçlük’ alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Duygularını Tanımada Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

		Duygularını Tanımada Güçlük		
		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz	31 ve daha fazla	13 (8-19)	13±4,55	<sup>a</sup> 0,613
	21-30	14 (10-26)	16±5,07	
	11-20	14 (7-31)	14,28±4,54	
	10 ve daha az	14 (8-26)	14,31±4,5	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle ‘Duyguları Söze Dökmede Güçlük’ alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 28. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

		Duyguları Söze Dökmede Güçlük		
		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz	31 ve daha fazla	13 (9-17)	13±3,27	<sup>a</sup> 0,160
	21-30	13 (9-23)	13,19±3,49	
	11-20	11 (6-20)	11,23±3,49	
	10 ve daha az	11 (6-22)	11,27±3,6	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle ' Dışa Vuruk Düşünme ' alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 29. Katılımcıların sigara kullanım adetleriyle Dışa Vuruk Düşünme alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

		Dışa Vuruk Düşünme		
		Medyan (Min-Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz	31 ve daha fazla	24 (22-28)	24,5±3	<sup>a</sup> 0,316
	21-30	23 (17-27)	22,5±2,85	
	11-20	22 (16-32)	21,95±3,46	
	10 ve daha az	21 (15-27)	21,4±3,01	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

Yalnız yaşayanların FNBT puanı diğer aile tipine sahip grupta yer alanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

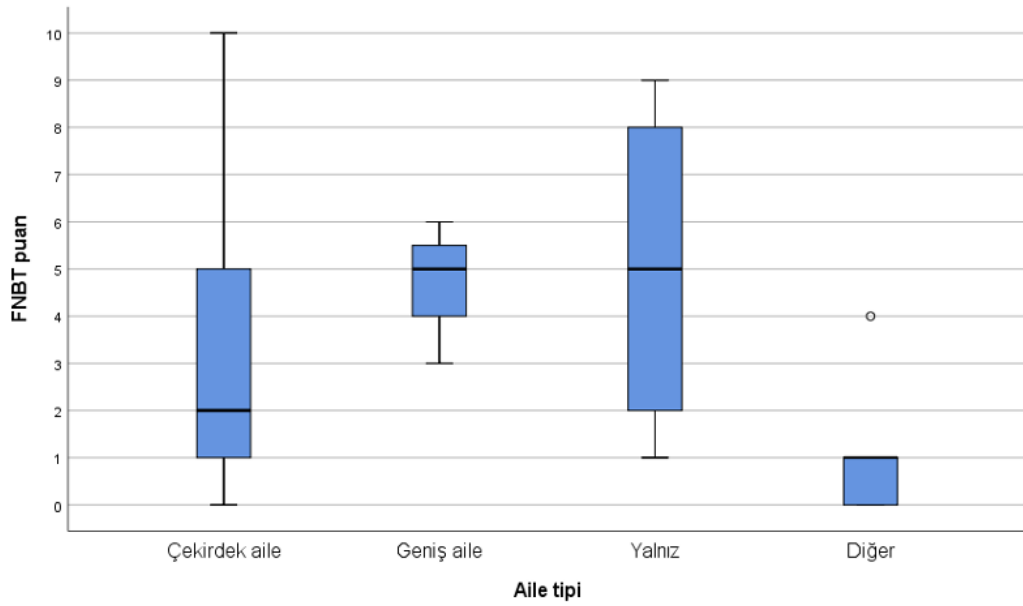
Katılımcıların cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, aylık geliri, spor yapma sıklığı kronik hastalık durumu, psikiyatrik tedavi alma durumuyla FNBT puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 30. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve alışkanlıklarıyla FNBT puanlarının karşılaştırılması**

		FNBT puan		
		Medyan (Min- Maks)	Ort±Std. Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	2 (0-8)	2,09±2,11	<sup>a</sup> 0,046
	Erkek	3 (0-10)	3,48±2,87	
Öğrenim durumu	İlkokul	2 (0-8)	2,61±2,48	<sup>b</sup> 0,836
	Lise	2 (0-8)	3,18±2,63	
	Üniversite	2 (0-10)	3,32±2,9	
	Yüksek lisans	2 (0-9)	3,09±3,05	
Medeni durumunuz	Evli	2 (0-8)	2,67±2,35	<sup>a</sup> 0,167
	Bekar	3 (0-10)	3,75±3,17	
Çocuğunuz var mı?	Yok	3 (0-10)	3,41±3,11	<sup>a</sup> 0,628
	Var	2 (0-8)	2,81±2,33	
Aylık gelir	Gelirim giderimden az	1 (0-7)	2,41±2,62	<sup>b</sup> 0,433
	Gelirim giderim eşit	2 (0-9)	3,13±2,49	
	Gelirim giderimden fazla	3 (0-10)	3,48±3,12	
Aile tipi	Çekirdek aile	2 (0-10)	2,85±2,63	<sup>b</sup> 0,020*
	Geniş aile	5 (3-6)	4,67±1,53	
	Yalnız	5 (1-9)	4,85±3,13	
	Diğer	1 (0-4)	1,2±1,64	
Ne kadar sıklıkta spor yaparsınız?	Hiç spor yapmıyorum	3 (0-8)	3,25±2,38	<sup>b</sup> 0,331
	Ayda 1-2 saat	2 (0-10)	2,82±2,83	
	Haftada 1-2 saat	3 (0-9)	3,76±2,95	
	Haftada en az 3 gün	2 (0-9)	3±3,33	
	Her gün düzenli spor yaparım.	1 (0-7)	1,91±2,34	
Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	2 (0-10)	3,04±2,73	<sup>a</sup> 0,801
	Var	3 (0-9)	3,24±2,83	
Her gün kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	2 (0-7)	2,86±2,52	<sup>a</sup> 0,688
	Hayır	2 (0-10)	3,2±2,84	
Hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	3 (0-9)	3,48±2,47	<sup>a</sup> 0,265
	Hayır	2 (0-10)	2,98±2,85	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p<0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test



**Şekil 7. Aile tipi ile FNB T puanının değerlendirilmesi**

Çalışmada katılımcıların yaşları ile TAS-20 ve FNB T puanları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmamıştır ( $p_1=0,944$ ,  $r_1=0,006$ ;  $p_2=0,648$ ,  $r_2=0,-0,050$ ).

**Tablo 31. Yaş ile TAS-20 ve FNB T puanları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi**

		TAS-20	FNB T puan
Yaş	r	0,006	-0,050
	p	0,944	0,648
	N	159	87

Çalışmaya katılanlardan erkeklerin sigara kullanma oranı kadınlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ).

**Tablo 32. Katılımcıların sigara kullanma durumuyla cinsiyetlerinin karşılaştırılması**

		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		N	%	N	%	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	24	34,29	65	72,22	<sup>a</sup> <0,001*
	Hayır	45	64,29	20	22,22	
	Bıraktım	1	1,43	5	5,56	

<sup>a</sup>Fisher's Exact Test \* $p<0,001$

## 5.TARTIŞMA

Aleksitimi; duyguları tanımlama ve ifade etme yeteneğindeki güçlüklerle karakterize edilen bir kişilik özelliğidir(53). Aleksitimi ile sigara içenler arasında ilişki olduğunu ortaya çıkaran çalışmalar mevcuttur(10). Bu bağlamda; aleksitiminin sigara bağımlılığı üzerindeki etkisi ve bağımlılıkla mücadelede tedavi planlarına nasıl dahil edilebileceği tartışılması gereken konular arasındadır.

Karlıyaka ve ark. ları Edirne'deki 8 merkez sağlık ocağına (il merkezi nüfusunu temsil edecek biçimde) başvuran erişkinlerdeki sigara kullanma ve bırakma durumlarını araştırma amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışmaya 18-64 yaş arasında 645 kişi katılmıştır. Bu kişilerin 452 'si kadın, 193'ü erkektir. 645 kişinin % 58 'i sigara kullanmaktadır. (kadınların % 54'ü,erkeklerin % 68 'sı p=0.001). %13 sigarayı bırakmış, hiç sigara kullanmayan %29 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanlar kadın ağırlıklıdır. Erkeklerde kadınlara göre sigara kullanımı anlamlı yüksek olmasına rağmen bu çalışmada kadınlarda sigara içme oranı ortalamanın üzerinde görülmüştür(83). Bizim çalışmamıza 160 kişi katılmıştır. Katılanların % 56 'sı erkek, % 43' ü kadındır. Sigara kullanım oranı % 56 , sigarayı bırakan % 3,75 'dir. Karlıyaka ve arklarının çalışmasıyla uyumlu olarak sigara kullanım oranımız benzerdir. Bizim çalışmamızda da erkeklerdeki sigara kullanımı kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir. Araştırmamızdaki katılımcıların erkek ağırlıklı olması sigara bırakma oranının daha düşük olmasını etkilemiş olabilir.

Buturak ve ark. Kırıkkale Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde yaptığı bir araştırmada sigara bağımlılık şiddetleriyle sosyodemografik özellikler karşılaştırılmıştır. Sigara bağımlılığı yüksek olan grupla yüksek olmayan grupla kıyaslandığında cinsiyet açısından anlamlı bir fark görülmüştür. Ağır sigara kullanan grupta kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oran bulunmuştur. Ağır sigara kullanıcılarıyla ağır olmayan sigara kullanan grup arasında medeni hal, psikiyatrik hastalığa sahip olmaya bağlı anlamlı bir fark bulunmamıştır(84). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet, medeni hal ve psikiyatrik tedavi alma durumlarıyla bağımlılık seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmada görülen

kadınlardaki sigara bağımlılık seviyesindeki anlamlı yüksekliğin sebebi eğitim seviyesi düşük olan grupta kadınlardaki oranın erkeklere göre anlamlı seviyede yüksek olmasıyla açıklanmıştır.

Topçu ve ark. larının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada günlük içilen sigara miktarı ile cinsiyet ilişkisi araştırılmıştır. Kadınların çoğu günde 11-20 adet sigara kullanırken, erkeklerde sigara kullanımı 10 adetten daha az bulunmuştur. Cinsiyet ile günlük tüketilen sigara miktarı arasında anlamlı ilişki görülmüştür(85). Bizim çalışmamızda ise kadınların % 58'i günde 10 ve daha az sigara içerken erkeklerde bu oran % 25'tir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Literatüre göre kadınların erkeklere göre daha fazla sigara tüketmesi çalışmamızla uyumsuzdur. Literatürdeki çalışmanın sadece üniversite öğrencileri arasında yapılmış olması bu farklılığa sebep olmuş olabilir.

Yakar ve Pirinçci'nin yaptığı aile hekimliği polikliniğine başvuran kişilerde sigara ve alkol bağımlılık düzeylerine etki eden faktörlerin araştırıldığı bir araştırmada bağımlılık seviyesinin sigara bırakma teşebbüsüne etkisi anlamlı görülmüş. Yüksek bağımlılığa sahip kişilerde sigarayı bırakma çabasının düşük sigara bağımlısı olanlara göre daha fazla olduğu bulunmuş ama yüksek bağımlılık sebebiyle bu girişimleri başarısızlıkla sonuçlanmıştır(86). Bizim çalışmamızda ise sigarayı bırakmayı deneme durumu ile sigara bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatürle olan bu uyumsuzluğun sebebi sosyodemografik farklılıklar ve yüksek nikotin bağımlılık düzeyindeki oranın farklılığından kaynaklı olabilir.

1989 yılında 49 kadın ve 52 erkek üzerinde Parker ve ark. larının yaptığı bir çalışmada TAS ölçeği ile değerlendirme yapılmış. Sağlıklı kişilerde % 18.8 oranında aleksitimik özellikler bulunmuştur(87). Bizim çalışmamızda % 9.43 aleksitimik olarak değerlendirilmiştir. Bu oran literatürle uyumsuz görülmüştür. Literatürdeki çalışmanın eski yıllarda yapılmış olması, yaş ortalamaların bizim çalışmamızla farklı olması ve günümüzde eğitim imkanlarının artması ve eğitim seviyesinin yükselmesi bizim çalışmamızdaki aleksitimik oranın daha düşük oranda görülmesini sağlamış olabilir.

Gürkan'ın 1996 yılında 234 kişinin dahil edildiği bir çalışmada aleksitiminin sosyo-demografik durumla bağlantısı, depresyonla ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca normal bireylerde, psikiyatrik hastalığı olanlarda, psikiko-somatik rahatsızlığı olanlardaki aleksitimi görülme yaygınlığına bakılmıştır. Aleksitimi ilk sırada psikiyatrik hastalığı olanlarda, 2. sırada psikosomatik kişilerde, 3. olarak da kontrol grubunda görülmüştür. Aleksitimi ile depresyon ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Fakat cinsiyet ve aleksitimi bağlantısı görülmemiştir. Gelir durumu ile aleksitimi ilişkisi anlamlı bulunmuştur(88). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet, sosyo-ekonomik seviye ve psikiyatrik hastalık ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürle olan bu uyumsuzluk daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Acar ve ark. larının sigara içen, sigara içmeyen ve sigara bırakma tedavisi alan 197 erkek, 150 kadında yaptığı bir çalışmada FNBT testini dolduran katılımcıların nikotin bağımlılık seviyesi değerlendirilmiştir. Bağımlılık seviyesi 12 kişide çok az (%3), 66 kişide az (% 19), 24 kişide orta (%7) , 80 kişide yüksek (%23) , 33 kişide çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise FNBT puanına göre düşük düzeyde bağımlı olan 46 kişi (% 53) , orta düzeyde bağımlı olan 33 kişi (% 38),yüksek düzeyde bağımlı olan 8 kişi (%9) ,üç kategoriye ayrılarak değerlendirilmiştir(89). Bizim çalışmamızla kıyasladığımızda orta düzey bağımlılık literatüre göre daha yaygın, yüksek düzey bağımlılık ise literatüre göre daha düşük oranda bulunmuştur. Kişilerin sigara içme süresi, sigara içme sıklığı, sosyal, psikolojik ve genetik faktörlerin farklılıkları; literatürle bağımlılık seviyesindeki uyumsuzluklara sebep olmuş olabilir.

Carton 2008 yılında sigara kullanan 42 katılımcı ve sigara kullanmayan 68 katılımcının katıldığı bir araştırmada; sigara kullananların Fagerström skorlarına göre nikotin bağımlılığını değerlendirmiştir. Sigara kullanan kişilerde kullanmayanlara göre aleksitimik puanları daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin duygularını ifade etmede, etiketlemede zorluk çekmesi bu sonuca sebep olarak düşünülmüştür. Fakat; aleksitimi seviyeleri ile fagerström testi ile belirlenen nikotin bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(90). Bizim çalışmamızda da sigara bağımlılık düzeyi ile TAS-20 ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Bu yönden literatürle uyumludur. Ama; sigara kullanma durumuyla aleksitimik puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu yönden de literatürle uyumsuzdur. Bazı sigara kullanıcılarında fizyolojik bağımlılıkla aleksitimi arasında ilişki olmayabileceğini; ancak daha geniş bir örnekleme bu sonuçların doğrulanmasına ihtiyaç olduğunu yorumlayabiliriz.

Varşova ve çevresinden 46 kişinin katıldığı Grabowska ve ark. larının yaptığı bir çalışmada hiç sigara içmemiş olanlar ve şu anda sigara içenler iki gruba ayrılmıştır. TAS-20 ölçeği ile değerlendirilme yapılmıştır. Sigara içenlerde aleksitimi skoru daha yüksek saptanmıştır ve bu fark anlamlıdır. Aleksitimi alt boyut puanlarına baktığımızda ise duyguları söze dökmede güçlük ve duyguları tanımada güçlük puanları sigara kullananlarda anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. Dışa vuruk düşünme alt boyut puanlarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır(91). Çalışmamızda sigara kullanımı ile, duyguları söze dökmede güçlük, duyguları tanımlamada güçlük ve dışa vuruk düşünme alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre göre en az orta düzeyde eğitim almış olanlar araştırmaya katılmıştır. Bizim çalışmamızda ise böyle bir kısıtlama yoktur. Literatürle olan bu farklılık bu sebepten kaynaklanıyor olabilir.

Güler ve Aydın'ın 2020 yılındaki çalışmasında aleksitimi toplam skoru ile dışa vuruk düşünme skorunun kadın ve erkek arasında anlamlı bir bağlantısı vardır. Erkeklerde kadınlara göre dışa vuruk düşünce daha fazla görülmüştür(92). Bizim çalışmamızda da kadınlarda dışa vuruk düşünme puanı erkeklere göre daha düşük bulunmuş ve bu fark anlamlı görülmüştür. Bu durum literatürle uyumludur. Erkeklerde daha çok dışsal gerçeklere yönelik bir düşünme tarzı olması çevresel ve kültürel faktörlerden dolayı olabilir.

15 yaş üstü kişilerin değerlendirildiği Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019'daki araştırmasına göre sigara içme oranı % 28 bulunmuştur(93). 2018 yılında 297 kişinin katıldığı başka bir çalışmada ise aktif sigara içme oranı % 68, günde 11-20 tane sigara içme oranı % 45 'tir. Bu çalışmada sigara içenlerin % 34 'ünün sigara içme süresi 5 yıl ve daha az bulunmuştur(94). Çalışmamızda sigara içme oranı % 56 görülmüş, sigarayı bırakma oranı ise % 4 bulunmuştur. Sigara içen katılımcılarından çoğunluğun (% 54) sigara kullanma süresi 12 yıl ve altıdır. Sigara içen kişilerin günlük sigara

kullanım adetlerine baktığımızda ise % 44'ü günde 11-20 tane sigara kullanmıştır. Bu oran çoğunluğu oluşturmaktadır. Literatürleri; çalışmamızdaki bulgularla kıyasladığımızda çalışmamızdaki bulgularla benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Yıldırım ve ark. larının anksiyete, depresyon, psikotik ve somatoform bozukluk tanısı alan ayaktan takip edilen 18-65 yaş arasındaki 257 hastanın aleksitimi sıklığını araştırdığı bir çalışmada; 'Duyguları Tanımada Güçlük' ile psikiyatrik hastalık süresi, yaş, cinsiyet, eğitim süresi arasında düşük seviyede anlamlı ilişki bulunmuştur. Cinsiyet ve eğitim yılı önemli etkenler olarak görülmüşken; psikiyatrik hastalık süresi ve yaş ise önemli etkenler olarak değerlendirilmemiştir. Duyguları Söze Dökmede Güçlük ile psikiyatrik hastalık süresi, yaş, eğitim süresi arasında düşük seviyede anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yaş ve eğitim süresi önemli etkenler olarak görülmüşken; psikiyatrik hastalık süresi ve cinsiyet önemli etkenler olarak değerlendirilmemiştir. 'Dışa Vuruk Düşünce' alt boyut puanı ortalaması ile eğitim süresi, yaş, psikiyatrik hastalık süresi, cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; anlamlı bir etki bulunmamıştır (95). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, psikiyatrik tedavi alma, kronik hastalık durumu ile Duygularını Tanımada Güçlük alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' alt boyut puanı ile katılımcıların yaş, cinsiyet, psikiyatrik tedavi alma, kronik hastalık durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Fakat Katılımcılardan öğrenim düzeyi ilkökul olanların 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' alt boyut puanları lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. 'Dışa Vuruk Düşünme' alt boyut puanlarını öğrenim durumu, psikiyatrik tedavi alma, kronik hastalık durumu ile kıyasladığımızda anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcılardan kadın ve psikiyatrik tedavi almış olanların 'Dışa Vuruk Düşünme' alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Literatürle kıyasladığımızda çalışmamızla benzeyen bulgular olsa da uyumsuzluklar da göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızdaki örneklemin 18-65 yaş arası genel popülasyonda yapılması ,literatürde ise sağlıklı kişilerden oluşan bir kontrol grubunun olmaması bu uyumsuzluklara neden olmuş olabilir.

Dayı ve ark.larının Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde 17676 öğrencinin katıldığı bir çalışmada tütün kullanımını sosyodemografik değişkenlerle araştırmıştır. Yalnız ve arkadaşlarıyla birlikte yaşayanlarda tütün kullanımı; aile ile yaşamaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bu oran anlamlıdır.(96). Bizim çalışmamızda da yalnız yaşayanların FNBT puanı diğer aile tipine sahip grupta yer alanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).



## 6.SONUÇ

Çalışmamızda Eğitim ASM'ye herhangi bir sebeple başvuran 18-65 yaş arasındaki bireylerde sigara bağımlılığına sahip olmanın aleksitimiye etkisini inceledik. Katılımcılardan öğrenim düzeyi ilkokul olanların 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' alt boyut puanları lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kadın, herhangi bir düzenli ilaç kullanımı olan ve psikiyatrik tedavi almış olanların 'Dışa Vuruk Düşünme' alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Sigara bağımlılığına sahip olmayla aleksitimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışmamızda yalnız yaşayanların FNBT puanı diğer aile tipine sahip grupta yer alanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Sigara bağımlılığına sahip olmanın kişinin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir. Aleksitiminin de kişinin duygu durumunu etkilediği ve sosyodemografik faktörlerle ilişkili olabileceğini öne süren literatürde yapılmış çalışmalar vardır. Ancak, sigara bağımlılığı ile aleksitimi arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Bu nedenle daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Örneklemimizde katılımcıların önemli bir kısmında; sigara bağımlılığı, psikiyatrik tedavi alma durumu ve madde kullanımı görülmüştür. Bu sebeple özellikle sigara bağımlılığına sahip bireylerde, psikiyatrik tedavi alanlarda, eğitim seviyesi düşük kişilerde ve madde kullanım öyküsü olanlarda aleksitimi riski açısından daha dikkatli olunması gereklidir.

Hem sigara bağımlılarında hem de aleksitimik kişilerde duygusal farkındalıkları arttırmaya yönelik eğitim programları geliştirilmesi, psikoterapiler uygulanması yararlı olabilir. Nikotin bağımlılığında kişileri bilinçlendirerek, sigara bırakma polikliniklerine yönlendirerek ilaç tedavisinin başlanmasına teşvik edilmesi önemlidir. Bağımlılık tedavisi aynı zamanda aleksitimik semptomların azalmasına yönelik de olumlu etkilere sebep olabilir. Ayrıca çoklu disiplinler bir yaklaşımla psikologlar, psikiyatristler ve aile hekimi uzmanlarının birlikte çalışması ve etkili bir

tedavi planı oluşturmasıyla sigara bağımlılığı ve aleksitimiyle m¼cadelede etkili bir yaklaşım sağlanabilir.



## KAYNAKLAR

1. Macdonald G, Kondor N, Yousefi V et al. Reduction of carboxyhaemoglobin levels in the venous blood of cigarette smokers following the administration of carbogen. *Radiotherapy and Oncology* 2004; 73(3): 367–371.
2. Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K et al. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı*. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa 2011
3. Nurmedov S, Tarhan N. Nikotin. In: Özten F, editor. *Bağımlılık İstanbul, Timaş Yayınları*. 2011: 222–227.
4. Enişte K. Alkol ve Madde Bağımlılığı. *Bursa Sağlık Müdürlüğü (BSM) Dergisi* 2004; 2: 47–48.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442.
6. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T, (Çevirenler). Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi. Ankara 2008 <http://whqlibdoc.who.int/publications> (accessed 21 Mar2023).
7. World Health Organization. World Health Report. Reducing risks, Promoting healthy life. Geneva 2002
8. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The Phenomenon of ‘Alexithymia’. *Psychother Psychosom* 1977; 28(1–4): 47–57.
9. Leising D, Grande T, Faber R. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *J Res Pers* 2009; 43(4): 707–710.
10. Carton S, Bayard S, Jouanne C, Lagrue G. Emotional Awareness and Alexithymia in Smokers Seeking Help for Cessation: A Clinical Analysis. *J Smok Cessat* 2008; 3(2): 81–91.

11. Lumley MA, Downey K, Stettner L, Wehmer F, Pomerleau OF. Alexithymia and Negative Affect: Relationship to Cigarette Smoking, Nicotine Dependence, and Smoking Cessation. *Psychother Psychosom* 1994; 61(3–4): 156–162.
12. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. In: *Journal of the American College of Cardiology*. 2004: 1731–1737.
13. Sengezer T. Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2017; 4(1): 97–103.
14. DSÖ. Küresel Tütün Salgını Raporu. 2008[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282\\_tur.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_tur.pdf?sequence=6) (accessed 24 Feb2023).
15. Warner KE, MacKay J. The global tobacco disease pandemic: Nature, causes, and cures. *Glob Public Health* 2006; 1(1): 65–86.
16. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2015. 2015: 330.
17. WHO. Tobacco | World Health Organization. 2019.<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (accessed 25 Feb2023).
18. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use. 2019<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204> (accessed 25 Feb2023).
19. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10(2). doi:10.20518/tjph.173069
20. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization (2017). 2017.<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255874> (accessed 27 Feb2023).

21. Battal S, Güneş G, Açık Y et al. Elazığ Merkez Bölgesinde Kadınların Çevresel Sigara Dumanına Maruziyeti ve Bu Konudaki Bilgi ve Tutumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16(3): 149–156.
22. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328(7433): 217–219.
23. Akdeniz E. Sigara Bağımlılığı Sağlığa Etkileri ve Sigara Bıraktırmada Kullanılan Transteoretik Model. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 2(3).
24. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and Updating the Evidence on the Health Consequences of Cigarette Smoking. Am J Epidemiol 2014; 179(4): 403–412.
25. Dönder A, Balahoroğlu R, Dülger H, Sekeroğlu MR. Smoking and Kidney Functions. European Journal of Basic Medical Sciences 2014; 4(1): 16–21.
26. Verhaeghe R. Epidemiology and prognosis of peripheral obliterative arteriopathy. Drugs 1998; 56(Supplement 3): 1–10.
27. Shea A, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine & Tobacco Research 2008; 10(2): 267–278.
28. Rakel RE HT. Nikotin Bağımlılığı. In: *RAKEL Aile Hekimliği. Elsevier*,. 2019: 1133–1151.
29. Sağlam L. Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2017; 4(1): 78–89.
30. Townsend M. Substance-Related Disorders. In: *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 2015

31. CDC. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. 2010<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/> (accessed 1 Mar2023).
32. Kandel D, Chen K, Warner L A, Kessler R C, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 1997; 44(1): 11–29.
33. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2010; 17(3): 179–185.
34. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. In: *DSM-5 Tanı ÖLÇÜTLERİ Başvuru El Kitabı Türkçe Çeviri*. Hekimler Yayın Birliği 2013: 280–292.
35. Nides M. Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment. *Am J Med* 2008; 121(4): S20–S31.
36. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. *Sigara ve Ruh Sağlığı*. TC SAĞLIK BAKANLIĞI 2008[www.klasmat.web.tr](http://www.klasmat.web.tr)
37. Spring B, Pingitore R, McChargue DE. Reward Value of Cigarette Smoking for Comparably Heavy Smoking Schizophrenic, Depressed, and Nonpatient Smokers. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160(2): 316–322.
38. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29(6): 1021–1034.
39. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational Influences on Cigarette Smoking. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902142054> 2004; 55: 463–491.
40. Tiffany ST, Drobes DJ. Imagery and smoking urges: The manipulation of affective content. *Addictive Behaviors* 1990; 15(6): 531–539.

41. Eissenberg T, Adams C, Riggins E, Likness M. Smokers' sex and the effects of tobacco cigarettes: Subject-rated and physiological measures. *Nicotine & Tobacco Research* 1999; 1(4): 317–324.
42. Daly M, Wilson M. Risk-taking, intrasexual competition, and homicide. In: *University of Nebraska Press, Evolutionary psychology and motivation*. 2001: 1–36.
43. Carton S, le Houezec J, Lagrue G, Jouvent R. Relationships between sensation seeking and emotional symptomatology during smoking cessation with nicotine patch therapy. *Addictive Behaviors* 2000; 25(5): 653–662.
44. Gurpegui M, Jurado D, Luna JD et al. Personality traits associated with caffeine intake and smoking. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31(5): 997–1005.
45. Zincir S, Zincir N, Sunbul E, Kaymak E. Relationship between nicotine dependence and temperament and character traits in adults with cigarette smoking. *Journal of Mood Disorders* 2012; 2(4): 160.
46. Pritchard WS, Kay DLC. Personality and smoking motivation of U.S. smokers as measured by the State-Trait Personality Inventory, the Eysenck personality questionnaire, and Spielberger's smoking motivation Questionnaire. *Pers Individ Dif* 1993; 14(5): 629–637.
47. Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE et al. Two Studies of the Clinical Effectiveness of the Nicotine Patch With Different Counseling Treatments. *Chest* 1994; 105(2): 524–533.
48. Hurt RD. Nicotine Patch Therapy for Smoking Cessation Combined With Physician Advice and Nurse Follow-up. *JAMA* 1994; 271(8): 595.
49. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention* 2020; 27(5): 349–362.

50. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22(2): 203–220.
51. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A Comparison of Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine* 1997; 337(17): 1195–1202.
52. Uzaslan E. Pharmacological Treatment in Smoking Cessation: Varenicline. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2017; 4(1): 114–117.
53. Durak Batıgün A, Büyükşahin A. Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 11: 105–114.
54. Sifneos PE. Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, and Creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11(3): 287–293.
55. Nemiah JC. A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med* 2000; 62(3): 299–303.
56. Krystal JH, Giller EL, Cicchetti D V. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom Med* 1986; 48(1): 84–94.
57. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *J Pers Assess* 2007; 89(3): 230–246.
58. TenHouten WD, Bogen JE, Walter DO. Alexithymia: An Experimental study of cerebral Commissurotomy Patients and Normal Control Subjects. 1985.
59. de Tychev C, Garnier S, Lighezzolo-Alnot J, Claudon P, Rebourg-Roesler C. An Accumulation of Negative Life Events and the Construction of Alexithymia: A Longitudinal and Clinical Approach. *J Pers Assess* 2010; 92(3): 189–206.

60. Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *J Clin Psychol* 2008; 64(3): 318–331.
61. Zackheim L. Alexithymia: The expanding realm of research. *J Psychosom Res* 2007; 63(4): 345–347.
62. Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press 1995.
63. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosom Med* 1981; 43(6): 531–543.
64. Thorberg FA, Young RMCD, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors* 2009; 34(3): 237–245.
65. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993; 34(5): 330–335.
66. Sifneos PE. Is Dynamic Psychotherapy Contraindicated for a Large Number of Patients with Psychosomatic Diseases? *Psychother Psychosom* 1972; 21(1–6): 133–136.
67. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosom Med* 1981; 43(6).[https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1981/12000/A\\_Review\\_of\\_the\\_Alexithymia\\_Concept.9.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1981/12000/A_Review_of_the_Alexithymia_Concept.9.aspx)
68. Lesser IM. Alexithymia. *New England Journal of Medicine* 1985; 312(11): 690–692.
69. Taylor GJ, Michael Bagby R, Parker JDA. The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1991; 32(2): 153–164.
70. McDougall J. Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38(1–4): 81–90.

71. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150(7): 1105–1107.
72. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 235–240.
73. Bagby M, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychother Psychosom* 1986; 45(4): 207–215.
74. Palser ER, Palmer CE, Galvez-Pol A et al. Alexithymia mediates the relationship between interoceptive sensibility and anxiety. *PLoS One* 2018; 13(9): e0203212.
75. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46(1): 75–82.
76. Grabowska P, Targowski T, Rozyńska R, Mierzejewska J, From S. Alexithymia and depression: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence and motivation to quit smoking. *Przeegl Lek* 2005; 62(10): 1004–1006.
77. Linn BK, Stasiewicz PR, Fillo J, Bradizza CM. The Great Disrupter: Relationship of Alexithymia to Emotion Regulation Processes and Smoking among Pregnant Women. *Subst Use Misuse* 2020; 55(7): 1113–1121.
78. De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors* 2006; 31(7): 1265–1270.
79. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23–32.

80. Güleç H, Köse S, Güleç MY et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2009; 19(3): 214.
81. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159–182.
82. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004; 52(2): 115–121.
83. Karlıyaka C, Deveci S, Ekuklu G. Edirne’de sigara içme ve bırakma oranları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2009; 23(1): 25–29.
84. Buturak ŞV, Günal N, Özçiçek G et al. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Sigara Bağımlılık Şiddetleri. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 2016; 7(3). doi:10.18663/tjcl.05665
85. Birol T, Cengiz G, Sadiye A, Cüneyt Ü. Kapalı Mekanlarda Sigara İçme Yaşamı ve Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. *Journal* 2015; 2(1): 24–31.
86. Yakar B, Pirinççi E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara ve Alkol Bağımlılık Düzeylerine Etki Eden Faktörler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019; 14(2): 57–65.
87. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30(5): 434–441.
88. Gürkan SB. Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1996; 2(14): 99–103.
89. Acar S, Şaşman Kaylı D, Yarıbaş G. Sigara Kullanan, Sigara Bırakma Tedavisi Alan ve Sigara Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Bakımından Karşılaştırılması. *Addicta: The*

Turkish Journal on Addictions 2019; 0(0).  
doi:10.15805/addicta.2019.6.3.0029

90. Carton S, Bayard S, Jouanne C, Lagrue G. Emotional Awareness and Alexithymia in Smokers Seeking Help for Cessation: A Clinical Analysis. *J Smok Cessat* 2008; 3(2): 81–91.
91. Grabowska P, Targowski T, Rozyńska R, Mierzejewska J, From S. Alexithymia and depression: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence and motivation to quit smoking. *Przegl Lek* 2005; 62(10): 1004–1006.
92. Güler HK, Aydın FB. The Effects of Attachment Styles and Psychosociodemographic Variables on Alexithymia Levels in Adults. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences* 2020; 17(2): 98–116.
93. TUIK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. 2019.
94. Bulut İABKFGYDS. Sigara İçen/ İçmeyen 18 Yaş Üzeri Erişkinlerde Ekspiryum Havasında Karbonmonoksit Düzeylerinin Değerlendirilmesi- Determination of Carbon Monoxide Level in Expiratory Air in Smoker/Non Smoker Adults Over 18 Years of Age. *Dergi Park* 2018; 3(3).
95. Yildirim A. Alexithymia in depressive, anxiety, somatoform and psychotic disorders: A comparative study. *J Psychiatr Nurs* Published Online First: 2016. doi:10.5505/phd.2016.30074
96. Dayi A, Gulec G, Mutlu F. Prevalence of tobacco, alcohol and substance use among Eskisehir Osmangazi University students. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;; 309–318.