

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



KLİNİK ÖRNEKLEMDE NİKOTİN KULLANIMINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
DR. FUNDA ÖZTÜRK

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖMER BAŞAY

DENİZLİ – 2020

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



KLİNİK ÖRNEKLEMDE NİKOTİN KULLANIMINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
DR. FUNDA ÖZTÜRK

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖMER BAŞAY

DENİZLİ – 2020

ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY danışmanlığında Dr. Funda ÖZTÜRK tarafından yapılan “**Klinik Örneklemde Nikotin Kullanımını Etkileyen Faktörler**” başlıklı tez çalışması 01.07.2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

**Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
gün.../ay..../yıl.**

**Prof. Dr.
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekan**

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince mesleki kimliğimin oluşumunda ve gelişmesinde önemli katkıları olan, kendi bilgi ve deneyimlerini esirgemediğimiz bizlerle paylaşan, güler yüzlü, sıcak tutumları ve sağladıkları huzurlu çalışma ortamıyla verimli bir asistanlık geçirmemi sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Bürge KABUKÇU BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER'e, Dr. Öğr. Üyesi Merve TERZİOĞLU'na;

Tez sürecindeki ilgisi, desteği, hoşgörüsü, yardımları ve katkıları nedeniyle, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi. Ömer BAŞAY'a;

Kısa süre de olsa, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'dan değerli hocalarım Doç Dr. Tülin FİDAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Murat EYÜBOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Damla EYÜBOĞLU'na ve rotasyonumdaki katkıları için Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri A.D. hocalarına;

İstatistikle ilgili süreçte yardımlarından ötürü Dr. Öğr. Üyesi Hande ŞENOL'a,

Her sıkıştığım da yardımına koşan, sonsuz hoşgörüsü, emeği ve şefkatiyle hakkını asla ödeyemeyeceğim annem Kadriye KAHRAMAN'a; her zaman arkamda dağ gibi duran babam Rasim KAHRAMAN'a; en yakın arkadaşım, canım, sırdaşım, biricik kardeşim Fulya ÇİVİK'e;

Hayatımı anlamlandıran, yaşam enerjimi olan, mesleğimi daha iyi yapmama vesile olan en değerlilerim, canım kızlarım Selin ve Melis'e

Tezimdeki katkıları için Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi'ndeki tüm asistan arkadaşlarıma, özellikle aynı dönemlerde benzer süreçlerden geçtiğimiz Dr. Damla TEZER'e;

Çalışmaya gönüllü olarak katılan değerli gençler ve ailelerine;

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ONAY SAYFASI	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	III
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
KISALTMALAR	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	XI
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.TÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ.....	3
2.1.1.Tütünün Genel Yapısı ve İçeriği	3
2.1.2.Dünyada Tütünün Tarihçesi.....	3
2.1.3.Türkiye’de Tütünün Tarihçesi	4
2.1.4.Tütün Bağımlılığı.....	5
2.2. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİNİ KULLANMA NEDENLERİ	8
2.2.1. Bireysel Faktörler.....	8
2.2.2. Sosyal Faktörler	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	25
3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	25
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	25
3.4.ARAŞTIRMAYA DÂHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	26
3.5.ETİK	27
3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27

3.6.1.Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımının Araştırılması Bilgi Formu	27
3.6.2.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	27
3.6.3.Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	28
3.6.4.Ergen Öğrencilerin Okulda Temel Psikolojik Gereksinimleri Ölçeği	28
3.6.5.Sosyodemografik Veri Formu	29
3.6.6.Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi	29
3.6.7.Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği (Ebeveyn Formu)	29
3.7.İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
4.BULGULAR.....	31
4.1.SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN ERGENLERİN DEMOGRAFİK VERİLERİ	31
4.1.1.Sigara Kullanım Oranları	31
4.1.2.Cinsiyet	31
4.1.2.Yaş	32
4.1.3.Doğumsal Özellikler	32
4.2.KATILIMCILARIN AİLESEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER	34
4.2.1.Ebeveyn Eğitim Düzeyleri	34
4.2.2.Aile Yapıları	35
4.2.3.Gelir Durumu	36
4.2.4. Ailelerin Çocuk Sayısı	37
4.2.5. Ailede Ruhsal Hastalık	38
4.2.7. Ergenlerin Kardeş ve Akran İlişkileri	38
4.2.8. Ergenlerin Ödev Yapma Becerileri ve Okul Başarısı	40
4.3.TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	41
4.3.1. Sigaraya Başlama Yaşı	41
4.2.2. Ergenlerde Diğer Tütün Ürünlerini Kullanım Oranı	41
4.2.3. Ergenlerin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımını Etkileyen Faktörler	42
4.2.4. Aile Üyelerinin Sigara Kullanımı	43
4.2.5. Arkadaş Çevresinde Tütün Ürünleri Kullanımı	44
4.2.6. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Ruhsal Durumu	44
4.2.7. Düzenli spor yapma	48
4.4. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49
4.3.1. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği	49
4.3.2. Barkley'in Çocuk Dikkat Testi.....	50
4.3.3. Okulda Temel Psikolojik Gereksinimlerin Karşlanması Ölçeği	50

4.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	52
4.3.4. Güçler Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi	53
TARTIŞMA.....	55
SONUÇLAR.....	65
KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR.....	67
ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR.....	69
EKLER	88

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sigara Kullanım Oranları.....	31
Tablo 2: Sigara içen ve sigara içmeyen ergenlerin cinsiyetleri.....	31
Tablo 3: Sigara içen ve içmeyen ergenlerin yaşları	32
Tablo 4: Katılımcıların doğum şekli	32
Tablo 5: Annelerde gebelikte hastalık varlığı	33
Tablo 6: Annelerinin gebelikte sigara maruziyeti	33
Tablo 7: Anne Eğitim Düzeyleri	34
Tablo 8: Baba Eğitim Durumu	35
Tablo 9: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Aile Yapıları.....	36
Tablo 10: Sigara Kullanma Durumunun Aile Yapılarına Göre Lojistik Regresyon Analizi	36
Tablo 11 : Çalışmaya Katılanların Gelir Düzeyi.....	37
Tablo 12: Çalışmaya Katılan Ailelerin Çocuk Sayıları.....	38
Tablo 13: Ailede Ruhsal Hastalık Durumu	38
Tablo 15: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Akran İlişkisi	39
Tablo 16: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Kardeş İlişkisi.....	39
Tablo 17: Katılımcıların Okul başarısı ve Ödev Yapma Becerisi.....	40
Tablo 18: Sigaraya Başlama Yaşı	41
Tablo 19: Aromalı Sigara, Sarma Sigara, Elektronik Sigara ve Nargile Kullanımı	42
Tablo 20: Evde sigara kullanımı	43
Tablo 21: Arkadaş çevresinde tütün ürünleri kullanımı.....	44
Tablo 22: DEHB tanısı.....	46
Tablo 23: Yıkıcı Davranış Bozukluğu	46
Tablo 24: Anksiyete Bozukluğu	46
Tablo 25: Depresif Bozukluk	47
Tablo 26: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	47
Tablo 27: DEHB’li ergenlerin sigara kullanım durumunun arkadaş çevresi ile analizi ..	48
Tablo 28: Düzenli spor yapma	48
Tablo 29: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği(ÇBESDÖ)	49
Tablo 30: Yavaş Bilişsel Tempo Puanlarına Göre Grupların Karşılaştırılması.....	50
Tablo 31: Okulda Temel Psikolojik Gereksinimlerin Karşılanması Durumunun Karşılaştırılması	51
Tablo 32: Benlik Saygısı Düzeyleri	52
Tablo 33: Benlik Saygısı Puanları.....	52
Tablo 34: Güçler güçlükler anketinin değerlendirilmesi	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sigaraya Başlamayı Etkileyen Faktörler	42
Şekil 2: Araştırmaya Katılan Ergenlerin Tanısal Oranları	45

KISALTMALAR

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-4: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

TEPA: Türkiye Ergen Profili Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

YDB: Yıkıcı Davranış Bozuklukları

ÖZET

Klinik örnekleme nikotin kullanımını etkileyen faktörler

Dr. Funda ÖZTÜRK

Giriş ve Amaç: Sigara, pek çok hastalığın en bilinen önlenbilir nedenidir ve çoğu kişi nikotin kullanmaya ve nikotine bağımlı hale gelmeye ergenlik döneminde başlamaktadır. Çalışmamızda klinik örnekleme 12-18 yaş arası ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanımının ve bu durumu yordayan bireysel, çevresel ve psikososyal etmenlere ilişkin değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır. Değerlendirilecek bireysel risk etmenleri olarak yaş, cinsiyet, ruhsal sağlık durumu, benlik saygısı düzeyi ve prenatal bazı özellikler belirlenmiştir. Sosyal faktörlerden ise ailede sigara içme durumu, ebeveynlik stili, aile yapısı, ailenin sosyoekonomik durumu, ebeveynlerin eğitim durumu, akran sigara içiciliği, okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanmasının incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışma örnekleme, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda izlenen, dağıtılan anketleri okuma ve anlamasını bozacak psikopatolojisi olmayan, 12-18 yaş arası, gönüllü, 300 ergen ve ebeveyninden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan ergenlere kendileri tarafından doldurulmak üzere araştırmacı tarafından geliştirilmiş Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımının Araştırılması Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi- Ergen formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Ergen Öğrencilerin Okulda Psikolojik Gereksinimleri Ölçeği verilmiştir. Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveynleri tarafından doldurulmak üzere araştırmacı tarafından geliştirilmiş Sosyodemografik Veri Formu, Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği, Barkley Çocuk Dikkat Anketi verilmiştir. Araştırmanın çevrimiçi yapılan bölümü için ise adı geçen testler <https://www.onlineanketler.com/s/tutunurunleri> linkine yüklenmiş, sistemde kayıtlı ebeveyn numaralarına mesaj ile iletilmiştir.

Bulgular: Araştırmamızda ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanım oranları %34,7 sigara, %10 nargile, %20 sarma sigara, %10,3 aromalı sigara, %7 elektronik sigara şeklinde saptanmıştır. Klinik örneklemede kızların erkeklere göre daha fazla sigara kullandığı, başlama yaşının ortalama 13 olduğu ve sigara içen grubun yaş ortalamasının ($15,6 \pm 1,36$), içmeyen gruba göre ($14,4 \pm 1,72$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta ebeveynlerin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyinin daha düşük olduğu; parçalanmış aile veya ebeveyn kaybının, prenatal tütün maruziyetinin ve kardeş sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Sigara içen ergenlerin arkadaş çevresi ve ailesinde daha fazla sigara içen kişilerin bulunduğu, ayrıca arkadaş çevresi, evde tütün ürünlerinin bulunması, yakın arkadaşının kullanıyor olması, ailede kullanan birinin olması ve yenilik arayışının tütün ve tütün ürünlerine başlama nedeni olarak belirtildiği saptanmıştır. Olumsuz ebeveyn tutumları, okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanmasında yetersizlik olması, okul başarısının ve ödev yapabilme becerilerinin kötü olması, akran ve kardeş ilişkilerinin sorunlu olması sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta daha yüksek oranda saptanmıştır. Sigara içmeyen grupta ise sosyoekonomik düzeyin ve ebeveyn eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu, çekirdek aile yapısının daha yüksek oranda bulunduğu, olumlu ebeveynlik stiline daha anlamlı bulunduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluklardan yıkıcı davranış bozuklukları ve depresyon sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. DEHB, anksiyete bozukluğu ve OKB açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi ile değerlendirilen Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri yoğunluğu, sigara içen grupta anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Dünyada en büyük halk sağlığı sorunu olarak belirtilen tütün ve tütün ürünleri kullanım oranını düşürmek, ergenlik döneminde bu ürünleri öncelikle denemeyi önlemeyi gerektirmektedir. Tütün ve tütün ürünlerinden korunma için okula bağlılığın artırılması amaçlı okulda psikolojik gereksinimlerin daha iyi karşılanması, olumlu ebeveynlik tutumlarının yaygınlaştırılması, özellikle akran ve aile etkisinin azaltılması için gerekli eğitsel ve müdahale çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Tütün Ürünleri, Yavaş Bilişsel Tempo, Okulda psikolojik gereksinimler, Benlik saygısı, Ebeveynlik stili

ABSTRACT

The factors affecting nicotine use in clinical sample

Funda ÖZTÜRK M.D.

Background and Aim: Smoking is the most known preventable cause of many diseases and most people begin to use and become addicted to nicotine during puberty. In our study, it was aimed to investigate the use of tobacco and tobacco products in adolescents between the ages of 12-18 and individual, environmental and psychosocial factors that predict this situation in a clinical sample. Age, gender, mental health status, self-esteem level and some prenatal characteristics were determined as individual risk factors to be evaluated. Among the social factors, it was aimed to examine smoking status in the family, parenting style, family structure, socioeconomic status of the family, educational status of the parents, peer smoking, meeting psychological needs at school.

Method: The study sample consists of 300 adolescents between the ages of 12-18, volunteers, and their parents, who are followed up in the Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases, Pamukkale University Medical Faculty, and who do not have psychopathology that will impair the reading and understanding of the questionnaires. The adolescents participating in the study were given the Tobacco and Tobacco Product Use Research Form which is developed by the researcher, Strengths and Difficulties Questionnaire-Adolescent form, Rosenberg Self-Esteem Scale and Adolescent Students' Psychological Needs at School Scale to be filled out by them. Sociodemographic Data Form developed by the researcher, Multidimensional Parenting Styles Assessment Scale, Barkley Child Attention Questionnaire were given to be filled out by the parents of the adolescents participating in the study. For the online part of the study, the tests mentioned were uploaded to the link <https://www.onlineanketler.com/s/tutunurunleri> and sent to the parent numbers registered in the system via a message.

Results: In our study, adolescents' rate of using tobacco and tobacco products was 34.7% cigarettes, 10% hookahs, 20% rolling cigarettes, 10.3% flavored cigarettes, 7% electronic cigarettes. In the clinical sample, it was determined that girls smoked more than boys, the mean age at onset was 13, and the average age of the smoker group

(15.6 ± 1.36) was higher than the non-smoker group (14.4 ± 1.72). In the group of smoking adolescents, the education level and socioeconomic level of the parents were lower. It was observed that there were more broken families or loss of parents, prenatal tobacco exposure and the number of siblings. It has been determined that adolescents who smoke have more smokers in their friends and family, the presence of tobacco products at home, the use of a close friend, the presence of a family member, and the pursuit of innovation as the reasons for starting tobacco and tobacco products. Negative parental attitudes, inability to meet psychological needs at school, poor school success and homework skills, problematic peer and sibling relationships were found with a higher rate in the group of adolescents who smoke. In the non-smoker group, it was found that socioeconomic level and parental education level were higher, nuclear family structure was higher and positive parenting style was found to be more significant. In mental disorders, disruptive behavioral disorders and depression were found with a significantly higher rate in the group of smoking adolescents. No significant difference was found in terms of ADHD, anxiety disorder and OCD. The intensity of Slow Cognitive Tempo symptoms assessed by Barkley's Child Attention Questionnaire was found to be significantly higher in the smoking group.

Conclusion: Reducing the use of tobacco and tobacco products, which are considered to be the biggest public health problem in the world, requires avoiding trying these products first in adolescence. For protection from tobacco and tobacco products, it is necessary to carry out the necessary educational and intervention studies to better meet the psychological needs at school, to spread positive parenting attitudes, and especially to reduce peer and family influence.

Keywords: Smoking, Tobacco Products, Slow Cognitive Tempo, Psychological needs at school, Self-esteem, Parenting style

1.GİRİŞ

Her yıl 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından kaynaklanan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Tütünle ilişkili ölümlerin çoğu, yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamasının hedefi olan, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Tütün, sigara içmeyenler için de ölümcül olabilir. Pasif içicilik kalp hastalığına, kansere ve diğer hastalıklara katkıda bulunarak yıllık 1,2 milyon ek ölüme neden olur (1).

Sigara, pek çok hastalığın en bilinen önlenemez nedenidir, ancak sağlık için iyi bilinen ilişkili risklere rağmen, dünya çapında sigara içme yaygınlığı hala artmaktadır. Mevcut eğilimler devam ederse, tütün, büyük olasılıkla 30 yıldan kısa bir sürede dünyanın önde gelen ölüm nedeni haline gelecektir (2).

Ergenlik nörogelişim için kritik bir dönemdir ve ergenlik döneminde nikotin maruziyeti bağımlılığa, yetişkinlikte tütün kullanımının devamına ve beyin gelişimi için kalıcı olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (3). Çoğu kişi nikotin kullanmaya ve nikotine bağımlı hale gelmeye ergenlik döneminde başlar (4).

Tütün ve tütün ürünlerini kullanmak için risk faktörleri bireysel, sosyal, çevresel durumlarla ilişkilidir. Bireysel faktörler içerisinde artan yaş (5), ruhsal sağlık durumu [depresif bozukluk (6),anksiyete bozukluğu (7), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (8) vb.], risk algısı, sigaranın algılanan faydaları, kimlik, can sıkıntısı, alışkanlık kullanımı, diğer madde kullanımı, prenatal sigara maruziyeti (9), kişilik tipleri (10), düşük algılanan benlik saygısı (11,12), erkek cinsiyet (11) sayılmaktadır. Sosyal faktörler; ailede sigara içen kişi bulunması, aileden kopukluk, ihmalkâr ebeveynlik stili, olumsuz ebeveynlik, büyük veya parçalanmış aile yapısı, sosyoekonomik dezavantaj, akranlarda sigara içiciliği, zorbalık, okulda sigara içme kültürü, okulun sosyal dezavantajı (13,14), sigara içen rol modeller, kültürel olarak içiciliği kapsar. Çevresel etmenler içerisinde toplumsal sigara içme normları, sigara içen yetişkinlerin yüksek görünürlüğü, pasif içicilik, paylaşma kültürü, tütün pazarlaması, popüler kültür, tütün endüstrisinin etkisi, tütün ürünlerine erişim, toplumsal sosyal dezavantaj, iskan, geleneksel / kültürel tütün kullanımı, tarihsel / kuşaklararası travma ve kentleşme yer almaktadır (10,12) .

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre her gün en az bir kez bir tütün ürününü içen kişiler günlük, düzenli içicidir. Herhangi bir tütün ürününü içen ama bu işi her gün yapmayan kişiler de düzensiz içicidir (15).

Bu çalışmada kliniğimize başvuran 12-18 yaş arası ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanım durumu ve ilişkili bazı risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Değerlendirilecek bireysel risk etmenleri olarak yaş, cinsiyet, ruhsal sağlık durumu, benlik saygısı düzeyi ve prenatal bazı özellikler belirlenmiştir. Sosyal faktörlerden ise ailede sigara içme durumu, ebeveynlik stili, aile yapısı, ailenin sosyoekonomik durumu, ebeveynlerin eğitim durumu, akran sigara içiciliği, okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanmasının incelenmesi hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.TÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ

2.1.1.Tütünün Genel Yapısı ve İçeriği

Tütün *Solanaceae* (patlıcangiller) ailesinden, *Nicotiana* cinsine ait bir bitkidir. Genellikle yıllık olarak yetişir. *Nicotiana* cinsi, yaklaşık olarak yetmişten fazla tür içermekle birlikte, sadece *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica* keyif verici bitki olarak yetiştirilen çeşitleridir. Tütün çeşitlerindeki kimyasal bileşenlerin özellikleri, üretim şartlarına ve tütün genetiğine göre farklılık göstermektedir (16). Tütün bitkisinin sınıflaması; farklı iklim şartlarına adaptasyonuna, genetik yapısına ve yaprak kurutma yöntemlerine göre olmaktadır. Ülkemizde ise; Ege, Marmara-Trakya, Karadeniz ve Doğu-Güneydoğu Anadolu bölgelerinde tütün üretimi yapılmaktadır. Güneşte kurutulan, ateş ile kurutulan, ara ara havalandırılarak kapalı ortamda kurutulan ve ısı ile kurutulan olmak üzere dört şekilde üretilip tüketilebilen tütün çeşidi vardır (17).

2.1.2.Dünyada Tütünün Tarihçesi

Tütünün Asya mı yoksa Amerika kaynaklı mı olduğu tartışılmakla birlikte, bilinen ilk yolculuğunu Christopher Columbus ve arkadaşlarına ait gemilerle Amerika'dan Avrupa'ya doğru yapmıştır. Christopher Columbus 1492'de Kuzey Amerika'ya geldiğinde tütün kullanımı Amerikan kıtalarında ve Küba'da evrenseldi. Sigara içen ilk Avrupalılar, 1492'de Küba'ya ulaştıklarında Columbus ekibinin üyeleri olmuştur (18).

Tütünün sözde tıbbi özellikleri, tohumlarının yetiştirilmek üzere İspanya ve Portekiz'e, özellikle ilk olarak saray bahçelerine getirilmesiyle sonuçlanmış ve böylece tütün kraliyet ve kraliyet desteği ile ilişkili olmaya başlamıştır. İlk iddia edilen tıbbi özelliklerinden ikisi ironik şekilde hastalıkları tedavi etme ve aynı zamanda kanseri

önleme potansiyeli olduğunun ileri sürülmesidir. Bu iddialar, tütünün bağımlısı haline gelen pek çok sağlıklı insan tarafından kullanılmasına neden olmuştur (19).

Tütün hakkındaki ilk bilgileri yazdığı bilinen piskopos Romano Pane, 1518 yılında getirttiği tütün tohumlarını İspanya Kralı Şarlken'e sunmuştur (20). 1559 yılında Portekiz'de Fransız elçisi olan Jean Nicot, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Fransız Kraliçesine sunmuş, bu nedenle tütüne "Kraliçe otu" veya "Sefir otu" denmiştir (21). Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot'a ithafen "*Nicotiana*", 1828 yılında bulunan alkaloidine de "nicotin" ismi verilmiştir (20).

İngilizler ilk olarak tütünlerini Amerika'dan geri giden İspanyol gemilerini yağmalayarak elde etmişlerdir. Zamanla tütünün gemi ustaları ve Amerika'dan geri dönen diğerleri tarafından, 1571'den itibaren kullanıldığı belirtilmiştir. Sigara, Kraliçe I. Elizabeth'in sarayında kullanılmıştır; hatta kraliçenin kendisi, daha sonra da varlıklı İngiliz toplumu ve bunu karşılayabilecek herkes tarafından satın alınmıştır. Pahalı olması nedeniyle tütün zenginliğin simgesi olmuştur. Bu nedenle de İngilizler tütünü kendileri yetiştirmeye başlamıştır. Avrupa sömürgeciliği ilerledikçe, tütün kullanımı da tüm dünyada zamanla yaygınlaşmıştır (18,22).

2.1.3.Türkiye'de Tütünün Tarihçesi

Tütün ilk defa İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla İstanbul'a getirilmiştir (20). Osmanlı'daki kayıtlardan ilk tütün tarımının 1612'de Makedonya, Yenice ve Kırcalı'de; Anadolu'da ise Ege Bölgesi'nde Ayasuluk tepelerinde (İzmir-Selçuk ilçesi) yapıldığı anlaşılmaktadır (21).Tütünün bazı hastalıklara şifa olduğu düşüncesiyle ticaretinin yapıldığı bilinmektedir. Tütün kullanımı evlerde, kahvelerde, işyerlerinde giderek yaygınlaşmış ve süreçte mevcut düzenin bozulmaya başlamasıyla Padişah I.Ahmet tarafından yasaklanmıştır (23).

1633 yılında bir kişinin elinde sigara ile uyuyakalması sonucu, İstanbul Cibali'de yaklaşık 20.000 ev yanmıştır. Bunun üzerine Padişah IV. Murat tüm kahvehaneleri yıktırması ve tütün kullanımını kesin şekilde yasaklamıştır. Fakat daha sonra IV. Mehmet tüm yasakları kaldırmıştır. Bu kararında kendisinin de tütün kullanımının payı olduğu düşünülmektedir (23). 1874 yılında sigara ve paket tütün

üretimi yapan imalathaneler kurulmuş, tütün satış fiyatları kayıt altına alınmış, daha sonra da satılmaya başlanmıştır (20). 1883 yılında, bir şartname ile tütün tekelinin işletilmesi hakkı 30 sene süreyle “Memaliki Osmaniye Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirketi” (Osmanlı İmparatorluğu Tütünleri Kazanç Ortaklığı Tekeli Şirketi, Reji İdaresi) isimli 4 milyon İngiliz Lirası sermaye ile kurulan Fransız anonim şirketine verilmiştir. Reji yönetimi, 300 civarında işletmenin kapanmasına, Anadolu'daki kolluk kuvvetleri ile çiftçilerin çatışmasına ve halkın yoksullaşmasına neden olmuştur (24). Cumhuriyet'in ilanı sonrası Mustafa Kemal Atatürk, Reji Şirketinin tüm hak ve alacaklarını ödeyerek 1 Mart 1925 tarihi itibarıyla İnhisarlar İdaresini devlet tekeli şeklinde millileştirmiştir (25).

2.1.4.Tütün Bağımlılığı

Tütün bağımlılığı, tüm uyuşturucu bağımlılıkları gibi, farmakolojik, öğrenilmiş, genetik, sosyal ve tütün ürünleri tasarımı ve pazarlamasını da içeren çevresel faktörlerin etkileşimini içerir (26). Ergenlerde tütün kullanımı ve bağımlılığının etiolojisi muhtemelen karmaşık etkileşimli sosyal, biyolojik ve genetik faktörler ağını içermektedir. Bu alanlarda ortak olan aile birimi, temel sosyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra, sigara içme konusundaki bireysel farklılıkların altında yatan genetik ve biyolojik faktörlerin birincil iletim kaynağıdır (27).

Tütün bağımlılığının belirleyicisi olarak nikotinin etkilerine odaklanılmaktadır. Nikotin bağımlılığı, nikotin iletiminin hızı ve büyüklüğü, nikotinin klerensi, beyindeki etkisi, fiziksel bağımlılığın gelişimi ve sigara içimi ile bağlantılı uyaranların tütün kullanımını tetiklediği ilişkisel öğrenmenin bir sonucudur (28).

Sigara dumanının solunması ile içindeki nikotin sigaradaki tütünden damıtılır. Duman parçacıkları, nikotini akciğerlere taşır, hızla pulmoner venöz dolaşım içine emilir. Nikotin daha sonra arteriyel dolaşıma girer ve akciğerlerden beyne hızla hareket eder ve burada nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanır. Reseptörün iki alt birimi arasındaki arayüze nikotinin bağlanması kanalı açar, böylece sodyum veya kalsiyumun girmesine izin verir (29). Bu katyonların hücreye girişi, daha fazla kalsiyumun girmesine izin vererek voltaja bağlı kalsiyum kanallarını da aktive

eder. Kalsiyumun bir nörona girmesinin etkilerinden biri, nörotransmitterlerin salınmasıdır.

Nikotik kolinerjik reseptörlerin uyarılması ile salınan nörotransmitterlerden ödüllendirici psikoaktif etkiler sağlayan dopamin, yemek yeme gibi kompulsif davranışlarda olduğu gibi, keyifli bir deneyim sinyali verir. Bu durum nikotinin ve diğer kötüye kullanılan ilaçların pekiştirici etkileri için kritiktir (30). Nikotin mezolimbik bölgede, korpus striatumda ve frontal kortekste dopamin salgılar. Orta beyindeki ventral tegmental bölgedeki ve nükleus akübensdeki dopaminerjik nöronlar ödül yolağında kritik öneme sahiptir (30,31). Nikotin ayrıca dopamin salınımını kolaylaştıran glutamat salınımını ve dopamin salınımını düzenleyen gama-aminobutirik asit (GABA) salınımını artırır (31,32). Nikotine uzun süreli maruz kalma ile bazı nikotik kolinerjik reseptörler ligand aracılı kapanma ve cevapsızlık gelişir. Bu durumun tolerans ve bağımlılık mekanizmasında rol oynadığına inanılmaktadır (33). Bu reseptörlerin sigara içme sırasında nikotin ile bağlanması, aşermeyi ve çekilmeyi hafifletir.

Nikotin, stres ve kaygıyı azaltır. Sigara içenler bunu uyarılma seviyelerini düzenlemek ve duygudurumlarını kontrol etmek için kullanırlar. Sigara içmek dikkati, tepki süresini ve bazı görevlerin performansını artırır. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak, muhtemelen bu gelişmiş performans ve ruh halinin düzenlenmesinin birincil nedenidir (34). Sigaranın bırakılması sinirlilik, depresif ruh hali, huzursuzluk ve kaygı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (35,36). Nikotine bağımlı bir kişi sigarayı bıraktığında, yoksunluk belirtileri dağıldıktan çok sonra bile sigaraya tekrar başlama isteği devam eder. Düzenli olarak sigara içen kişi belirli ruh hallerini, durumları veya çevresel faktörleri nikotinin ödüllendirici etkileriyle ilişkilendirir. Tipik olarak, bu ipuçları nüksü tetikler (28). Nikotinin beklenen etkileri ve bunun sonucunda ortaya çıkan nikotin dürtüsü arasındaki ilişki, bir tür koşullama oluşturur. Hayvanlarda yapılan çalışmalar, nikotin maruziyetinin beyin hücrelerinin protein ekspresyonunda ve sinaptik bağlantılarında oluşan değişikliklerin -ki bu durum nöral plastisite olarak adlandırılır- koşullandırmanın altında yatan neden olduğunu göstermektedir (37,38). Nikotin ayrıca koşullu uyaranlara davranışsal tepkileri artırır, bu da kompulsif sigara içilmesine katkıda bulunabilir (39).

Sigara içenler, gün boyunca kan nikotin seviyelerini korumak için nikotin alımını düzenledikçe, nikotini hızlı metabolize edenler, nikotini yavaş metabolize edenlere göre daha fazla sigara kullanırlar. Nikotin öncelikle CYP2A6 enzimi tarafından kotinine metabolize olur (40). Yavaş metabolizma için genetik temeli olan kişiler (enzim aktivitesinin azalmasıyla ilişkili varyant CYP2A6 genleri olanlar), daha hızlı metabolizmaya sahip insanlardan daha az sigara içmektedirler (41). Hızlı nikotin metabolizması, daha şiddetli yoksunluk belirtileri ile ilişkilidir (42).

Bu nedenle nikotin bağımlılığının farmakolojik temeli, duygudurumun yükselmesi ve zihinsel veya fiziksel işlevin artırılması ile nikotin mevcut olmadığında yoksunluk belirtilerinden kaçınma gibi olumlu ve olumsuz pekiştireçlerin bir bileşkesidir. (43).

2.2. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİNİ KULLANMA NEDENLERİ

2.2.1. Bireysel Faktörler

2.2.1.1. Yaş

Sigara içimi için incelenen birçok risk faktörü arasında sigara içmenin başladığı yaş yer alır (44). Bununla birlikte, sigara içmeye başlama yaşı ile ilgili kanıtların yorumlanmasında zorluklar bulunmaktadır. Zorluklar temel olarak başlangıcın ölçülmesi ve tanımlanması ile “erken başlangıç”ın ölçülmesi ve tanımlanmasındaki tutarsızlıklardan kaynaklanmaktadır. Başlama yaşı olarak, “en az bir sigara parçası” içimi (45), “bütün bir sigara” içimi (46) veya “bir sigara denedim” hatta “bir veya iki puf” çekmeyi (47) alan değerlendirmeler bulunmaktadır. Tanımlama farklılıklarına rağmen, alanyazında sunulan tartışılmaz görüş, sigara içmenin başladığı yaş ne kadar erken olursa, bir kişinin düzenli sigara içme olasılığı o kadar yüksektir (48).

Başlama yaşı olarak alınan değerlendirmeler ne olursa olsun, düzenli sigara içen yetişkinlerle yapılan çalışmalarda sigaraya başlama yaşı çoğunlukla 18 yaş altıdır (49–52). Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça sigara deneme veya düzenli içme oranının arttığı saptanmıştır (53–55).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre 15-24 yaş arası sigara kullanım oranı %26,5 şeklinde belirlenmiştir. Türkiye’de ergenlik döneminde farklı yaşlarda, farklı illerde yapılan çalışmalarda sigara deneme sıklığının %24,4 ile %65,1 arasında saptandığı bildirilmiştir (56–59).

2.2.1.2. Cinsiyet

Pek çok toplumda erkekler kadınlara göre daha yüksek sigara içme oranları sergilemektedir (11,60). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde 15-24 yaş arasında her gün sigara içme oranı toplamda %26,5, erkeklerde bu oran %40,1; kadınlarda ise %13,3’tür.

Genellikle erkeklerde her yaş grubunda daha fazla sigara içimi gösterilmekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalar kızlarda sigara içme riskinin ve oranının

arttığını göstermektedir (61,62). Ülkemizde ve dünyada yapılmış olan bazı çalışmalarda ergenlerde sigara kullanımı açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır (62–64)

Amerika’da çocuk ve ergen psikiyatri klinik örnekleminde yapılmış olan bir çalışmada ise, sigara içme açısından kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranlar saptanmıştır. (65).

2.2.1.3. Prenatal Sigara Maruziyeti

Tütün, gebelik sırasında hem ülkemizde hem de dünyada en sık kullanılan toksik maddedir (66). Amerika’da bu oran %25 civarında iken, Türkiye’nin farklı bölgelerinde yapılmış olan çalışmalarda %6,8-%17 arasında değişen oranlar saptanmıştır (67–71).

Prenatal tütün maruziyeti çocukluk döneminde artan öğrenme bozukluklarını, dikkat bozukluklarını, hiperaktivite ve agresyonu (72–75); ergenlik ve erken erişkinlik döneminde artmış oranda sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığını öngörmektedir (73,76–78).

2.2.1.4. Düşük Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendisini değerli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Kişinin kendisini yargılaması, değerlendirmesi ve kabullenmesi sonucu ortaya çıkan bir beğenme hissidir. Çocuğun benlik saygısının gelişmesi, çevresindeki kişilerin kendisini olduğu gibi ve koşulsuz olarak kabul etmesine bağlıdır (79). Benlik saygısı düşük olan erkekler, sigara ile ilgili olarak daha olumlu inançlar ve daha fazla sigara içme davranışı sergilemiştir (11,12). Ayrıca ergenlikte düşük benlik saygısı yetişkin döneminde daha fazla sigara içme ile ilişkili bulunmuştur (5,11,80,81)

2.2.1.5. Ruhsal Sağlık Durumu

Sigara içenlerin ruh sağlığı bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklar için mevcut tanı ölçütlerini karşılamaları sigara içmeyenlerden

daha fazladır (53,82,83) ve psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin, sağlıklı kontrollere göre sigara içme olasılığı çok daha yüksektir. Ruh sağlığı koşulları ile sigara içmeyi birbirine bağlayan mekanizmalar karmaşıktır ve çeşitli bozuklukların her birinde büyük olasılıkla farklılık gösterir. En yaygın görüş, ruhsal sağlık sorunları olan hastaların, bozukluklarıyla ilişkili belirtileri düzenleme çabasıyla sigara içmesidir. Ancak son zamanlardaki bazı kanıtlar sigarayı bırakmanın aslında ruh sağlığı belirtilerini iyileştirebileceğini düşündürmektedir (84,85).

2.2.1.5.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB, DSM-5'e göre (47) gelişimsel olarak dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik içeren, kalıtsal ve biyolojik bir hastalıktır. DEHB ölçütlerini karşılamak için, birey dokuz dikkatsizlik belirtisinden en az altısını ve/ veya dokuz hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden en az altısını karşılamalı ve bu durumlar çocuğun gelişim düzeyi için beklenenden fazla olmalıdır. Semptomlar birden fazla ortamda ortaya çıkmalı, 12 yaşından önce mevcut ve kalıcı olmalı, belirtiler iki ya da daha fazla ortamda (örneğin okul, iş, ev hayatı ve/veya sosyal ortamlar) işlevsellikte önemli bozulmaya neden olmalıdır. Son olarak, belirtiler başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumun varlığı ile daha iyi açıklanamamalıdır (47).

DEHB dünya çapında çocukların ve ergenlerin yaklaşık % 5,3'ünü etkiler (86). Türkiye'de 2016 yılında, tüm ülke genelinde yapılmış olan bir çalışmada, DSM-4 ölçütleri göz önüne alındığında, DEHB prevalansı bozulma kriterleri dahil edilmediğinde %21.8 olarak belirlenmiştir (87). Çalışmalar, kızlara nazaran erkeklerde DEHB sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir (88,89). Toplum tabanlı çalışmalarda sıklığın kızlara göre erkeklerde 3 kata kadar, klinik tabanlı çalışmalarda ise 9 kata kadar fazla olduğu belirtilmiştir (90). Polanczyk ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında DEHB' de erkek / kız oranının 2.4 / 1 olduğunu bildirmişlerdir (86).

Tanı kriterlerini karşılamadan DEHB'nin belirtileri toplumda yaygın bulunur (91). DEHB'nin kendisi gibi belirtileri de bağımlılık ve kötü alışkanlıklar (sigara, alkol, madde kullanımı gibi) için risk faktörüdür (92,93). DEHB olan çocukları takip

eden boylamsal çalışmalar, ergenlikte erken madde kullanımını, sürekli olarak, bozukluğun önemli bir olumsuz sonucu olarak tanımlamaktadır (94,95).

Klinik örnekleme yapılan araştırmalar, DEHB olan bireylerin, genel topluma ve tanı konulmamış kontrollere göre önemli ölçüde daha yüksek oranlarda sigara içtiğini göstermektedir. Yetişkinler için bu oran, DEHB olanlar ve DEHB olmayanlar için sırasıyla % 41 -% 42'ye karşı % 26 (96), adolesanlar için ise DEHB olanlar ve DEHB olmayanlar için sırasıyla % 19 -% 46'ya karşı % 10 -% 24 şeklindedir (97). DEHB olan ergenlerde kontrollere kıyasla artmış sigara içme prevalansı ve daha erken sigara içme başlangıcı gösterilmiştir (97–99). Tanı kriterlerini karşılamasa da klinik örnekleme yapılan çeşitli çalışmalar DEHB belirtileri ile ergenlerin sigara içme davranışı arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur (100,101).

Toplum temelli çalışmalar, DEHB belirti seviyelerinin nikotin kullanımı ve bağımlılık seviyelerini öngördüğünü göstermiştir. Mevcut düzenli sigara içenler arasında, hem hiperaktivite-dürtüsellik hem de dikkatsizlik DEHB belirtilerinin kendileri tarafından bildirilen sayıları, günlük içilen sigara sayısını ve nikotin bağımlılığı düzeyini önemli ölçüde yordamıştır (92,99). Hem nikotin bağımlılığı hem de DEHB, striatal dopaminerjik sistemi içeren bozukluklardır. DEHB'nin, kortikostriatal devrelerde dopaminerjik iletimde bozulma ve öncelikle davranış, dikkat ve duygudurumun düzenlenmesi için kritik olduğu bilinen düşük dopaminerjik tonus ile sonuçlanan anormal striatal dopaminerjik bir sistemin sonucu olduğu varsayılmaktadır (102). Dopamin bulunabilirliğini artırarak nikotin, DEHB'lilerin striatumundaki düşük dopamin tonusunu normalleştirebilir ve sonuçta DEHB belirtilerinin şiddetini azaltabilir (103). DEHB'lilerdeki daha yüksek sigara içme insidansının, DEHB belirtilerinin tedavisine yönelik bir self medikasyon girişimini yansıtabileceği öne sürülmüştür (104). Ayrıca DEHB'lilerdeki aşırı reaktif dopamin sistemi, daha büyük bir ödüllendirici dopamin artışı ile sonuçlanabilir ve bu da daha yüksek nikotin bağımlılığı riski ile sonuçlanabilir (105). Bununla birlikte, sigara içen ve sigara içmeyen ikizlerde yapılan prospektif bir çalışma, sigara içen ikizin, çocukluk ve ergenlik döneminde sigara içmeyen ikizine göre daha fazla dikkat problemi geliştirdiğini ve bu dikkat sorunlarının yetişkinliğe kadar devam ettiğini göstermiştir (106). Kanıtlar, DEHB olan ve DEHB olmayan bireylerin sigarayı bırakma oranlarında ve sigarayı bırakma becerilerinde de farklılık gösterebileceğini

göstermiştir. Sigara içenlerin bırakanlara olan oranı DEHB olan yetişkinlerde (% 29) genel nüfusa (% 48,5) kıyasla daha düşüktür (107). Çocuklukta DEHB öyküsü olması; sosyodemografik özellikler, sigara içmeye başlama yaşı ve depresyon belirtileri dışlandıktan sonra bile sigarayı bırakmada daha kötü sonuçlara neden olmakta ve sigaraya tekrar başlama riskini artırmaktadır (108).

2.2.1.5.2. Yavaş Bilişsel Tempo (YBT)

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) belirtileri olan kişiler “yavaş”, “unutkan”, “uykulu”, “hayal kurmaya eğilimli”, “düşüncelerinde kaybolmuş”, “motive olmayan” ve “kafası karışık ” olarak tanımlanırlar (109). YBT ve DEHB arasındaki ilişki incelendiğinde, YBT' nin kendisinin dışsal geçerlilik gösterip göstermediğine ve DEHB' den deneysel olarak farklı olup olmadığına (içsel geçerliliğe) dair süregelen ve artan bir ilgi bulunmaktadır (110). Son yıllarda araştırmacılar YBT' nin DEHB' den ayrı bir bozukluk olduğunu iddia etmiş ve yapılan bir meta-analiz çalışması iç geçerliliği desteklemiştir (111,112).

YBT herhangi bir tanısal sınıflama sisteminde bir tanı olarak yer almamaktadır ve dolayısı ile YBT için belirlenmiş tanı ölçütü yoktur (113). Bu nedenle farklı araştırmacılar tarafından YBT'yi tanımlayan farklı belirtiler kullanılmıştır. 1988'den itibaren yapılan çalışmalarda en sık kullanılan belirtiler değerlendirilmiş ve tanı amaçlı kullanılacak belirtiler 14'e indirgenmiştir (114). Süreçte Barkley tarafından yapılan bir çalışmada, tanılama için önerilen 14 maddenin faktör analizi gerçekleştirilmiş ve 2 maddenin daha çok DEHB'nin dikkat bozukluğu kapsamında olduğu, 12 maddenin ise iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenilirliği olduğu gösterilmiştir (115).

Yapılan çalışmalar YBT'nin karşıt olma karşı gelme bozukluğu veya davranım bozukluğu gibi dışsallaştırıcı belirtilerden ziyade, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi içselleştirici belirtilerle birliktelik gösterdiğini belirtmektedir (116–118).

YBT ile ilgili olarak alanyazında daha çok tanılama ve komorbid bozukluklar üzerine yayınlar bulunmuş, DEHB gibi bağımlılığa yatkınlık yaratıp yaratmadığı ile ilgili bilgi bulunamamıştır. YBT'nin DEHB ve depresif bozukluk gibi sigara kullanımının topluma göre daha sık olduğu hastalıklara sık eşlik ettiği (55,119) ve nikotinin ilk kullanımlarda uyarıcı etkisinin olduğu düşünülecek olursa, YBT

belirtilerini taşıyan bireylerin tütün ve tütün ürünleri kullanımını için risk taşıyabilecekleri düşünülmüştür.

2.2.1.5.3. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB)

Ergenlerde yıkıcı ve antisosyal davranış, çocuk ve ergen bozukluklarında en uzun ve en çok çalışılan sendromdur. Çünkü dışsallaştırıcı davranışlar genellikle endişe vericidir ve ebeveynler tarafından kolayca fark edilir. Bu da rahatsız edici davranış bozukluklarının ergenlerin en sık başvuru sorunu olmasına neden olmaktadır. Ruh sağlığı kliniklerinde görülen tüm vakaların üçte biriyle yarısını yıkıcı davranış bozuklukları oluşturmaktadır (120).

Daha önce yapılmış olan çalışmalar çocukluktaki yıkıcı, sorunlu davranışların kapsamının, daha sonra alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve bağımlılığı ile olumlu ilişkili olduğunu göstermektedir (94,121). Yapılan bir çalışmada sigara içen, bir veya daha fazla erken davranış problemi öyküsü olan kişilerde, böyle bir geçmişi olmayanlara göre, nikotin bağımlılığı olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte yıkıcı davranış bozukluklarının özellikle 14 yaşından önce ilk sigara içilmesiyle ilişkili olduğu, bu nedenle, erken davranış problemleri öyküsünün, erken sigara içmeye başlama ile ilişkili olduğu saptanmıştır (83).

2.2.1.5.4. Majör Depresif Bozukluk (MDB)

Dünya çapında, depresyon, en yaygın ruhsal hastalıklardan biridir ve küresel hastalık yükünde ishale giden hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonlarının ardından üçüncü önemli engellilik nedenidir (122). Depresyon, ilişkili bozukluğa sahip özgül belirtiler kümesi olarak tanımlanır. Bozukluğun klinik ve tanısal özellikleri ergenlerde ve yetişkinlerde büyük ölçüde benzerdir (123,124). Yapılan çalışmalarda MDB yaygınlığı %0.2 ila %17 aralığında değişkenlik göstermektedir, medyan yaygınlık oranı %4.0 olarak gösterilmektedir (125). 2016'da ülke çapında yapılmış bir çalışmada ergenlerde majör depresif bozukluk sıklığı %2.6 olarak belirlenmiştir (87).

Depresyonu olan bireylerin sigara içmesi veya daha fazla sigara içmesi ve sigarayı bırakma olasılığı, depresyonu olmayan bireylerden daha azdır. Son epidemiyolojik veriler, klinik olarak depresif bireylerin sigara içme oranının, toplumdaki oranın yaklaşık iki katı olduğunu belirtmektedir (82,126,127). Depresyon tanı ölçütleri içerisinde yer alan anhedoninin, tek başına, ergenlerde sigara içmeye başlama ve mevcut kullanım miktarını arttırmaya neden olduğu saptanmıştır (128). Depresif bozukluk tanılı bireyler daha fazla sigara içme oranına sahip olduğu gibi, sigara içen bireylerde de daha fazla depresyon saptanmaktadır (129,130). Ayrıca erken yaşta sigara maruziyeti yetişkinlikte depresyon benzeri bir ruh haline neden olmaktadır (131).

2.2.1.5.5. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozuklukları çocuk/ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (132). Anksiyete bozuklukları belirgin sıkıntı ve işlev kaybına yol açan korku veya endişe ile karakterize bozukluklardır (133).

Anksiyete bozukluğu, sigara içme davranışı ve nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki, birbirini dışlayan üç ilişki ile açıklanabilir. İlk olarak, sigara içme davranışı anksiyete bozukluğu gelişme riskini artırabilir. Buna neden olan potansiyel mekanizmalar, sigara içmenin, bireyleri kaygı geliştirmeye yatkın hale getirebilecek, kaygıyı modüle eden nörogelişim ve nörotransmitter yolları üzerindeki olumsuz etkileri veya anksiyeteyi provoke eden durumlara fiziksel yanıtları değiştirebilecek solunum ve otonomik sistemlere doğrudan etkilerini içerir (131,134). İkinci olarak, anksiyete bozukluğu sigara içme davranışını ve nikotin bağımlılığı riskini artırabilir. Bunun mekanizmaları, sigara içmeye başlamak, kaygıyı azaltmak için sigarayı kendi kendine tedavi olarak kullanma eğilimini içerebilir (51,135). Üçüncü ilişki, paylaşılan bir etiyolojik faktör veya sigara içme, nikotin bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu gelişimi olasılığını artıran bir faktör grubu (örneğin, düşük sosyoekonomik durum) ile açıklanabilir (136,137).

Avustralya'da yapılan 3 yıllık prospektif bir çalışma ergenlerde anksiyete ve depresyonun sigara denemeyi ve günlük sigara kullanımına geçişi yordadığını belirtmektedir. Ayrıca depresyon ve anksiyete ile birlikte ergenin arkadaşlarının

çoğunun sigara içtiğini bildirdiği durumlarda sigara deneme veya günlük kullanıma geçiş oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (138). 3021 ergen ve ergen yetişkinin katıldığı prospektif, uzunlamasına bir toplum çalışmasında sosyal fobinin daha yüksek nikotin bağımlılığı oranları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (139). Sigara içme bazı ortamlarda sosyal olarak kabul edildiğinden, sosyal kaygı bozukluğu olan ergenler sigarayı akran grubundaki veya toplumdaki sosyal etkileşimlerle ilgili zorluklarından uzaklaşmak için kullanabilirler (140).

2.2.1.5.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) sadece obsesyon, sadece kompüsiyon veya her ikisiyle birlikte görülebilen bir bozukluktur (141). OKB, tekrarlayan, girici düşünceler ve görüntüler ve / veya eşlik eden kaygıyı azaltmak için yapılan tekrarlayan, ritüelist fiziksel veya zihinsel eylemlerle karakterizedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hem yetişkinlerin hem de çocuk ve ergenlerin yaklaşık %1 ila %3'ünü etkileyen yaygın bir rahatsızlıktır (142–144). DSM-4'te OKB anksiyete bozuklukları kategorisinde iken, DSM-5'te yeni bir kategori olarak Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluklarına taşınmıştır (47,145).

Tütün ürünleri tüketimi psikiyatrik bozukluklarda topluma göre daha sık olmakla birlikte OKB bu duruma bir istisnadır (146). Yapılan çalışmalar OKB tanılı bireylerin topluma göre tütün ürünleri tüketiminin anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir (146,147). OKB tanılı bireyler içerisinde, sigara içmemek daha çok obsesif kompulsif kişilik bozukluğuyla birliktelik ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (148). Ergenlik döneminde de OKB'nin sigara içimi riskini arttırmadığı bulunmuştur (7).

Öte yandan sigara kullanmayan OKB hastalarında transdermal nikotin yamaları kullanılarak yapılan bir çalışma sonucunda hastaların obsesyonlarında değişiklik olmamakla birlikte kompüsiyonlarında ve anksiyete seviyelerinde azalma saptanmıştır (149).

2.2.1.5.7. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları arasında uykusuzluk, horlama ve uyku sırasında nefes almada zorluk gibi uykuda solunum bozuklukları bulunur. Epidemiyolojik araştırmalarda, uykusuzluk genellikle uykuyu başlatmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorluk ve sabah erken uyanma belirtilerinden birine sahip olmak şeklinde tanımlanmaktadır (150,151).

Yapılan alışmalar sigara içmenin erişkinlerde uyku bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (152–154). Çinli ergenler ile yapılan bir çalışmada uyku bozuklukları ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir (155). Fransız ortaokullarında yapılan bir çalışmada ise uyku bozuklukları ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (156). Norveç'te yapılan bir çalışmada ise günlük sigara kullanımının 2-3 kat daha fazla erken uyanma ile ilişkili olduğunu saptamıştır (157). Yine 2001 yılında Amerika'da yapılmış olan bir çalışmada ergenlerde uyku bozukluğu ve sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (158).

2.2.1.5.8. Yeme Bozuklukları

Sigara içmenin iştahu bastırmaya ve kilo alımını kontrol etmeye yardımcı olduğu inancı, yeme bozukluğu hastaları tarafından sigara kullanımının başlatılmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunabilir (159–162). Önceki alışmalar, yeme bozukluğu olan bireylerde sigara içme davranışının, yaş ve cinsiyetle eşleşen popülasyonda beklenenden daha yaygın olduğunu göstermiştir (163,164). Yapılan bir çalışmada Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu olan kadınlar yeme bozuklukları içerisinde en yüksek sigara içme oranlarını bildirmiş ve yeme bozukluklarında sigara içmek dürtüsel kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (164). Yeme bozukluğu olan ergen kızlar ile yapılan çalışmalarda sigara kullanım riski, kısıtlayıcı- anoreksik olanlarda en düşük, bulimik olanlarda en yüksek şeklinde değerlendirilmiştir (162,165).

2.2.2. Sosyal Faktörler

2.2.2.1. Ailede Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Tütün kullanımı ve bağımlılığında ailesel faktörlerin rolü genetik epidemiyolojik çalışmalar ve sosyal risk faktörü araştırması şeklinde iki ayrı, ancak örtüşen araştırma çizgisi ile karakterizedir. Genetik epidemiyolojinin amacı, genetik ve çevresel faktörlerin rolünü, bunların hastalık veya bazı özelliklerin etiolojisindeki etkilerini tanımlamaktır. Risk ve koruyucu faktörleri inceleyen çalışmalarla karakterize edilen ikinci araştırma kolu, neredeyse sadece çevresel etkilere (örneğin ebeveyn sigara içiminin ve ebeveyn izlemenin etkisi) odaklanmıştır. Daha önemlisi, tütün kullanımı ile ilgili genetik epidemiyolojik kanıtların büyük bölümü neredeyse sadece ikiz çalışmalardan elde edilmiştir. Tütün kullanımı ile ilgili yetişkin ikiz çalışmaları, düzenli tütün kullanımı için genetik faktörlere atfedilebilen varyans oranının yaklaşık %50 olduğunu gösterirken, rastgele hatalar ve ikizlerin bireysel deneyimleri gibi çevresel faktörlerin ek bir %25'i daha açıkladığını göstermektedir. Nikotin bağımlılığının geliştirilmesinde yer alan karmaşık davranış kümesinin hangi bileşenlerinin daha fazla kalıtsal etkili olduğunu belirlemek için de ikiz çalışmaları kullanılmıştır. Yetişkin ikiz çalışmalarından elde edilen kanıtlar, genetik etkinin sigaraya başlamaktan çok bağımlılık için daha etkili olabileceğini göstermektedir (166,167). Çocuk ve ergen örneklerinde tütün kullanımının gelişiminde genetik faktörlerin rolünü inceleyen ikiz çalışmaları tutarsız bulgular sunmaktadır. Yapılan çalışmaların bazıları sigaraya başlamada genetik ve sosyal faktörlerin eşit etki ettiğini gösterirken, bazı çalışmalar genetiği sosyal faktörlerden daha etkili bulmuştur. Çalışmalar genetik ve sosyal etkilerin ergen ikizler arasında sigara içme üzerine hemen hemen eşit düzeyde etki ettiğine dair kanıtlar bulmuşlardır (168,169).

Birçok araştırma, ebeveynlerin birçok ergen davranışı üzerindeki etkisinin önemine işaret etmektedir. Bununla birlikte, ebeveyn ve ergen sigara içimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardaki bulgulardaki tutarsızlıklar, ebeveyn etkisinin nispeten ılımlı olabileceğini düşündürmektedir. Tutarsız bulguların yanı sıra, ebeveyn sigara içme etkileri önemli ölçüde bulunduğunda, bu etkiler diğer risk faktörlerinin etkileri ile karşılaştırıldığında ya aynı büyüklüktedir ya da Cohen tarafından belirlenen

istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirme ölçütlerine uymamaktadır (170). Modellere diğer değişkenler dâhil edildiğinde ebeveyn sigara içiminin ergen sigara içimi üzerindeki etkisi genellikle tamamen ortadan kalmaktadır. Başlangıç verileri, ebeveyn sigara içiminin ergen sigara içimi üzerindeki etkilerinin Avrupa ve Asya kökenli ergenlerle sınırlı olduğunu göstermektedir (171,172). Ayrıca doz-yanıt ilişkisi için de anlamlı sonuç elde edilememiştir; yani, her iki ebeveynin de sigara içtiği zaman, ergenlerin sigara içme riski daha yüksek değildir (9,173).

2003 yılında ergenler ile yapılan bir çalışmada sigara içmeye başlama annenin ve kardeşin sigara kullanması ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada babanın sigara içmesi ile ergenin sigara içmesi arasında ilişki saptanmamıştır (49). Bu çalışmaya katılan ergenler sonrasında 3 kez daha değerlendirilmiş ve %56'sının günlük sigara kullanımına geçtiği, bu durumun bir önceki çalışmadan farklı olarak babanın günlük sigara kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (174).

Ergenlerin kardeşleri ile samimi ilişki bildirdiğinde, kardeşlerinin sigara içmesinden etkilendikleri belirlenmiştir (175).

Ebeveyn sigara içme öyküsünü içeren az sayıda çalışma, ebeveynleri eski sigara içicisi olan ergenlerin sigara içme olasılıklarının daha önce hiç sigara içmemiş ebeveynlere sahip ergenlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (176). Ayrıca günlük sigara kullanan ebeveynlere kıyasla eskiden sigara kullanmış olan ebeveynlerin ergen çocuklarında sigara kullanımı için daha düşük risk saptanmıştır (176-178).

Avrupa'da 15 yaş ergenlerle yapılan bir çalışmada anne-baba dışında ailede sigara içen bir kişinin (kardeş veya üvey anne-baba, üvey kardeş gibi) olmasının da ergenin sigara kullanma riskini arttırdığı tespit edilmiştir (179).

2.2.2.2. Ebeveynlik Stili

Ebeveynlik stili; çocuk ile iletişim kurmaya yönelik tutumların tümü, yani çocukla ebeveyn arasındaki ilişkinin yansımaları, kalitesi ve ebeveyn ile çocuk arasında duygusal bir ortam yaratmaya yönelik bütün ebeveyn tutumları olarak tanımlanmaktadır (180). Ebeveynlik stilini oluşturan davranışlar, ebeveynlik vazifesini yerine getirmek için yapılan hedef yönelimli davranışlar olabileceği gibi, ebeveynin çocukla olan iletişiminde kullandığı mimikler, ses tonu ve duygularını ifade

etme gibi hedef yönelimli olmayan etmenleri de içermektedir (181). Çalışmalar genellikle ebeveynlik stillerini demokratik, ihmalkâr, otoriter ve hoşgörülü olarak sınıflandırmışlardır (182,183). Demokratik ebeveyn tutumunda; ebeveynler esnek ancak kararlıdır. Yüksek denetleme ve kontrole sahip olmakla birlikte, çocuklarına esneklik de sağlarlar. Beklentilerini bildirirler. İletişime her zaman açıktır ve çocukların söz hakları vardır. Çocukların duygularına ve görüşlerine saygı duyulur. Çocuklar ebeveynlerinden sevgi ve teşvik görür. Böyle bir tutumda evde kuralların ve yasakların sınırları belirlidir (180,184). Bu tutum altında yetiştirilen çocukların yüksek akademik yeterlilik, yüksek psikososyal gelişim ve düşük davranışsal problemler sergilediği gösterilmiştir (183).

İhmalkâr ebeveyn tutumunda düşük kontrol ve denetleme ile düşük kabul ve ilgi vardır. Disiplin yok denecek ölçüde gevşektir. Çoğu olumsuz davranış aşırı bir hoşgörü ile karşılanır. Çocuğa sayısız haklar tanınmıştır ve nerede duracağı kesinlikle belirlenmemiştir. Neyin doğru neyin yanlış olduğu öğretilse bile uygulama ve denetleme düzensizdir. Davranışlara sınır çekilmez (180,184). Ebeveynleri ile çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin bulunmaması, çocuğun tutum hataları içeren bir ortam içinde abartılmış bir sevgi gösterisi içinde büyüyor olması, onun doyumsuz bir birey olmasına neden olur. Aşırı hoşgörü, sınır ihlalleri ve kural eksikliği, çocukta bencillığe veya antisosyal davranışlara sebep olabilir. Çocukların özdenetimleri eksiktir ve madde kullanma olasılığı diğer aile tutumlarına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (184).

Otoriter ebeveyn tutumu sergileyen ebeveynler, yüksek derecede denetleme ve kontrol ile düşük seviyede kabul ve ilgiye sahiptirler. Çocuklarından itaat beklerler. Bu ebeveynler çok denetimli ve denetleyicidirler. Çocuklarına karşı soğukturlar, fazla sıcaklık ve yakınlık göstermezler. Çocukları ile tartışmayı onaylamazlar (180,184). Aşırı katı disiplin altında olan çocuklarda birçok problem görülebilir. Örneğin çocuk sessiz, uslu, nazik, dürüst ve dikkatli olmasına karşılık, küskün, silik, çekingen, başkalarının etkisinde kolay kalabilen, aşırı hassas bir yapıya sahip olabilir. Ayrıca bu tutum ana babaya karşı korku ve öfke ile nefret duygularının geliştirilmesine, başkaldırıcı tutumlar içinde isyankâr bir bireyin oluşumuna sebep olabilir (184).

Hoşgörülü ebeveyn tutumunda düşük kontrol ve denetleme ile yüksek kabul, ilgi ve sıcaklık vardır. Çocuğa karşı çok az disiplin kullanılarak, çocuğun kendi kendisini

yönetmesine izin verirler (180,184). Bu ailelerde yetişen çocuklar daha az iddiacıdır. Bu çocukların bilişsel yetenekleri azdır, genellikle akıllı ve zekidirler ancak hedefleri düşüktür. Düşük düzeyde öz denetim ve sosyal sorumluluk sergilerler. Hoşgörülü aile tutumuna sahip çocukların madde kullanma olasılığının demokratik ve otoriter aile tutumuna göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (184).

Yapılan çalışmalar düşmanlık, fiziksel kontrol (şiddet uygulama gibi) ve ilgisiz yani olumsuz ebeveynliğin ergenlerin sigara kullanma riskini arttırdığı; destekleyici, olumlu pekiştirme kullanan ve samimi ilişki içeren, yani olumlu ebeveynliğin ise sigara kullanma riskini azalttığını saptamıştır (185–193)

2.2.2.3 Ailesel Psikopatolojiler

Ailede psikopatoloji bulunması ile ergenlerin sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında ailede dışsallaştırma sorunları (DEHB, antisosyal patern, yıkıcı davranış bozuklukları gibi) (174) ve madde kullanım bozukluğu ile ergen sigara kullanımı arasında olumlu ilişki bulunmuştur (194). Kendlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda annelerinin depresyon öyküsü, kendi depresyon geçmişleri dışlandığında bile sigara kullanımı ile ilişkili tespit edilmiştir (195).

2.2.2.3.Aile Yapısı

Aile yapısı, ergenlerde sigara kullanımı ilişkili predispozan faktörler arasındadır (179,196–200). Yapılan çalışmalar hem Asya kültüründe hem de Avrupa kültüründe tek ebeveynli sigara içilmeyen ailelerden gelen çocukların sigara denemek için veya günlük kullanıma geçiş için iki ebeveynli sigara içilmeyen ailelerden gelen çocuklara göre daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir (179,197–200). Ülkemizde de benzer şekilde parçalanmış aileye sahip olmak ergenlerin sigara kullanma riskini arttırmaktadır (201,202).

Çoğu Avrupa ülkesinde üvey ailelerde büyüyen ergenlerin, anne-babanın birlikte olduğu ailelerde yetişen ergenlere göre 2 kat daha fazla sigara kullandığı belirlenmiştir (179). Ayrıca, sigara içmeyen iki ebeveynli ailelerin çocuklarına göre, tek ebeveynli sigara içen ailelerden gelen çocuklarda sigara içme riski çalışmalarda

1.50-2,17 kat daha fazla bulunmuşken, bu risk tek ebeveyni sigara içen iki ebeveynli aile çocuklarında 1.23 kat daha fazla saptanmıştır (179,198). Hiç sigara içmemekten günlük sigara içmeye geçiş riski, sigara içen tek ebeveynli bir ailede yetişen çocuklar için 3.11 kat daha fazla, çift ebeveynli ve bir ebeveyni sigara içen aileden gelen çocuklar için 1.95 kat daha fazla bulunmuştur (198).

2.2.2.3 Ebeveyn Eğitim Düzeyi

Yapılan çalışmalar ergenlerin sigara kullanımı ile ebeveyn eğitim durumu arasında ters bir ilişki saptanmıştır (203,204). Ebeveyn eğitim düzeyi düştükçe, ergenlerin sigara kullanıma riski artmaktadır. Ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olmasının ergenlerin sigara içme riskini ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasının göstergesi olarak artırdığı da ileri sürülmüştür (203,204).

2.2.2.3.Sosyoekonomik Düzey ve Ebeveyn Mesleği

Amerika ve Avrupa'da yapılmış olan çalışmalarda yüksek gelir düzeyi daha düşük sigara içme oranı ile ilişkili iken (200), düşük sosyoekonomik düzey ise ergenlerde daha yüksek sigara içme oranı ile ilişkili bulunmuştur (179,205)

2009 yılında Avrupa'da yapılmış olan bir çalışmada yaş, cinsiyet ve ebeveynin mesleğinin kontrol edilmesinin ardından, aile sosyoekonomik düzeyinin sadece dört ülkede düzenli sigara kullanımı üzerinde önemli bir etkisi bulunmuştur (206). Düşük sosyoekonomik düzeydeki öğrenciler arasında haftalık sigara içme riski yalnızca Fransa ve Polonya'da artmış iken, Hırvatistan ve İsrail için ters bir orantı saptanmış, yüksek sosyoekonomik düzeyin haftalık sigara kullanım riskini arttırdığı bulunmuştur (206). Ebeveyn mesleği ile ilgili olarak, 28 ülkeden 14'ünde mesleki statüsü düşük olan ebeveynlerin ergenleri arasında haftalık sigara içme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu 14 ülkenin büyük çoğunluğu Kuzey ve Batı Avrupa ülkeleri veya Avrupa Birliği'nin yeni üyeleri olan ülkelerdir. Güney Avrupa ülkeleri için hiçbir sosyoekonomik düzey ile sigara kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır. Polonya, Slovenya ve İsrail'de, haftalık sigara içme için en yüksek risk, orta mesleki statüye sahip ebeveynlerin çocuğu olan ergenler arasında tespit edilmiştir (206).

Nijerya’da 2020 yılında yapılmış olan bir çalışmada kırsal bölgede yaşayan ergenlerde yüksek sosyoekonomik düzey sigara kullanım riskini arttırmakta iken kentsel bölgede yaşayan ergenlerde sosyoekonomik düzey ile sigara kullanım riski arasında bir ilişki saptanmamıştır (207) .

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; sosyoekonomik düzey azaldıkça sigara içme riskinin arttığını (208–211), sosyoekonomik düzey yükseldikçe sigara içme oranının arttığını (212–214) ve sosyoekonomik düzey ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmadığını (215) gösteren farklı sonuçlar elde edilmiştir.

2.2.2.5.Akran İçiciliği

Homofilite tanımına göre, bireyler benzer özellikleri, inançları ve davranışları kendileriyle paylaşan kişiler ile ilişki kurmayı tercih ederler (216). Homofilite özellikle ergenlik arkadaş gruplarında belirgindir. Ergenlik döneminde bireylerin arkadaşlarıyla, sorunlu davranışlar da dâhil olmak üzere, birçok davranışı paylaşması muhtemeldir (217).

Riskli davranışlar üzerinde homofilinin ergen arkadaş grupları arasında yaygın olarak gözlemlenmesini açıklamaya yardımcı olan iki mekanizma vardır: akran etkisi ve arkadaş seçimi. Akran etkisi, ergenlerin tutumları ve davranışları bir arkadaşın davranışları ile şekillendiğinde ortaya çıkar, böylece çift ilişkinin başlamasından önce olduğundan daha homojen hale gelir. Öte yandan arkadaş seçimi, ergenlerin benzer oldukları akranlarıyla arkadaşlıklar kurma eğilimini ifade eder. İki ergenin aynı özelliği veya özellikleri paylaşması halinde, çift arasında bir dostluğun oluşması daha olasıdır (217).

Erkeklerin arkadaşlık ağları daha geniş olma eğilimindedir ve daha fazla sayıda heterofilik bağla karakterize edilirken, kızların ağları daha küçüktür ve esasen iyi arkadaşları içerir (218). Kadın arkadaşlık ağları birbirine bağlıdır ve daha yüksek derecede karşılıklılık içerir (219,220). Hem erkekler hem de kızlar samimi arkadaşlıkları tercih ederken, bu yakınlığı farklı yollarla arama eğilimindedirler. Kızlar, samimiyeti yüksek duygusal yatırımlarla karakterize olarak tanımlarken, erkekler ortak etkinliklere katılım etrafında örgütlendiklerinde arkadaşlıklarını daha samimi olarak görürler (221,222).

Ergen arkadaşlıklarında, erkeklerle karşılaştırıldığında, kızların arkadaşlarının davranışlarından daha fazla etkilendiği ve benzer akranlarla arkadaş olma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedenlerine bakılacak olursa, birincisi, kızların ve erkeklerin arkadaşlık süreçlerinde farklı deneyimleri olması muhtemeldir, çünkü kızların duygusal olarak samimi arkadaşlıklar bildirmeleri daha olasıdır (221,222). Duygusal olarak yakın arkadaşlıkları nedeniyle, kızlar arkadaşlarının davranışlarından etkilenmeye muhtemelen daha duyarlı hale gelmiştir (223,224). Ebeveynler, öğretmenler ve diğer güvenilir yetişkinler genellikle sigara, içki ve suçluluk ile ilgili riskli sonuçları vurgularken, kızların samimi arkadaşlarının bu uyarılara karşı gelmeleri, kendilerinin de uyarıları görmezden gelmeleri ile sonuçlanabilir. Aynı zamanda, kızlar duygusal olarak yakın olan dostlukları tercih ettikleri için, başlangıçta arkadaş olarak seçtikleri kişilerde daha seçici olmaları muhtemeldir. Kızlar özellikle kendilerine benzer çıkarları olanları tercih edebilirler, çünkü bu tür ortaklıklar duygusal olarak samimi bağların yetiştirilmesine yardımcı olabilir (223,225). Kızlar ayrıca arkadaşlık ilişkilerinde, terk edilme ve dostluklarını kaybetme konusunda daha fazla endişe duyarlar (221,226). Bu durumların toplam sonucu olarak, kız ergenler davranışlarını ayarlamak için daha fazla baskı hissedebilirler, böylece arkadaşlarının davranışlarına daha çok uyum gösterirler (225). Bu duruma uygun olarak da kızların, akran sigara içiciliğinden, erkeklerden daha güçlü etkilendiği gösterilmiştir (227).

Ergenlerin sigara içen yakın arkadaşlara sahip olması kendilerinin sigara içme olasılığını arttırmıştır (228–230). Arkadaş edinirken kendisine benzer arkadaşlıklar kurmak için sigara içen ergenin sigara içen ergenlerle arkadaşlık etme durumu da ergenlerdeki bu riskin yüksek saptanmasına neden olmuştur (228–230). 2014'te yapılmış olan bir çalışmada ergenlerin teknolojik ortamlardaki çevrimiçi arkadaşlıklarının da sigara kullanımı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (231).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akran baskısı ile sigara kullanımı arasında bir ilişki olduğu ve akran baskısı düzeyi arttıkça sigara başlama yaşının düştüğü belirlenmiştir (232).

2.2.2.6.Ergenlerin Okulda Temel Psikolojik Gereksinimleri ve Okul Başarısı

Temel psikolojik gereksinimler bireylerin iyi ve olumlu kendilik algılarını desteklemesi için gerekli durumlardır. Öz belirleme kuramına göre özerklik, ilişkisellik ve yetkinlik gereksinimlerinin karşılanması olumlu davranışlarla ve öznel iyi oluş ile ilişkili olarak bulunmuştur (233). Özerklik gereksinimi bireyin kendi eylemlerinin belirleyicisi olmasını; ilişkisellik gereksinimi destekleyici sosyal ilişkilere sahip olma hissini; yetkinlik gereksinimi bireyin yapması gereken işlerle ilgili etkin şekilde ilgilenebilmesini belirtmektedir. Bu gereksinimlerin, boş zaman etkinlikleri, okul veya iş ortamları gibi her ortamda karşılanması önemlidir (234).

Ergenler zamanlarının büyük kısmını okulda geçirmektedirler. Bu nedenle okulda psikolojik gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Öz Belirleme Kuramı'na yönelik yapılmış olan çalışmalar bireyin okulda özerklik, ilişkisellik ve yetkinlik gereksinimlerinin karşılanması ile okula aidiyet duygusunun arttığını, devamsızlık süresinin azaldığını ve ders başarısının arttığını belirlemiştir (233,235–237).

Farklı kültürlerde yapılmış olan çalışmalar; ders başarısının yüksek olmasını ergenler için sigara ve madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olarak belirlemiştir (209,238,239).

Alanyazın göz önüne alındığında okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanması ile ergenlerin antisosyal davranışlarının azaldığı gözlenmiş olup, bu durumda sigara kullanım oranının da düşük olması beklenmektedir (212).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma metodolojik ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma 04 Mart-31 Mayıs 2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi, bu tarihler arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü'nde yapılmıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü'ne başvuran 12-18 yaş arası ergenler ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmada basit rastgele örneklem seçim yöntemi kullanılmış ve çalışma süresi boyunca ve son Aralık-Ocak-Şubat ayları içerisinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran, serviste yatarak tedavi gören 12-18 yaş arası ergen ve ebeveynlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma şartlarına uygun olan olgular çalışmaya dâhil edilmiştir.

Poliklinik başvurusunda değerlendirilip, onam alınan bireylerden 110 kişi yüz yüze anket uygulaması ile çalışmaya katılmıştır. Süreçte poliklinik işleyişinin pandemi kaynaklı aksaması nedeniyle tez sürecinin olumsuz etkilenmesini önlemek amaçlı etik kurula online çalışmaya devam etme hususunda düzeltme başvurusunda bulunulmuştur. Etik kurul onayı sonrasında Aralık-Ocak-Şubat ayları içerisinde polikliniğe başvuran bireylerin hastane sistemine kayıtlı telefon numaralarına çalışma ile ilgili detaylı bilgileri ve çevrimiçi anketin linkini içeren mesaj ile ulaşılarak çalışmaya davet edilmişlerdir. 568 kişiye gönderilen mesajların 347'si iletilmiş, bu

şekilde çevrimiçi anket linki üzerinden çalışmaya katılan kişi sayısı 154, anketi tamamen dolduran kişi sayısı 138 kişi olmuştur. 300 kişi olarak hedeflenen çalışmayı tamamlamak için mevcut telefon listesinden rastgele 68 kişi aranmış, 16 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 52 kişiden 48 kişi çevrimiçi ankete yönlendirilmiş, 4 kişi ile de ebeveyni ile ayrı, ergenin kendisi ile ayrı telefon görüşmesi yapılarak çalışma tamamlanmıştır.

3.4.ARAŞTIRMAYA DÂHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil olma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

- Dâhil edilme ölçütleri;

- 12-18 yaş arasında olmak,
- Okuma yazma biliyor olmak,
- Okuduğunu anlamasını ve gerçeği değerlendirme yetisini bozacak bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmamak (Otizm Spektrum Bozukluğu, mental retardasyon, Aktif psikotik bozukluklar, aktif manik atak)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Çalışmanın amacı ve yapılmış işlemler açıklandıktan sonra ebeveynleri tarafından onay verilmesi,

- Dışlanma ölçütleri;

- Okuma yazma bilmiyor olmak,
- Otizm Spektrum Bozukluğu, Mental retardasyon, aktif psikotik bozukluklar, aktif manik atak
- Görme ve işitme yeti yitimine sahip olmak,
- Anketleri eksik doldurmak

3.5.ETİK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 04.03.2020 tarihli ve 60116787-020/26596 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmış, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın online yapılabilmesi için ise etik kurula tekrar başvuruda bulunulmuş, 14.04.2020 tarih ve 07 sayılı kurul kararı ile onay alınması sonrasında çalışmanın çevrimiçi bölümü yürütülmüştür. Çalışmayı yürüten hekim tarafından çalışma grubuna alınması planlanan ergenlerin anne ve babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1.Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımının Araştırılması Bilgi Formu

Çalışmaya katılan ergenlerin yaşı, kaçınıcı sınıf olduğu, cinsiyeti, tütün ve tütün ürünleri kullanımı; kullanıyorsa olası başlatan etkenler; ergenin ailesinde veya arkadaş çevresinde tütün ve tütün ürünü kullanım durumu, ergenin fiziksel aktivite durumu sorgulanmıştır.

3.6.2.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

M. Rosenberg (240) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, Füsun Çuhadaroğlu (241) tarafından dilimize uyarlanmıştır. Ölçek 63 madde ve 12 alt testten oluşmaktadır. Bu araştırmada sadece benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş olan testte, olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Ölçeğin genel geçerliliği 0,71, benlik saygısı alt testinin güvenilirliği 0,75 olarak değerlendirilmiştir.

3.6.3.Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Goodman (242) tarafından geliştirilmiş olup, Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 (243) yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu anketin 4-19 yaşlar için ebeveyn formu ve okul formu, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Bu araştırmada sadece ergenin kendisinin doldurduğu Ergen Formu kullanılmıştır. Güçler ve Güçlükler Anketinde bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru bulunmaktadır. GGA'nın Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranış sorunları olarak beş alt boyutu bulunmaktadır. Her boyut kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört boyutun toplamı toplam günlük puanı vermektedir. Ölçeğe verilen yanıtlar 1- kesinlikle yanlış ve 3-kesinlikle doğru arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan 5 alt başlığın güvenilirlik değerlerinin 0,65 ile 0,84 arasında değiştiği belirtilmiştir. Güvenir ve ark. (2008) tarafından yapılan bu araştırmada güvenilirlik analizinde ölçek geneli için Cronbach Alfa değeri 0,86 bulunmuştur. Faktör bazında yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa değerleri duygusal sorunlar için 0,76; davranış sorunları için 0,74; dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik için 0,79; akran sorunları için 0,88 ve sosyal davranış için 0,85 olarak hesaplanmıştır (Güvenir ve ark, 2008).

3.6.4.Ergen Öğrencilerin Okulda Temel Psikolojik Gereksinimleri Ölçeği

Tian, Han ve Huebner tarafından (Preliminary development of the Adolescent Students' Basic Psychological Needs at School Scale) 2014'de geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2015'te Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizinde, okulda özerklik gereksinimi alt boyutu için iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alpha) $\alpha = 0.80$, okulda ilişkisellik gereksinimi alt boyutu için $\alpha = 0.72$, okulda yetkinlik gereksinimi boyutu için $\alpha = 0.61$ olarak hesaplanmıştır. Toplam ölçek için güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.84$ olarak bulunmuştur. Ergen Öğrencilerin Okulda Temel Psikolojik Gereksinimleri Ölçeğinin Türkçe formu 5'li Likert tipinde, 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15,

en yüksek puan ise 75 puandır. Ölçekten alınan düşük puanlar okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanmadığını, yüksek puanlar ise karşılandığını göstermektedir.

3.6.5.Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan formda ebeveynlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, tütün ve tütün ürünleri kullanımları, aile birlikteliği, gebelik döneminde annenin sigara içip içmediği, gebelik sürecinde veya doğum sonrasında stres maruziyeti, doğum şekli ve doğum zamanı sorgulanmaktadır. Ebeveynler tarafından doldurulmuştur.

3.6.6.Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi

Bu anket 14 sorudan oluşmuş olup Russell Barkley tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlardan biri hayallere dalma, diğeri ise yavaşlıktır. Birinci boyut, aktivitenin az olması, uyuşukluk ve davranışların yavaş olması gibi belirtileri içeren, toplam yedi belirtiden oluşan YBT'nin yavaşlık boyutunu; ikinci faktör hayal kurma, boş boş bakma ve zihinsel karışıklık gibi belirtileri içeren toplam beş belirtiden oluşan hayallere dalma boyutunu oluşturmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa) 0,93, test-tekrar test güvenilirliği ise $r=0,84$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin her maddesi 1-4 arasında puanlanmakta (1) "asla ya da nadiren", (2) "bazen", (3) "sık sık", (4) "çok sık" şeklinde ifade edilmektedir. Alınan puanın yüksekliği YBT için anlamlıdır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (244). Güvenilirlik analizi sonucunda anketin Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0,86, hayallere dalma boyutu için 0,83, yavaşlık boyutu için 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.6.7.Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği (Ebeveyn Formu)

Ebeveynlerin kendi ebeveynlik tarzlarını değerlendirmesi amaçlı Parent ve Forehand (2017) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ali

Karababa tarafından yapılmıştır (245). Ölçek 34 madde ve yedi alt kategoriden oluşmaktadır: 1. Proaktif ebeveynlik (6 madde), 2. Olumlu pekiştirme (4 madde), 3. Samimi ilişki (3 madde), 4. Destekleyici yaklaşım (3 madde), 5. Düşmanlık (7 madde), 6. Düşük kontrol (7 madde) ve 7. Fiziksel kontrol (4 madde). Proaktif ebeveynlik, olumlu pekiştirme, destekleyici yaklaşım ve samimi ilişki alt boyutlarının toplamı kapsamlı olumlu ebeveynlik boyutunu; düşmanlık, düşük kontrol ve fiziksel kontrol alt boyutlarının toplamı ise kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutunu oluşturmaktadır. Ölçek 5’li Likert derecelendirme anahtarı (1. Hiçbir zaman, 5. Her zaman) ile yapılandırılmaktadır ve ters puanlanan bir madde bulunmamaktadır. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında iç tutarlılık katsayılarına baktığımızda; proaktif ebeveynlik 0.85, olumlu pekiştirme 0.83, samimi ilişki 0.77, destekleyici yaklaşım 0.82, düşmanlık 0.86, düşük kontrol 0.83, fiziksel kontrol 0.86, kapsamlı olumlu ebeveynlik boyutu 0.87 ve kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutu 0.85 olduğu görülmektedir. Ölçeğin iki hafta ara gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirlik katsayıları proaktif ebeveynlik 0.84, olumlu pekiştirme 0.82, samimi ilişki 0.90, destekleyici yaklaşım 0.79, düşmanlık 0.85, düşük kontrol 0.86, fiziksel kontrol 0.89, kapsamlı olumlu ebeveynlik boyutu 0.82 ve kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutu 0.80 olarak hesaplanmıştır.

3.7.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Anket verilerinden elde edilen sürekli değişkenler (yaş, ölçek puanları gibi), ortalama ve standart sapma değerlerine göre karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler (tanı, meslek, eğitim düzeyi gibi) sayıları ve görülme sıklığına (yüzde) göre karşılaştırılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılması için Ki-kare (χ^2) testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi; sürekli değişkenler ve dağılımı normal olmayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sigara kullanımını yordayacak bağımsız risk faktörlerinin saptanması için logistik regresyon analizi uygulanmıştır. Güvenlik düzeyi %95 olarak alınmış ve tüm analizler için istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN ERGENLERİN DEMOGRAFİK VERİLERİ

4.1.1.Sigara Kullanım Oranları

Çalışmaya katılan ergenlerin %34,7'sinin sigara kullandığı, %65,3'ünün sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Sigara Kullanım Oranları

	N	%
Sigara İçenler	104	34,7
Sigara İçmeyenler	196	65,3
Toplam	300	100,0

4.1.2.Cinsiyet

Sigara içen grubun %40,4'ü (n=42) erkek, %59,6'sı (n= 62) kız, sigara içmeyen grubunun %52'si (n= 102) erkek, %48'i (n= 94) kızdır. Sigara içen grup ile içmeyen grubun arasında kız cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (p= 0.05) ($X^2 =3,699$) (Tablo 2).

Tablo 2: Sigara içen ve sigara içmeyen ergenlerin cinsiyetleri

Cinsiyet*	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Erkek	42	40,4	102	52,0	144	48,0
Kız	62	59,6	94	48,0	23	52,0
Toplam	104	100	34	100	69	100

p = 0,05, $X^2 =3,699$

* X^2 testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.1.2.Yaş

Sigara içen grubun yaş ortalaması $15,6 \pm 1,36$ yıl, sigara içmeyen grubunun yaş ortalaması ise $14,4 \pm 1,72$ yıldır. Yaş açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$, $Z = -5,952$) (Tablo 3).

Tablo 3.Sigara içen ve içmeyen ergenlerin yaşları

	Yaş Ortalamaları*			Z	p
	ORT. \pm SD.	Med (min-max)	İQR		
Sigara içen	15,6 \pm 1,36	16 (12- 18)	2,0	-5,952	<0,001
Sigara içmeyen	14,4 \pm 1,72	14(12-18)	3,0		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ anlamlıdır. **Ort: Ortalama, SD: standart sapma, Med: Median yaş, Min-Max= Minimum ve Maksimum yaş, İQR= İnterquartile range

4.1.3.Doğumsal Özellikler

Çalışmamıza alınan, sigara içen 104 olgunun %54,8'i (n=57) normal doğum(NSVD), %45,2' si (n=47) sezeryan ile doğum(C/S); sigara içmeyen gruptaki 196 olgunun ise %46,9'u (n=92) NSVD, %53,1'i (n=104) C/S olarak dünyaya gelmiştir. Doğum şekli açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$), ($X^2 = 1,683$), (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların doğum şekli

Doğum Şekli *	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
NSVD	57	54,8	92	46,9	149	49,7
C/S	47	45,2	104	53,1	151	50,3
Toplam	104	100	196	100	300	100

p= 0,195 , $X^2 = 1,683$

* X^2 testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

Çalışmamıza alınan olgular gebelikte annedeki hastalık açısından kıyaslandığında sigara içen 104 olgunun %11,5'inde (n= 12) gebelikte annede hastalık varken, %88,5'inde (n=92) gebelikte annede hastalık yoktur. Sigara içmeyen 196

olgunun %9,2'sinde (n=18) gebelikte annede hastalık varken, %90,8'inde (n=178) ise gebelikte annede hastalık yoktur. Gruplar gebelikte annedeki hastalık açısından benzer olup iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p > 0,05$), ($X^2 = 0,419$), (Tablo 5).

Tablo 5: Annelerde gebelikte hastalık varlığı

Gebelikte Annede Hastalık*	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	12	11,5	18	9,2	30	8,1
Yok	92	88,5	178	90,8	270	91,9
Toplam	79	100	81	100	300	100
p= 0,518, $\chi^2 = 0,419$						

* X^2 testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

Sigara içen gruptaki annelerin %70,2'si (n=73) gebelik döneminde sigara içmemiş; %19,2'si (n= 20) gebeliği boyunca sigara dumanına maruz kalmış, %10,6'sı (n=11) ise sigara içmiştir. Sigara içmeyen gruptaki annelerin %76,5'i (n=150) gebelik döneminde sigara içmemiş; %9,7'si (n=19) gebeliği boyunca sigara dumanına maruz kalmış, %13,8'i (n= 27) ise sigara içmiştir. Gruplar arası anlamlı fark saptanmamasına rağmen, sigara içenlerin annelerinin daha fazla sigaraya maruz kalması (pasif içicilik ve içmek şeklinde) durumuna bağlı olarak anlamlılığa yakın çıkmıştır ($p=0,059$), ($X^2 = 5,670$), (Tablo 6).

Tablo 6: Annelerinin gebelikte sigara maruziyeti

Gebelikte Sigara Maruziyeti	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İçmedi	73	70,2	150	76,5	223	74,3
Pasif İçicilik	20	19,2	19	9,7	39	13
İçti	11	10,6	27	13,8	38	12,7
Toplam	104	100	196	100	300	100
p=0,059 , $X^2 = 5,670$						

* X^2 testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır

4.2.KATILIMCILARIN AİLESEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

4.2.1.Ebeveyn Eğitim Düzeyleri

Sigara içen ergenlerin annelerinin %37,5'i (n=39) ilkokul mezunu, %15,4'ü (n=16) ortaokul mezunu, %21,2' i (n=18) lise mezunu, %26'sı (n=27) üniversite mezunudur. Sigara içmeyen ergenlerin annelerinin ise %18,5'i (n=15) ilkokul mezunu, %34,6'sı (n=28) ortaokul mezunu, %33,3'ü (n=27) lise mezunu, %13,6'sı (n=11) üniversite mezunudur. Her iki grupta da annesi okuryazar olmayan katılımcı bulunmamaktadır. Sigara içen ve içmeyen gruplar açısından annelerin eğitim düzeyi farkı istatistiki olarak anlamlı değerlendirilmemiştir ($p=0,122$), ($X^2=16,170$), (Tablo 7). İstatistiki anlamlılık saptanmamış olmakla birlikte oransal olarak eğitim düzeyinin sigara içen ergenlerin annelerinde daha düşük, sigara içmeyen ergenlerin annelerinde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Anne Eğitim Düzeyleri

Anne Eğitim Düzeyi	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul	39	37,5	45	21,9	82	27,3
Ortaokul	16	15,4	17	8,7	63	11,0
Lise	18	21,2	27	24,0	45	23,0
Üniversite	27	26,0	87	44,4	114	38,0
Toplam	104	100	81	100	196	100

$p=0,122$, $X^2=5,804$

* X^2 testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlıdır

Sigara içen ergenlerin babalarının %32,7'si (n=34) ilkokul mezunu, %19,2'si (n=20) ortaokul mezunu, %30,8'i (n=32) lise mezunu, %17,3'ü (n=18) üniversite mezunudur. Sigara içmeyen ergenlerin babalarının %20,9'u (n=41) ilkokul mezunu, %8,7'si (n=37) ortaokul mezunu, %25,5' i (n=50) lise mezunu, %44,9'u (n=88)

üniversite mezunudur. Sigara içen ve içmeyen gruplar açısından babaların eğitim düzeyi farkı istatistiki olarak anlamlı değerlendirilmemiştir ($p=0,293$), ($X^2 = 26,154$), (Tablo 8). İstatistiki anlamlılık saptanmamış olmakla birlikte oransal olarak eğitim düzeyinin sigara içen ergenlerin babalarında daha düşük, sigara içmeyen ergenlerin babalarında daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Baba Eğitim Durumu

Baba Eğitim Düzeyi	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul	34	32,7	41	20,9	75	25
Ortaokul	20	19,2	17	8,7	37	12,3
Lise	32	30,8	50	25,5	82	27,3
Üniversite	18	17,3	88	44,9	106	35,3
Toplam	104	100	81	100	300	100

$p = 0,293$, $X^2 = 3,727$

* X^2 testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır.

4.2.2. Aile Yapıları

Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grubun %65,4'ünün ($n=68$) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %8,7'sinin ($n=9$) geniş ailede yaşadığı, %18,3'ünün ($n=19$) ebeveynlerinin boşanmış olduğu ya da ayrı yaşadığı, %7,7'sinin ($n=8$) ebeveynlerinden birini kaybettiği bulunmuştur. Sigara içmeyen ergenlerin oluşturduğu grubun ise %84,2'sinin ($n=165$) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %4,6'sının ($n=9$) geniş ailede yaşadığı, %9,7'sinin ($n=19$) ebeveynlerinin boşanmış olduğu ya da ayrı yaşadığı, %1,5'inin ($n=3$) ebeveynlerinden birini kaybettiği belirlenmiştir. Grupların aile yapıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p= 0,001$), ($X^2= 15,940$), (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Aile Yapıları

Aile Yapısı*	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Çekirdek	68	65,4	165	84,2	233	77,7
Parçalanmış	19	18,3	19	9,7	38	12,7
Geniş	9	8,7	9	4,6	18	6
Ebeveyn Kaybı	8	7,7	3	1,5	11	3,7
Toplam	104	34,7	196	65,3	300	100

p:0,001, X^2 :15,940

* X^2 testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

Sigara içme durumu aile yapılarına göre lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde, çekirdek aileye sahip olmaya kıyasla ebeveyn kaybının sigara içme riskini 6,5 kat, parçalanmış aileye sahip olmanın 2,4 kat arttırdığı saptanmıştır. (Tablo 10).

Tablo 10: Sigara Kullanma Durumunun Aile Yapılarına Göre Lojistik Regresyon Analizi

*Çekirdek Aileye Göre;	P	OR	95%Güven Aralığı	
			Alt	Üst
Ebeveyn kaybı	0,007	6,471	1,666	25,126
Parçalanmış aile	0,013	2,426	1,210	4,866
Geniş aile	0,072	2,426	0,923	6,376

*Binary regresyon analizi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.3.Gelir Durumu

Aylık gelir düzeyi ailenin belirlemesi esas alınarak 2000-5000 TL, 5000-10000 TL arası ve 10000 TL' den fazla olarak gruplandırılmıştır. Sigara içen ergenler grubunda aile gelir düzeyleri değerlendirildiğinde; %70,2'si (n=73) 2000-5000 TL, %22,1'i (n=23) 5000-10000 arası; %7,7'si (n=8) 10000 TL' den fazla olarak

saptanmıştır. Sigara içmeyen ergenlerin aile gelir düzeyleri değerlendirildiğinde; %46,4'ü (n=91) 2000-5000 TL arası, %35,7'si (n=70) 5000-10000 TL arası; %17,9'u (n=35) 10000 TL' den fazla olarak saptanmıştır. Sigara içen ergenler ile sigara içmeyen ergenler ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,001$), ($\chi^2 = 15,970$), (Tablo 11). Sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta gelir düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 11 : Çalışmaya Katılanların Gelir Düzeyi

Gelir Düzeyi*	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
2000-5000 TL Arası	73	70,2	91	46,4	164	54,7
5000-10000 TL Arası	23	22,1	70	35,7	93	31,0
10000TL' Den Fazla	8	7,7	35	17,9	43	14,3
Toplam	104	100	196	100	300	100

$p<0,001$, $X^2 = 15,970$

* X^2 testi uygulanmıştır. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.4. Ailelerin Çocuk Sayısı

Sigara içen ergenlerin ailelerinde ortanca çocuk sayısı 2 (min=1, max=5), sigara içmeyen ergenlerin ailelerinde ortanca çocuk sayısı 2 (min=1, max=8) olarak bulunmuştur. Sigara içen ve içmeyen ergenlerin grupları ailedeki çocuk sayısı açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı farklılık olmamakla birlikte anlamlılığa yakın bir değer saptanmıştır. ($p=0,058^*$), ($z: -1,899$), (Tablo 12). Sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta ailelerin çocuk sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Çalışmaya Katılan Ailelerin Çocuk Sayıları

	Toplam Çocuk Sayıları*			Z	p
	ORT.± SD.	Med(min-max)	İQR		
Sigara içen	2,31± 0,78	2 (1- 5)	1,0	-1,899	0,058
Sigara içmeyen	2,05± 0,80	2 (1-8)	0,0		

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır. P<0.05 anlamlıdır. Min-Max= Minimum ve Maximum yaş, İQR=İnterquartil range

4.2.5. Ailede Ruhsal Hastalık

Sigara içen ergenlerin ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü %32,7'sinde (n=24) var, %67,3'ünde (n=70) yok şeklinde bulunmuştur. Sigara içmeyen ergenlerin ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü %24,5'inde (n=48) var, %75,5'inde (n=148) yok şeklinde bulunmuştur. Sigara içen ve içmeyen ergen gruplarının ailelerinde ruhsal hastalık varlığı açısından kıyaslandıklarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p>0,005^*$), ($X^2 = 2,302$), (Tablo 14).

Tablo 13: Ailede Ruhsal Hastalık Durumu

Ailede Ruhsal Hastalık *	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Var	34	32,7	48	24,5	81	27,3
Yok	70	67,3	148	75,5	218	72,7
Toplam	104	100	196	100	300	100
p = 0,129*, $X^2 = 2,302$						

* X^2 testi uygulanmıştır. p <0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.7. Ergenlerin Kardeş ve Akran İlişkileri

Ebeveynlerine göre, sigara içen ergenlerin grubunda akran ilişkisi açısından %52,9'u (n=55) iyi, %29,8'i (n=31) orta, %17,3'ü (n=18) ise sorunlu olarak belirtilmiştir. Sigara içmeyen ergenlerin bulunduğu grupta ise akran ilişkisi %68,9'unun (n=135) iyi, %19,9'unun (n=24) iyi, %11,2'sinin (n=22) ise sorunlu

olduğu belirtilmiştir. Sigara içen ve içmeyen gruplar akran ilişkisi açısından kıyaslandıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,024$), ($X^2 = 7,490$), (Tablo 15).

Tablo 14: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Akran İlişkisi

Akran İlişkisi*	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İyi	55	52,9	135	68,9	190	63,3
Orta	31	29,8	39	19,9	70	23,3
Sorunlu	18	17,3	22	11,2	40	13,3
p = 0,024*, X ² = 7,490						

*X² testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir

Sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta kardeş ilişkisi %37'si (n=34) iyi, %40,2'si (n=37) orta, %22,8'inin (n=21) ise sorunlu olduğu bulunmuştur. Sigara içmeyen ergenlerin bulunduğu grupta ise kardeş ilişkisi %60,2'si (n=106) iyi, %28,4'ü (n=50) orta, %11,4'ü (n=20) ise sorunlu olarak belirtilmiştir. Sigara içen ergen grubu ile sigara içmeyen ergen grubu arasında kardeş ilişkisi açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p= 0,001$), ($X^2 = 14,047$), (Tablo 16).

Tablo 15: Çalışmaya Katılan Ergenlerin Kardeş İlişkisi

Kardeş İlişkisi*	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İyi	34	37,0	106	60,2	140	52,2
Orta	37	40,2	50	28,4	87	32,5
Sorunlu	21	22,8	20	11,4	41	15,3
p=0,001* , X ² = 14,047						

*X² testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.8. Ergenlerin Ödev Yapma Becerileri ve Okul Başarısı

Ebeveynlerine göre, sigara içen ergenlerin grubunda ödev yapma becerisi açısından %35,6'sı (n=37) iyi, %26,9'u (n=28) orta, %37,5'i (n=39) ise sorunlu olarak belirtilmiştir. Sigara içmeyen ergenlerin bulunduğu grupta ise ödev yapma becerisi %61,2'sinin (n=120) iyi, %25'inin (n=49) iyi, %13,8'inin (n=27) ise sorunlu olduğu belirtilmiştir. Sigara içen ve içmeyen gruplar ödev yapma becerisi açısından kıyaslandıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p < 0,001^*$), ($X^2 = 26,022$), (Tablo 17). Sigara içen ergenlerde ödev yapma becerisi, sigara içmeyen ergenlere göre daha düşük oranda olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Katılımcıların Okul başarısı ve Ödev Yapma Becerisi

Ödev Yapma Becerisi*	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İyi	37	35,6	120	61,2	157	52,3
Orta	28	26,9	49	25,0	77	25,7
Sorunlu	39	37,5	27	13,8	66	22,0
Toplam	104	100	196	100	300	100
p<0,001* , X ² = 26,022						
Okul Başarı Düzeyi *	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İyi	53	51,0	151	77,0	204	68,0
Orta	31	29,8	33	16,8	64	21,3
Kötü	20	19,2	12	6,1	32	10,7
Toplam	104	100	196	100	300	100
p<0,001* , X ² = 23,100						

* X² testi uygulanmıştır. p<0.005 anlamlıdır.

Sigara içen ergenlerin bulunduğu grupta okul başarısı %51'i (n=53) iyi, %29,8'i (n=31) orta, %19,2'sinin (n=20) ise sorunlu olarak belirtilmiştir. Sigara içmeyen ergenlerin bulunduğu grupta ise okul başarısı %77'si (n=151) iyi, %16,8'i (n=33) orta, %6,1'i (n=12) ise sorunlu olarak belirtilmiştir. Sigara içen ve içmeyen gruplar okul

başarısı açısından kıyaslandıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p < 0,001$), ($X^2 = 23,100$), (Tablo 17). Sigara içmeyen ergenlerin okul başarısı sigara içmeyen ergenlere oranla daha yüksektir.

4.3.TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.3.1. Sigaraya Başlama Yaşı

Sigara içen bireylerin ilk kez sigara içme yaşı açısından bakıldığında ortalama değer $14,13 \pm 1,91$ olarak hesaplanmıştır. Ortanca yaş 14, minimum 8, maksimum 18 şeklinde saptanmıştır. (Tablo 18)

Tablo 17: Sigaraya Başlama Yaşı

Sigaraya Başlama Yaşı	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min- Max)	Persantil Değerleri		
			25p	50p	75p
	$14,13 \pm 1,9$	14 (8-18)	13	14	15,75

4.2.2. Ergenlerde Diğer Tütün Ürünlerini Kullanım Oranı

Çalışmaya katılan ergenler arasında aromalı sigara kullanımı %10,3 (n=31), sarma sigara kullanımı %20 (n=60), elektronik sigara kullanımı %7 (n=21) ve nargile kullanımı %10 (n=30) olarak belirlenmiştir. (Tablo 19)

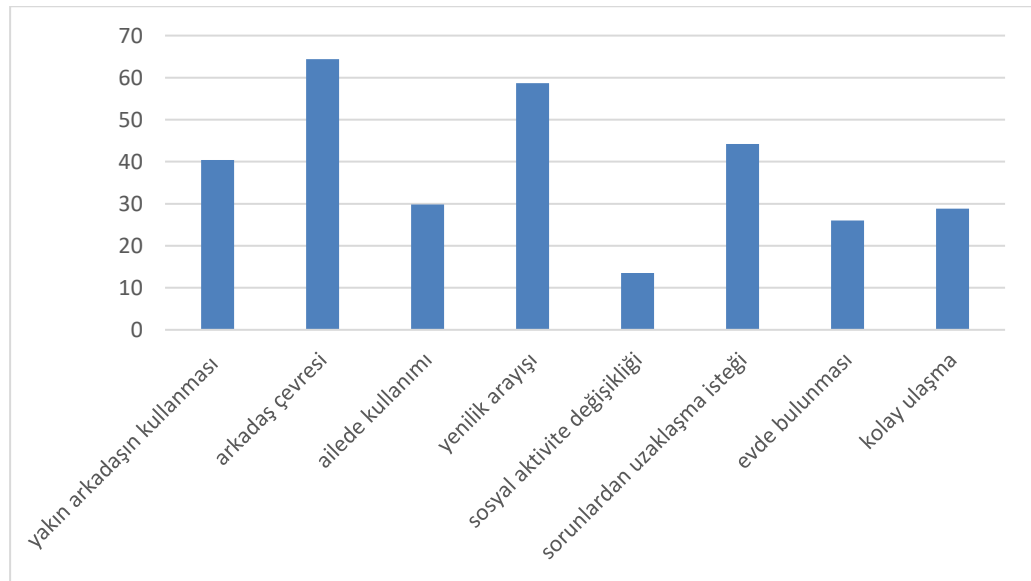
Tablo 18: Aromalı Sigara, Sarma Sigara, Elektronik Sigara ve Nargile Kullanımı

	Kullanmış Olanlar		Kullanmamış Olanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aromalı Sigara	31	10,3	269	89,7	300	100
Sarma Sigara	60	20	240	80	300	100
Elektronik Sigara	21	7	279	93	300	100
Nargile	30	10	270	90	300	100
Toplam	142	47,3	158	52,6	300	100

4.2.3. Ergenlerin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımını Etkileyen Faktörler

Reklam, gezete ve dergiler, içkili toplantılar seçenekleri hiç işaretlenmemiş olması nedeniyle analize alınmamıştır. Sigara kullananların %64,4'ü (n=67) arkadaş çevresi, %29,8'i (n=31) ailede kullanan birinin olması, %58,7'si (n=61) yenilik arayışı, %13,5'i (n=14) sosyal aktivitede değişiklik, %44,2'si (n=46) sorunlardan uzaklaşma isteği, %26'sı (n=27) evde tütün ve tütün mamullerinin olması, %28,8'i (n=30) evde veya dışarıda kolay ulaşılabilir olması, %40,4'ü (n=42) en yakın üç arkadaşından birinin kullanıyor olması nedeniyle tütün ve tütün ürünlerini kullanmaya başladığını belirtmiştir (Şekil 1).

Şekil 1: Sigaraya Başlamayı Etkileyen Faktörler



4.2.4. Aile Üyelerinin Sigara Kullanımı

Sigara içen ergenlerin bulunduğu grubun %23,1'i (n=24) evde sigara içilmediğini, %30,8'i (n=32) evde ara sıra sigara içildiğini, %9,6'sı (n=10) eskiden içildiğini şimdi içilmediğini, %36,5'i (n=38) evde her zaman sigara içildiğini belirtti. Sigara içmeyen ergenlerin bulunduğu grubun %52,6'sı (n=103) evde sigara içilmediğini, %15,3'ü (n=30) evde ara sıra sigara içildiğini, %7,1'i (n=14) eskiden içildiğini şimdi içilmediğini, %25'i (n=49) evde her zaman sigara içildiğini belirtti. İki grup arasında fark anlamlı olarak değerlendirildi (p <0,001; X²: 25,443). Sigara içmeyen ergenlerin evinde sigara içilmeme durumu yüksek oranda görülmektedir. Evde sigara içilmesi ise sigara içen ergenlerin evinde daha yüksek orandadır (Tablo 20).

Tablo 19: Evde sigara kullanımı

Evde sigara kullanım durumu*	Sigara içenler		Sigara içmeyenler	Toplam
	n	%		
Evde sigara içilmez	24	23,1	103	127
			52,6	42,3
Evde ara sıra sigara içilir	32	30,8	30	62
			15,3	20,7
Eskiden içilirdi şimdi içilmiyor	10	9,6	14	24
			7,1	8,0
Evde her zaman sigara içilir	38	36,5	49	87
			25,0	29,0
Toplam	104	34,7	196	300
			65,3	100,0

X²: 25,443, p<0,001

*X² testi uygulanmıştır. p < 0,5 anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.5. Arkadaş Çevresinde Tütün Ürünleri Kullanımı

Sigara içen ve içmeyen ergenler arkadaşlarının tütün ve tütün ürünleri kullanımı bakımından karşılaştırılmıştır. Sigara içen ergenler grubunun %78,8'i (n=82) arkadaşlarının tütün ve tütün ürünü kullandığını, %21,2'si (n=22) arkadaşlarının tütün ve tütün ürünleri kullanmadığını belirtmiştir. Sigara içmeyen ergenler grubunun %50,7'si (n=152) arkadaşlarının tütün ve tütün ürünü kullandığını, %49,3'ü (n=148) arkadaşlarının tütün ve tütün ürünleri kullanmadığını belirtmiştir. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$, $X^2 = 50,571$) (Tablo 21). Sigara içen grubun arkadaş çevresinde, sigara içmeyen ergenlere göre çok yüksek oranda sigara içen arkadaş varlığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20: Arkadaş çevresinde tütün ürünleri kullanımı

Arkadaş çevresinde tütün ürünleri kullanımı *	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	82	78,8	70	35,7	152	50,7
Yok	22	21,2	126	64,3	148	49,3
Toplam	104	100	196	100	300	100

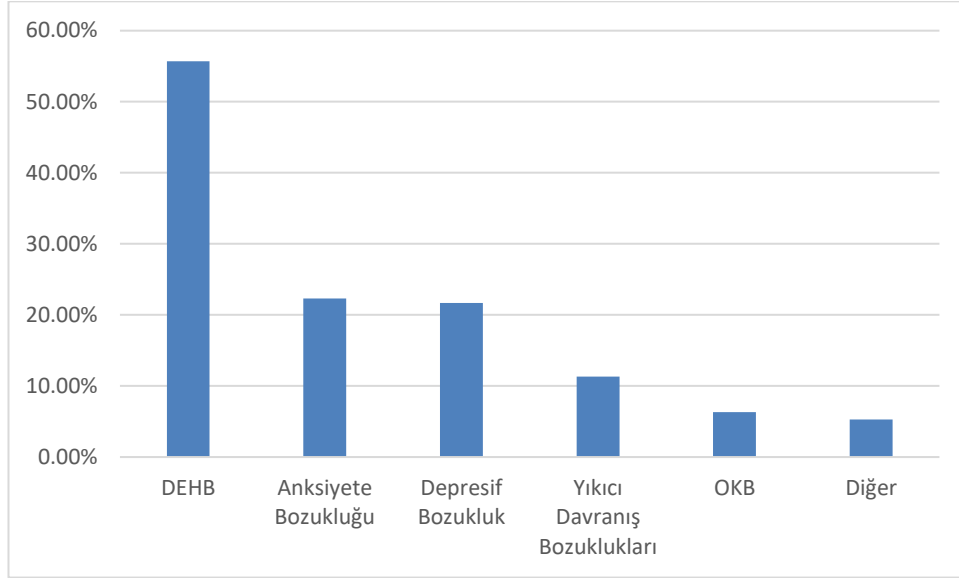
p < 0,001*, $X^2 = 50,571$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.6. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Ruhsal Durumu

Araştırmamıza katılan ergenlerin %21,7'sinde (n=65) depresyon, %55,7'sinde (n=167) DEHB, %11,3'ünde (n=34) yıkıcı davranım bozukluğu, %22,3'ünde (n: 67) anksiyete bozukluğu ve %6,32'ünde (n=19) OKB bulunmaktadır. Normal ergenliğe özgü gelişimsel sorunlar ile başvuran olgular çalışma örnekleminin %8,7'sini (n=26) oluşturmaktadır. Diğer tanılar istatistiki açıdan yeterli sayıda vaka içermediği için değerlendirmeye alınmamıştır. Diğer tanılardan, Özgül Öğrenme Güçlüğü %2,7'sinde (n=8), Tik Bozukluğu %1'inde (n=3), Yeme Bozuklukları %1'inde (n=3), Trikotillomani %0,3'ünde (n= 1), Uyku Bozukluğu %0,3'ünde (n=1) bulunmaktadır (Şekil 2).

Şekil 2: Araştırmaya Katılan Ergenlerin Tanısal Oranları



DEHB tanısı sigara içen grupta %50 oranında, sigara içmeyen grupta %59,2 şeklinde bulunmuş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 22). Yıkıcı Davranış Bozukluğu sigara içen grupta %18,3, sigara içmeyen grupta %7,7 şeklinde bulunmuş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$, Tablo 23). Anksiyete bozukluğu tanısı sigara içen grupta %21,2 sigara içmeyen grupta %19,9 şeklinde bulunmuş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 24). Depresif Bozukluk sigara içen grupta %31,7, sigara içmeyen grupta %15,8 şeklinde bulunmuş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 25). OKB sigara içen grupta %3,8, sigara içmeyen grupta %7,7 şeklinde bulunmuş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$, Tablo 26).

Tablo 21: DEHB tanısı

DEHB		Sigara İçmeyen	Sigara İçen	Toplam
Yok	n	80	52	132
	%	40,8	50,0	44,0
Var	n	116	52	168
	%	59,2	50,0	56,0
Toplam	n	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2:2,326$ $p>0,05$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 22: Yıkıcı Davranış Bozukluğu

Yıkıcı Davranış Bozukluğu		Sigara İçmeyen	Sigara İçen	Toplam
Yok	n	181	85	266
	%	92,3	81,7	88,7
Var	n	15	19	34
	%	7,7	18,3	11,3
Toplam	n	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2: 7,621$ $p= 0,006$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 23: Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete Bozukluğu		Sigara İçmeyen	Sigara İçen	Toplam
Yok	n	157	82	239
	%	80,1	78,8	79,7
Var	n	39	22	61
	%	19,9	21,2	20,3
Toplam	n	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2:0,06$, $p>0,05$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 24: Depresif Bozukluk

Depresif Bozukluk		Sigara İçmeyenler	Sigara İçenler	Toplam
Yok	n	165	71	236
	%	84,2	68,3	78,7
Var	n	31	33	64
	%	15,8	31,7	21,3
Toplam	n	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2: 10,524$ $p=0,001$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 25: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

OKB		Sigara İçmeyenler	Sigara İçenler	Toplam
Yok	n	181	100	281
	%	92,3	96,2	93,7
Var	n	15	4	19
	%	7,7	3,8	6,3
Toplam	n	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2:1,660$ $p>0,05$

X^2 testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

DEHB’li bireylerin sigara içme durumu arkadaş çevresinde sigara içen kişilerin bulunup bulunmamasına göre incelenmiş, anlamlı sonuç elde edilmiştir ($p <0,001$). Uygulanan lojistik regresyon analizi ile odd oranı 10,1 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 27)

Tablo 26: DEHB’li ergenlerin sigara kullanım durumunun arkadaş çevresi ile analizi

Arkadaş çevresinde kullanan olması*		Sigara içmeyen	Sigara İçen	Toplam
Var	n	34	42	76
	%	29,3	80,8	45,2
Yok	n	82	10	92
	%	70,7	19,2	54,8
Toplam	n	116	52	168
	%	100,0	100,0	100,0
X ² :38,379 p<0,001				
Arkadaş çevresinde kullanım durumu**	p	OR	95% C.I.	
			Alt	Üst
	<0,001	10,129	4,564	22,479

*X² testi uygulanmıştır. p<0,05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

**Lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

4.2.7. Düzenli spor yapma

Sigara içen ve içmeyen ergenler düzenli spor yapma açısından karşılaştırılmıştır. Sigara içen ergenler grubunun %24’ü (n=25) düzenli spor yaptığını, %76’sı (n= 79) düzenli spor yapmadığını belirtmiştir. Sigara içmeyen ergenler grubunun %32,1’i (n=63) düzenli spor yaptığını, %67,9’u (n=133) düzenli spor yapmadığını belirtmiştir. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p>0,05 , X² = 2,153) (Tablo 28)

Tablo 27: Düzenli spor yapma

Düzenli spor yapma *	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	25	24	63	32,1	88	29,3
Hayır	79	76	133	67,9	212	70,7
Toplam	104	100	196	100	300	100
p = 0,142*, X ² = 2,153						

X² testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

4.4. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.3.1. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği

Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği alt grupları olumlu ebeveynlik ve olumsuz ebeveynlik şeklinde belirlenmiştir.

Sigara içen grubun olumlu ebeveynlik puan ortalaması $62,06 \pm 8,73$, median değeri 62, minimum puan değeri 30, maksimum puan değeri 80, interquartile aralık değeri 11'dir. Sigara içmeyen grubun olumlu ebeveynlik puan ortalaması $67,14 \pm 7,32$, median değeri 68, minimum puan değeri 42, maksimum puan değeri 20, interquartile aralık değeri 11,75'dir. ($Z = -4,957$; $p < 0,001$) (Tablo 29)

Sigara içen grubun olumsuz ebeveynlik puan ortalaması $40,85 \pm 8,38$, median değeri 41, minimum puan değeri 23, maksimum puan değeri 62, interquartile aralık değeri 11'dir. Sigara içmeyen grubun olumsuz ebeveynlik puan ortalaması $35,37 \pm 7,92$, median değeri 35, minimum puan değeri 19, maksimum puan değeri 57, interquartile aralık değeri 11,75'dir. ($Z = -5,116$; $p < 0,001$) (Tablo 29)

Sigara içen ve içmeyen gruplar ebeveynlik stili açısından karşılaştırıldığında olumlu ebeveynlik ve olumsuz ebeveynlik için anlamlı farklılık saptanmıştır. (Her ikisi için de $p < 0,001$)

Tablo 28: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği(ÇBESDÖ)

	Sigara içen			Sigara içmeyen			Z	P
	ORT \pm SD	Med (min-max)	İQR	ORT \pm SD	Med (min-max)	İQR		
Olumlu E. Puanı	62,06 \pm 8,73	62 (30-80)	11,0	67,14 \pm 7,32	68 (42-80)	11,75	-4,957	<0,001
Olumsuz E. Puanı	40,85 \pm 8,38	41 (23-62)	11,0	35,37 \pm 7,92	35 (19-57)	9,0	-5,116	<0,001

- Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Olumlu E.: Olumlu ebeveynlik, Olumsuz E.: Olumsuz ebeveynlik, İQR: İnterquartile Range, Ort: Ortalama puan SD: Standart sapma Med:median değeri, Min-max: minimum-maksimum değerler

4.3.2. Barkley'in Çocuk Dikkat Testi

Sigara içen grubun Barkley'in Çocuk Anketi puan ortalaması $22,13 \pm 7,92$, median değeri 20, minimum puan değeri 11, maksimum puan değeri 44, interquartile aralık değeri 11'dir. Sigara içmeyen grubun puan ortalaması $18,89 \pm 6,35$, median değeri 18, minimum puan değeri 11, maksimum puan değeri 41, interquartile aralık değeri 8,0'dir.

Yavaş bilişsel tempo belirtileri sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta daha yüksek bulunmuştur. ($Z = -3,444$; $p = 0,001$) (Tablo 30).

Tablo 29: Yavaş Bilişsel Tempo Puanlarına Göre Grupların Karşılaştırılması

Barkley Çocuk Dikkat Anketi	Sigara içen			Sigara içmeyen			Z	P
	ORT. \pm SD.	Med (min-max)	İQR	ORT. \pm SD.	Med (min-max)	İQR		
Yavaş Bilişsel Tempo	22,13 \pm 7,92	20 (11-44)	11,0	18,89 \pm 6,35	18 (11-41)	8,0	-3,444	0,001

- Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır. İQR: İnterquartile Range, Ort: Ortalama puan SD: Standart sapma Med: median değer, Min-max: minimum-maksimum değerler

4.3.3. Okulda Temel Psikolojik Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği

Ergen öğrencilerin okulda temel psikolojik gereksinimleri ölçeği özerklik, ilişkisellik ve yetkinlik alt boyutlarında incelenmiştir.

Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta özerklik alt boyutunun puan ortalaması $16,09 \pm 5,47$, median değeri 17, minimum puan değeri 5, maksimum puan değeri 25, interquartile aralık değeri 10'dur. Sigara içmeyen ergenlerin oluşturduğu grupta özerklik alt boyutunun puan ortalaması $19,01 \pm 3,99$, median değeri 20, minimum puan değeri 5, maksimum puan değeri 25, interquartile aralık değeri 6'dır. Sigara içen ergenlerde özerklik puanı sigara içmeyen ergenlere göre daha düşük

saptanmış ve istatistiki olarak sigara içen ve içmeyen ergenlerin özerklik puan farkı istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($Z = -4,247$, $p < 0,001$) (Tablo 31).

Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta ilişkisellik alt boyutunun puan ortalaması $16,89 \pm 5,47$, median değeri 17, minimum puan değeri 5, maksimum puan değeri 25, interquartile aralık değeri 9'dur. Sigara içmeyen ergenlerin oluşturduğu grupta ilişkisellik alt boyutunun puan ortalaması $19,01 \pm 3,9$, median değeri 19,5, minimum puan değeri 5, maksimum puan değeri 25, interquartile aralık değeri 5'dir. Sigara içen ergenlerde ilişkisellik puanı sigara içmeyen ergenlere göre daha düşük saptanmış ve istatistiki olarak sigara içen ve içmeyen ergenlerin ilişkisellik puan farkı istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($Z = -5,116$, $p < 0,001$) (Tablo 31).

Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta yetkinlik alt boyutunun puan ortalaması $14,86 \pm 3,83$, median değeri 18, minimum puan değeri 6, maksimum puan değeri 23, interquartile aralık değeri 5'dir. Sigara içmeyen ergenlerin oluşturduğu grupta yetkinlik alt boyutunun puan ortalaması $17,54 \pm 3,84$, median değeri 18, minimum puan değeri 5, maksimum puan değeri 25, interquartile aralık değeri 5'dir. Sigara içen ergenlerde yetkinlik puanı sigara içmeyen ergenlere göre daha düşük saptanmış ve istatistiki olarak sigara içen ve içmeyen ergenlerin yetkinlik puan farkı istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($Z = -5,430$, $p < 0,001$) (Tablo 31).

Tablo 30: Okulda Temel Psikolojik Gereksinimlerin Karşılanması Durumunun Karşılaştırılması

	Sigara içen			Sigara içmeyen			Z	P
	ORT. \pm SD.	Med (min-max)	İQR	ORT. \pm SD.	Med (min-max)	İQR		
Özerklik	16,09 \pm 5,47	17(5-25)	10,0	19,01 \pm 3,99	20 (5-25)	6,0	-4,247	<0,001
İlişkisellik	16,89 \pm 4,31	17 (5-25)	6,0	19,07 \pm 3,88	19,5 (5-25)	5,0	-5,116	<0,001
Yetkinlik	14,86 \pm 3,83	15 (6-23)	5,0	17,54 \pm 3,84	18 (5-25)	5,0	-5,430	<0,001

Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır. İQR: İnterquartile Range, Ort: Ortalama puan SD: Standart sapma Med:median değer, Min-max: minimum-maksimum değerler

4.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Benlik saygısı ölçeğinde 21 puan ve üzeri yüksek benlik saygısı; 20 puan ve altı düşük benlik saygısı şeklinde değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan ergenlerin %81'i yüksek benlik saygısı grubunu, %19' u düşük benlik saygısı grubunu oluşturmaktadır. Sigara içen ergenlerin %64,4'ü, sigara içmeyen ergenlerin %89,8'i yüksek benlik saygısı; sigara içen ergenlerin %35,6'sı, sigara içmeyen ergenlerin %10,2' si düşük benlik saygısı grubunda yer almıştır (Tablo 32). Benlik saygısı puanları açısından gruplar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir. ($p < 0,001$) (Tablo 33).

Tablo 31: Benlik Saygısı Düzeyleri

Benlik saygısı*		Sigara içmeyen	Sigara içen	Toplam
Yüksek	N	176	67	243
	%	89,8	64,4	81
Düşük	N	20	37	57
	%	10,2	35,6	19
Toplam	N	196	104	300
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2: 28,423$ $p < 0,001$

* X^2 testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 32: Benlik Saygısı Puanları

	Sigara içen			Sigara içmeyen			Z	P
	ORT.±SD.	Med (min-max)	İQR	ORT.±SD.	Med (min-max)	İQR		
Benlik saygısı*	24,13±0,59	25 (10-37)	10,0	28,91±0,39	29,5 (12-40)	8,0	-5,813	<0,001

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır. İQR: İnterquartile Range, Ort: Ortalama puan SD: Standart sapma Med: median değer, Min-max: minimum-maksimum değerler

4.3.4. Güçler Güçlükler Anketi Değerlendirilmesi

Duygusal sorunlar alt ölçeğinde; sigara içen ergenlerin $5,37 \pm 2,83$ puan ortalaması, median değeri 5,5, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 10, interquartile aralık değeri 5'dir. Sigara içmeyen ergenlerin $6,33 \pm 2,46$ puan ortalaması, median değeri 7, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 10 puan, interquartile aralık değeri 5'dir. Puanlar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Z: -2,744, $p < 0,05$). Sigara içmeyen ergenlerin puanının, sigara içen ergenlerin puanından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Prososyal alt ölçeğinde sigara içen ergenlerin puan ortalaması $2,62 \pm 2,03$, median değeri 2, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 8, interquartile aralık değeri 3'tür. Sigara içmeyen ergenlerin ise puan ortalaması $1,92 \pm 1,68$, median değeri 1,5, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 6, interquartile aralık değeri 2'dir. Puanlar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Z: -6,596, $p < 0,05$). Sigara içen ergenlerin puanının, sigara içmeyen ergenlerin puanından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Davranım bozukluğu alt ölçeğinde sigara içen ergenlerin puan ortalaması $7,09 \pm 2,20$, median değeri 7, minimum puan değeri 1, maksimum puan değeri 11, interquartile aralık değeri 3'tür. Sigara içmeyenler puan ortalaması $8,79 \pm 1,48$, median değeri 9, minimum puan değeri 4, maksimum puan değeri 11, interquartile aralık değeri 2'dir. Puanlar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Z: -6,596, $p < 0,001$). Sigara içen ergenlerin puanının, sigara içmeyen ergenlerin puanından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Dikkatsizlik ve hiperaktivite alt ölçeğinde sigara içen ergenlerin puan ortalaması $4,24 \pm 2,04$, median değeri 4, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 10, interquartile aralık değeri 3,75'tir. Sigara içmeyen ergenlerin ise puan ortalaması $4,68 \pm 2,13$, median değeri 5, minimum puan değeri 0, maksimum puan değeri 9, interquartile aralık değeri 3'tür. Puanlar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir (Z: -0,660, $p > 0,05$).

Arkadaş ilişkilerindeki sorunları ölçen alt ölçeğinde sigara içen ergenlerin puan ortalaması $7,70 \pm 6,09$, median değeri 8, minimum puan değeri 3, maksimum puan değeri 11, interquartile aralık değeri 2'dir. Sigara içmeyen ergenlerin puan ortalaması

8,38± 1,87, median değeri 8, minimum puan değeri 4, maksimum puan değeri 11, interquartile aralık değeri 3'tür. Puanlar arası fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Z: -3,026, p<0,05). Sigara içmeyen ergenlerin puanının, sigara içmen ergenlerin puanından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Toplam güçlük puanı olarak değerlendirildiğinde sigara içen ergenlerin puan ortalaması 27,03±6,09, median değeri 27, minimum puan değeri 6, maksimum puan değeri 38, interquartile aralık değeri 8'dir. Sigara içmeyen ergenlerin ise puan ortalaması 30,12±2,04, median değeri 31, minimum puan değeri 18, maksimum puan değeri 41, interquartile aralık değeri 8'dir. Puanlar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Z: -4,085 , p<0,001)(Tablo 34).

Tablo 33: Güçler güçlükler anketinin değerlendirilmesi

	Sigara içen			Sigara içmeyen			Z	P
	ORT.± SD.	Med (min-max)	İQR	ORT.± SD.	Med (min-max)	İQR		
Duygusal Sorunlar*	5,37± 2,83	5,5 (0-10)	5,0	6,33± 2,46	7 (0-10)	4,0	-2,744	0,006
Prososyal *	2,62±2,03	2 (0-8)	3,0	1,92±1,68	1,5 (0-6)	2,0	-2,739	0,006
Davranım Bzk*	7,09±2,20	7 (1-11)	3,0	8,79±1,48	9 (4-11)	2,0	-6,59	<0,001
DE/HA*	4,24±2,04	4 (0-10)	3,75	4,68±2,13	5 (0-9)	3,0	-1,660	>0,05
Arkadaş Sorunları*	7,70±1,77	8 (3-11)	2,0	8,38±1,87	8 (4-11)	3,0	-3,026	0,002
Toplam*	27,03±6,09	27 (6-38)	8,0	30,12±2,04	31(18-41)	8,0	-4,085	<0,001

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır p < 0.05 anlamlıdır. İQR: İnterquartile Range, Ort: Ortalama puan SD: Standart sapma Med: median değer, Min-max: minimum-maksimum değerler

TARTIŞMA

Tütün kullanımı önlenabilir morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenidir. Sigara içmek kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi ciddi hastalıklara neden olur. Dünya genelinde, her yıl yedi milyondan fazla insan sigaranın etkisinden ölmektedir (246). Düzenli tütün ve tütün ürünleri kullanan yetişkinler genellikle 18 yaşından önce başladığını belirtmektedir (3,49). Bu nedenle ergenlerin tütün ve tütün ürünlerinin kullanımını önleyebilmek hayati önem taşımaktadır. Ergenlerin tütün ve tütün ürünlerini kullanma nedenlerini saptamak, koruyucu önlemleri yordaması açısından önemlidir.

Araştırmamızda ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanımını etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde araştırmayı amaçladık. Bu amaçla yapmış olduğumuz çalışmanın bulguları alanyazında yapılmış benzer çalışmalar eşliğinde tartışılmıştır.

Tütün Ürünleri Kullanım Oranları

Araştırmaya katılan ergenlerin %34,6'sı sigara kullandığını belirtmiştir. 2013 Türkiye Ergen Profili Araştırmasında (TEPA) verilerine göre toplumda ergen sigara kullanım oranı %17,8 şeklindedir. Ancak İzmir'de liseli öğrencilerde yapılan bir çalışmada %33,8'inin sigara kullanımını denediği, son bir ay içinde %26,3'nün sigara kullandığı saptanmıştır (247). Ülkemizde bir çocuk ve ergen alkol madde bağımlılık ve tedavi merkezine başvuran olguların ise %94,4'nün sigara kullandığı tespit edilmiştir (248). Yurt dışında psikiyatrik bozukluklar için ergen yataklı biriminde yatan gençlerde sigara bağımlılığı %75,7 olarak değerlendirilmiştir (249). Çalışmamızda sigara içme oranlarının toplum tabanlı çalışmalara göre yüksekliği ve klinikte yatan olgulara göre düşüklüğü çalışmamızın ayaktan klinik örnekleme yapılmasına ve alkol madde bozukluğu merkezi olmamamıza bağlanmıştır. Ancak ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerine başvuran ergenlerin sigara kullanım oranlarını inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine başvuran olgularda bu tür çalışmaların yapılması bu örnekleme sigara kullanım oranlarının daha genellenebilir ölçüde anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Çalışmamıza katılan ergenlerin %20' si sarma sigara, %10,3' ü aromalı sigara, %10'u nargile, %7'si elektronik sigara kullanmaktadır. Ülkemizde yapılmış olan farklı çalışmalarda liselerde nargile kullanım oranları %19,2-%22,4 şeklinde bulunmuştur (250,251). Yine ülkemizde üniversite öğrencileri arasında sarma sigara kullanımı bir çalışmada %17,5 şeklinde değerlendirilmiştir (252). Amerika'da lise öğrencileri arasında yapılmış olan çalışmalarda ise, bizim çalışmamıza benzer şekilde, elektronik sigara kullanım oranı %6,7, aromalı sigara kullanım oranı %11,9 oranında saptanmıştır (253,254).

Sigara İçen Ve İçmeyen Ergenlerin Sosyodemografik Verileri ve İlişkili Bazı Özellikler

Çalışmamızda bütün bir sigarayı bitirme yaşı ortalama $14,13 \pm 1,91$ şeklinde hesaplanmıştır. Bu durum 2013 TEPA'da belirtilen ergenlerin sigaraya başlama yaşı olan 13 yaş ile uyumludur. Araştırma sonucumuzda sigara içen ergenlerin yaş ortalaması sigara içmeyen ergenlerin yaş ortalamasından daha büyük olarak saptanmıştır. Alanyazında da ergenlerle yapılan çalışmalarda benzer şekilde yaşla birlikte sigara içme oranında artış saptanmıştır (49,54,55,57,59,255,256).

Araştırmamızda sigara deneyimi açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sigara içen bireylerde kızların oranının erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç, farklı kültürlerde yapılmış olan araştırmalarda tütün kullanımının erkeklerde daha sık bulunduğu (11,48,52,54,58,59,207,210,214,215) sonuçlar ile uyumlu değilken, ülkemizde İzmir ilindeki liselerde yapılmış olan ve kızlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda sigara kullanımı saptanmış olan çalışma sonucu ile uyumludur (62). Çalışmamızda kızlarda sigara içme oranı yüksekliği çalışmanın klinik örnekleme yapılmamasına ve bu nedenle eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığına bağlanmıştır. Nitekim bizim çalışmamıza benzer şekilde Himanshu ve arkadaşlarının Amerika'da bir psikiyatri kliniğinde yapmış oldukları çalışmada sigara içme açısından kızlarda erkeklere göre daha fazla sigara içme oranı olduğu görülmektedir (65).

Çalışmamızda hem anne hem de baba eğitim düzeyi ile sigara deneyimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara içen grupta içmeyen gruba göre annenin ilköğretim ve ortaokul mezunu olma oranları daha yüksek iken; üniversite mezunu olması daha

düşük orandadır. Yine sigara içen grupta içmeyen gruba göre babanın ilköğretim mezunu olması daha yüksek oranda iken, üniversite mezunu olması ise daha düşük oranda bulunmuştur. Alanyazında da ergenlerle yapılan çalışmalarda benzer şekilde ebeveyn eğitim düzeyi ile sigara içme arasında ilişki saptanmıştır. Ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olması ergenlerde daha yüksek oranda sigara içme ile ilişkili iken, ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olması daha düşük ergen sigara kullanım oranı ile ilişkilidir (174,203–205).

Araştırmamızda sosyoekonomik düzey ile ergenlerin sigara kullanması arasında ters ilişki belirlenmiştir. Ailenin aylık gelir düzeyi 5000 TL üzerinde sigara içme oranı azalmakta, 5000 TL altında sigara içme oranı artmaktadır. Bu sonuç alanyazın taraması ile elde edilen ailenin sosyoekonomik düzeyinin artması ile ergenlerin sigara kullanma düzeyinin azalması bilgisi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (200,205,208–211).

Araştırma sonucumuza göre çekirdek aile ile yaşayan ergenlerde sigara içme durumu anlamlı olarak daha az görülmekle birlikte, ebeveyn kaybı yaşayan veya parçalanmış aile ile birlikte yaşayan ergenlerde sigara içme durumu daha sık saptanmıştır. Sigara içme durumu aile yapılarına göre lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde, çekirdek aileye sahip olmaya kıyasla ebeveyn kaybının sigara içme riskini 6,5 kat, parçalanmış aileye sahip olmanın 2,4 kat arttırdığı saptanmıştır. Bu durum alanyazındaki ebeveynlerin birlikte olduğu aile ortamında ergenlerin daha az sigara içtiğini belirten (179) çalışmalarla ve parçalanmış aile/tek ebeveynli aile ile yaşayan ergenlerde sigara içme riskinin arttığını belirten (179,198) çalışmalarla uyumludur.

Araştırmamızda sigara içen ergenlerin kardeş sayısı sigara içmeyen ergenlere göre anlamlılığa yakın düzeyde daha fazla bulunmuştur ($p=0,058$). Alanyazın taramasında Pakistan’da yapılmış olan bir çalışmada benzer sonuç elde edildiği saptanmıştır (257). Bu durumun çocuk sayısının artmasıyla ebeveyn kontrolünün ve toleransının azalmasını yansıtır olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda ailedeki ruhsal bozukluk varlığı ile ergenlerin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında ailesel ruhsal bozukluk durumu ile sigara kullanımı ilişkisini inceleyen yayınlar ailedeki dışavurum bozukluklarını (DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi) (174), madde

kullanım bozukluğunu (194) ve annedeki depresyonu (195) ergen sigara kullanımı ile ilişkili bulmuştur. Araştırmamızda ailede ruhsal patoloji değerlendirilmemiş sadece öyküde geçmişte tanı alma şeklinde sorgulanmıştır. Bu nedenle ailesel ruhsal bozukluk varlığı ile ergenlerde sigara kullanımı arasında ilişki bizim çalışmamızda saptanmamış olabilir.

Araştırmamızda sigara deneyimi açısından gebelik döneminde annenin sigara maruziyeti ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,059$), ancak sigaraya daha çok maruz kaldıklarını gösteren bir eğilim bulunmuştur. Cornelius ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları takip çalışmasında, annelerin son trimesterde sigara içmesi, çocuklarının sigara içmesinde yordayıcı olmuştur. Fakat analiz modeline annenin mevcut sigara kullanımı ve ergenin arkadaşlarının sigara kullanımının dahil edilmesi ile prenatal sigara maruziyetinin ergen için sigara içmeyi yordayamayacağı belirlenmiştir (76). Yine Cornelius ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış oldukları çalışmada ise annenin günde yarım paketten fazla sigara kullanımının, çocuğunun erken sigara kullanımını yordadığı saptanmıştır (78). Biz çalışmamızda prenatal tütün maruziyetini 'yok', 'pasif içicilik', 'var' şeklinde belirlerken diğer çalışmalarda maruziyetin miktarı, zamanı şeklinde çalışılmıştır. Bizim çalışmamızda bu ilişkinin anlamlı çıkmamasının bir nedeninin bu olabileceği düşünülmüştür. Çalışma örneklemindeki ergenlerin annelerinin sigara maruziyetinin miktarı ve gebeliklerinin hangi zaman diliminde sigara kullanmış olabileceklerini bilmediğimizden çalışma sonucunu bu çalışmalarla doğrudan karşılaştırmak mümkün olmamıştır. Ayrıca çalışmamızda anlamlı olmamakla birlikte anlamlı olmaya yakın bir değer elde edilmesinin, örneklem büyüklüğünün yeterli olmamasından da kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte bizim çalışmamızda bulduğumuz eğilim ve gebelikte sigara içen veya maruz kalan annelerin çocuklarında daha çok sigara kullanıldığını gösteren çalışmalar bu konunun daha detaylı araştırılması ve olası ilişkilerin aydınlatılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda düzenli spor yapmak ile ergenlerin sigara içmesi arasında ilişki saptanmamıştır. Alanyazın taramasında konu ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda düzenli spor yapan bireylerin daha az sigara içtiğine yönelik bilgiler edinilmektedir (258–260). Bu çalışmalarda düzenli spor kavramı kurallı, yarışmalı veya grup şeklinde yapılan sporları kast etmektedir. Araştırmamızda bazı ergenlerin düzenli spor olarak

yürüyüş, evde pilates, ip atlamak, top oynamak gibi kurallı sporları içermeyen cevaplar verdiği görülmüştür. Sonucun anlamlı çıkmama sebebi düzenli spor kavram tanımının anlaşılabilmesi veya ergenlerin kendilerini daha iyi gösterme çabası olabilir.

Psikiyatrik Bozukluklar ve Sigara İçme

Araştırmamıza katılan ergenlerin %21,3'ünde depresyon, %56'sında DEHB, %11,3'ünde yıkıcı davranım bozukluğu, %22,3'ünde anksiyete bozukluğu ve %6,3'ünde OKB bulunmaktadır. Diğer tanıları istatistiksel açıdan karşılaştırma yapacak sayıda yeterli vaka içermediği için değerlendirmeye alınmamıştır. Sürpriz bir şekilde, araştırmamızda DEHB ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum yapılmış pek çok çalışma ile uyumlu bir sonuç olmamakla (100,101,104,105,107) birlikte, Amerika'da çocuk psikiyatri klinik örnekleminde yapılmış olan çalışma ile benzer sonuç elde edilmiştir (65). Bu durum mevcut örneklemin DEHB tedavisi aldığı göz önüne alınırsa, tedavi ile bağımlılık yapıcı madde kullanım oranının düşmesinden (261,262) kaynaklanıyor olabilir. DEHB tanılı grupta dürtüsellik tanı ölçütü olarak değerlendirildiğinden, arkadaş çevresinin etkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan analiz sonucunda DEHB tanılı sigara içenlerin %80'inin arkadaş çevresinde sigara içen bireylerin olduğu, sigara içmeyenlerin ise %70'inin arkadaş çevresinde sigara içen kimse olmadığı tespit edilmiş, aralarında kuvvetli ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara içen arkadaşına sahip olmanın DEHB tanılı ergenlerde sigara içme durumunu 10,1 kat arttırdığı tespit edilmiştir (OR:10,1). Bu çalışma bulgusu DEHB'nin ergenlik döneminde riskli akran grubu varlığında olumsuz davranışlara etki ettiği şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışma bu görüşü destekler şekilde DEHB'li ergenlerin yanlış arkadaş grubuna katılımının onların madde kullanımına aracılık ettiğini, DEHB'li ergenlerin bu tür gruplardaki olumsuz sosyal etkilere daha açık olduğunu göstermiştir (263). Ayrıca yapılmış olan çalışmalar DEHB tanılı bireylerde sigara kullanımının dikkatsizlik belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır (8,65,99,104).

Yıkıcı davranım bozuklukları olan davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu, alanyazın ile uyumlu olarak (73,83) sigara içen ergenlerde daha fazla saptanmıştır. Depresif bozukluk alanyazın ile uyumlu olarak (82,83,119,128)

sigara içen ergenlerde daha fazla saptanmıştır. Sigara içimi ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi açıklamak için iki tip hipotez geliştirilmiştir. İlk hipotez, endişeli bireylerin akran baskısı (135), sosyal etkileşimin kolaylaştırılması (139) ve sigaranın varsayılan sakinleştirici etkileri (264) gibi faktörler nedeniyle sigara içmeye başlama riskinin yüksek olmasıdır. Bu hipotezi destekleyen araştırma bulguları, anksiyete veya depresyon belirtileri olan ergenlerin sigara içmeye başlama oranının asemptomatik ergenlere göre daha yüksek olduğunu (135), ergenlerin ve sosyal korkuları olan genç yetişkinlerin nikotin bağımlılığı riskinin arttığını (139) ve dikkat dağınıcı bir uyarıcı varlığında sigara içmenin azalmış anksiyete ile ilişkili olduğunu (264) göstermektedir. Diğer hipotez ise, sigara içmenin solunum sıkıntılarına neden olması (265) ve nikotinin varsayılan anksiyete arttırıcı etkileri gibi faktörler nedeniyle anksiyete bozukluklarının (266) gelişimine katkıda bulunduğu (265). Araştırmamızda anksiyete bozukluğu sigara içme değişkeni açısından anlamlı farklılık sağlamamıştır. Bu durum bizim örneklememizde de anksiyete bozukluğu nedeni ile sigara içmeye başlayan ya da anksiyete yaptığı için sigaradan uzak duran ergenlerin benzer dağılımından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda anksiyete bozuklukları ana çatı başlık içinde toplanmıştır. Bu konuda ergenlerde yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu alt tanı tiplerine odaklanılmış, çalışma sonuçlarında kızlarda ve erkeklerde farklı anksiyete bozukluklarının sigara kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (267). Çalışmamızda anksiyete bozukluklarının genel olarak alınması ve tanı tiplerine göre odaklanılmaması çalışmamızda anksiyete bozukluğu ile ilişki bulunmamasını açıklayabilir. Olası diğer bir açıklama bizim çalışmamızın tersine anksiyete ve sigara ilişkisini inceleyen çalışmaların büyük bir kısmı toplum örnekleminde yapılmıştır (268), örneklem farkı nedeni ile anksiyete bozukluklarında anlamlı bir fark bulunmamış olabilir. OKB’li ergenler arasında sigara içme durumu ile ilgili anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat orana bakıldığında OKB tanısı olan ergenlerin %7.7’sinin sigara içmediği, %3,8’inin sigara içtiği saptanmış ve bu durum OKB’de daha az sigara kullanımı görülmesi (146–148) alanyazın bilgisi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızdaki OKB örnekleminin küçük olmasından kaynaklı anlamlı farklılık saptanmamış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda yavaş bilişsel tempo bulgularının artışı ile ergenlerin sigara kullanması arasında ilişki saptanmıştır. Alanyazın taramasında sigara ve yavaş bilişsel

tempo ilişkisinin daha önce araştırılmadığı saptanmıştır. Mevcut bulgunun nikotinin etkilerine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Yavaş bilişsel tempo (YBT) belirtilerini taşıyan ergenlerin yavaş, uyuşuk olma, algılamada zorlanma şeklinde bulguları bulunmaktadır. Sigara kullanımı DEHB tanısının dikkat eksikliği şiddeti ile ilişkili olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir (100). Ergenin, benzer şekilde, nikotinin sempatik aktivasyon, dikkati arttırma, duygudurumu düzenleme gibi etkilerini (28,29), yavaş bilişsel tempo belirtileri için tedavi edici olarak deneyimlemesinin etkili olabileceği düşünülmüştür. Buna bağlı olarak deneyimlediği durumun kalıcı olması için düzenli sigara kullanımına geçiş ve tolerans gelişmesi ile giderek artan miktarlarda kullanım için de risk taşıyabileceği ihtimali akılda tutulmalıdır. Buradan yola çıkarak YBT ile nikotin kullanımı arasındaki ilişkiyi farklı örneklerde inceleyen çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Bir olası ilişki de yavaş bilişsel temponun içe yönelim bozuklukları ile olan ilişkisidir. YBT, DEHB'ye göre içe yönelim bozuklukları ile daha ilişkilidir (112). Çalışmamızda her ne kadar anksiyete bozuklukları ile sigara kullanımı arasında bir fark bulunmasa da depresyon ile ilgili fark saptanmıştır. Çalışmamızda sigara grubunda YBT semptomlarının yüksek saptanmasında YBT ile depresif bozukluk arasındaki ilişki de akılda tutulmalıdır.

Güçler güçlükler anketi toplam puanı ve alt ölçek puanları ters puanlanan prososyal alt ölçek dışında, beklenenin aksine sigara içmeyen ergenlerde daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgular yukarıda bahsedilen tanılarla ilgili bulgularla da tutarsızdır. Bu durumun birkaç olası sebebi olabilir. GGA ile ilgili klinik örneklem çalışmalarında ergenlerin ailelerine göre psikopatolojiyi daha az raporlamaları (269) ile sigara içen ergenler mevcut güçlüklerini olduğundan daha az yansıtmaya çalışmış olmasının birlikteliği olabilir. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerle yapılmış olan bir çalışmada bireylerin narsistik özelliklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (270). Bizim çalışmamızda da katılımcıların benlik saygısı düzeyinin genel olarak yüksek ifade edilmiş olması kendilerini olduğundan daha iyi algılayabileceklerini düşündürmüştür. Ergenlik döneminde sosyal kabul edilebilirliği sağlaması nedeniyle tütün ürünü kullanımı olan bireyler (139) akran sorunlarını ve nikotin uyarı etkisine bağlı olarak da (34) dikkat sıkıntılarını daha az olarak algılıyor olabilirler. Sigara içen

ergenlerin öz farkındalıkları düşük olabilir ki, poliklinik görüşmelerinde ebeveynlerin sorun alanı olarak belirttiği, fakat ergenin belirtmediği faktörler sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Son olarak sigara içmeyen ergenlerin oluşturduğu grubun da psikopatolojilerinin olduğu ve olasılıkla öz farkındalıklarının yüksek olabileceği, bu nedenle güçler ve güçlükler puanının yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Benlik Saygısı ve Sigara Kullanımı

Araştırmaya katılan ergenlerin %81'inin benlik saygısı yüksek olan grupta bulunduğu dikkati çekmektedir. Bu yüksek oranlar ergenlik döneminde gelişim normal parçası olarak oluşan patolojik olmayan narsizm (271) nedeni ile olabilir. Buna bağlı olarak araştırmamıza katılan ergenlerin kendilerini olduğundan daha iyi gösterme çabası olduğunu düşünülebilir. Araştırmamız sonucunda benlik saygısı sigara içen grupta içmeyen gruba göre daha düşük saptanmıştır. Alanyazınla uyumlu şekilde sigara kullanan ergenlerin benlik saygısının, sigara kullanamayan ergenlere göre daha düşük oranda olduğu belirlenmiştir (11,12,80,81). Benlik saygısı düşük olan ergenlerin sağlıklarını korumaya dikkat etmeyebileceği ve nikotinin kısa süreli psikolojik faydalarından (performans artırma, gevşeme, stresi azaltma vb.) vazgeçmeyi istemeyebileceği öne sürülmüştür (272). Yine yazarlar düşük benlik saygısının ergenin ebeveyn ve akran etkisi gibi diğer faktörlere karşı savunmasızlığını artırabileceğini ve sigara içimine katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir (272). Buradan yola çıkarak klinik örneklemede ergenlerin benlik saygısını desteklemek sigara kullanımını konusundaki motivasyonlarını azaltabilir. Sigarayla tanışmadan önceki dönemde çocuk ve ergenlerin benlik saygısını arttırmak sigara kullanımını önlemede koruyucu müdahale kapsamında değerlendirilebilir.

Akranlarla ve Aile ile İlişkili Etmenler ve Sigara Kullanımı

Alanyazında akran ve ailenin, ergenlerin sigara kullanımı üzerindeki etkisini araştıran pek çok çalışma; bu faktörleri çok güçlü etkiye sahip faktörler (10,27,45,78,104,175,190,198,229,239) olarak belirlemiş ve bu faktörler sigara önleme/ bırakma çalışmalarında hedef olarak kullanılmışlardır (255). Çalışmalarda arkadaş çevresinde sigara kullanımının olması sigaraya başlama üzerinde etkili bulunmuş, sigara kullanan ergenlerin arkadaş çevrelerinde de daha fazla sayıda sigara

içen bireyler olduğu gösterilmiştir (10,27,45,175,229,231). Yaptığımız araştırmada da benzer şekilde arkadaş çevresi, yakın arkadaşlarından birinin sigara kullanıyor olması ve ailede kullanan birinin olması sigara kullanan grupta anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca sigara içen ergenlerin arkadaş çevresinde sigara kullanımı olması ve akran ilişkisinin kötü olması da bu açıdan anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışma da bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler şekilde akran baskısı ile sigara kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (232). Bizim çalışmamızda değerlendirilmese de ergenlerin sanal ortamdaki çevrimiçi arkadaşlıklarının da sigara kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu ilişkinin daha detaylı şekilde araştırılmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Yazın incelendiğinde akran ve ailenin sigara kullanımı üzerindeki etkisi dışında çeşitli yollardan sigara bırakma girişimlerini de etkilediği gösterilmiştir (273). Her ne kadar bizim çalışmamızda bu etmenler incelenirse de ergenlerde sigara kullanımı ve akran/ebeveyn ilişkisi düşünüldüğünde bu yönlerin de akılda tutulması önerilir.

Sigara içen ve içmeyen ergenlerin ebeveynlerinin bildirimini esas alınarak değerlendirilen ebeveynlik stilleri ile sigara içme durumu ilişkili olarak belirlenmiştir (192,193,274). Olumlu ebeveynlik stili sergileyen ebeveynlerin çocuklarında sigara kullanımı daha düşük belirlenmiştir. Olumsuz ebeveynlik stiline, çalışmaya katılan ergenlerin sigara içme durumunu güçlü bir şekilde yordadığı saptanmıştır (192,193,274). Bulgularımız benzer özellikleri inceleyen alanyazın çalışmaları ile uyumludur. Hem bizim çalışmamız hem benzer çalışmalar ergenlerde sigara kullanımında ebeveyn stillerinin rolü olabileceğini düşündürmektedir. Bütün bu bulgular ele alındığında erken dönemde ebeveynlik becerileri ile ilgili müdahalelerin sigara kullanımını önlemede çalışılması gereken alanlardan birisi olması gerektiği açıktır. Ebeveynlik tarzlarının ergende hangi mekanizmalarla sigara kullanımına neden olduğu ise çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Yazın incelendiğinde bazı çalışmalarda olumlu ebeveynlik stillerinin madde kullanımını azalttığı bilinen daha açık iletişim ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (275,276). Olumlu ebeveynlik stiline ergenleri sigaraya karşı korumasının arkasında, olumlu ebeveynlik stiline ergenlerin sigara içmeyen arkadaş seçimini etkilemesi olabileceği de tespit edilmiştir (277). Ebeveynlik stiline hangi mekanizmalar üzerinden ergen sigara içimine etki ettiğinin

anlaşılması için kesitsel ve ileriye dönük kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanması ve sigara kullanımı

Alanyazında okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanması ile ergenlerde sigara kullanımı ilişkisinin araştırılmadığı saptanmıştır. Yapılmış olan çalışmalarda okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanması ile ergenlerin okula bağlılığının arttığı (278–280) ve ergenlerin antisosyal davranışlarının azaldığı gözlenmiştir (212). Araştırmamız sonucunda sigara kullanımı ile okul başarısı ve okulda psikolojik gereksinimlerin karşılanması arasında ilişki saptanmıştır. Sigara içen ergenlerin sigara içmeyenlere göre okul başarısı daha kötü düzeyde değerlendirilmiştir. Alanyazın tarandığında ergenlerde sigara kullanımı ve okul başarısı ile ilgili yapılan çalışmaların sonucunda benzer şekilde sonuçların elde edildiği saptanmıştır (209,238,239,278).

SONUÇLAR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı klinik örneklemindeki ergenlerde tütün ve tütün ürünleri kullanımı durumunun ve neden olabilecek bireysel, sosyal ve çevresel faktörlere ilişkin değişkenlerin araştırıldığı bu araştırmamızda şu sonuçlara ulaşıldı:

1. Araştırmamıza katılan 12-18 yaş arası ergenlerin sigara kullanma oranı %34,6, başlama yaşı ortalama $14,13 \pm 1,19$, ortanca yaş 14 idi.

2. Aromalı sigara kullanım oranı %10,3, sarma sigara kullanım oranı %20, elektronik sigara kullanım oranı % 7, nargile kullanım oranı %10 idi.

3. Sigara içen ve içmeyen ergenler karşılaştırıldığında doğum şekli, gebelikte sigara maruziyeti veya hastalık varlığı, ailedeki çocuk sayısı, ailede ruhsal hastalık varlığı ile ilişki belirlenmemiştir.

4. Sigara içen ve içmeyen bireyler cinsiyet olarak karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamış, fakat kızlarda sigara içenler yönünde anlamlılığa yakın bir değer ($p = 0,058$) elde edilmiştir.

5. Sigara içen ergenlerin yaş ortalaması $15,6 \pm 1,36$ şeklinde, sigara içmeyen ergenlerin yaş ortalaması $14,4 \pm 1,72$ şeklinde hesaplanmıştır. Sigara içen ergenlerin yaş ortalamasının, sigara içmeyen ergenlerin yaş ortalamasından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6. Ebeveynlerin eğitim düzeyi açısından bakıldığında annenin ve babanın eğitim düzeyi ile ergenlerin sigara kullanımı arasında ters ilişki olduğu belirlenmiştir. Sigara içen ergenlerin oluşturduğu grupta her iki ebeveyn için ilkökul mezunu olma oranı daha yüksek iken, sigara içmeyen grupta ebeveynlerin üniversite mezunu olma oranı daha yüksekti.

7. Sigara içen ve içmeyen ergenler aile yapıları açısından karşılaştırıldığında, sigara içen ergenler için ebeveyn kaybının ve parçalanmış aileye sahip olmanın anlamlı olduğu saptanmıştır. Sigara içmeyen ergenlerin çekirdek aile ile yaşama oranı daha yüksekti. Ayrıca kardeş sayısı sigara içen ergenlerde daha fazlaydı.

8. Ergenler ailelerin gelir durumu açısından karşılaştırıldığında, aylık 5000 TL ve üzerindeki gelir düzeyinde olmak ergenin sigara içmemesi ile ilişkili; 5000 TL altında gelir düzeyinde olmak ise ergenin sigara içmesi ile ilişkili bulunmuştur.

9. Ergenlerin ebeveynleri tarafından bildirilen sorunlu kardeş ve akran ilişkisi, sigara içen ergenler için anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

10. Sigara içen ergenlerin ödev yapma becerileri sorunlu, okul başarıları kötü olarak değerlendirilmiştir. Sigara içmeyen ergenlerin ise okulda özerklik, yetkinlik, ilişkisellik gereksinimlerinin daha iyi karşılandığı belirlenmiştir.

11. Sigara içen ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanımına başlamalarına neden olan faktörlerden arkadaş çevresi, yenilik arayışı, sosyal aktivitede değişiklik, sorunlardan uzaklaşma isteği, evde tütün ve tütün ürünlerinin bulunması, kolay ulaşılabilir olması ve en yakın üç arkadaşından birinin kullanıyor olması seçenekleri anlamlı olarak belirlenmiştir.

12. Sigara içen ergenler ile sigara içmeyen ergenler arasında düzenli spor yapıyor olmakla ilgili anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

13. Ergenler arasında sigara içme durumuna göre DEHB, anksiyete bozukluğu ve OKB açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Depresyon, yıkıcı davranış bozuklukları ve yavaş bilişsel tempo belirtileri ise sigara içen ergenlerde daha yüksek oranda görülmektedir.

14. Sigara içmeyen ergenlerin güçler güçlükler anketi puanı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır.

KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR

Araştırmaya katılan ergenlerde sigara kullanımı olup olmadığı sonucunun gerçeği ne düzeyde yansıttığı ayrıca tartışılabilir. Kesitsel nitelikteki bir araştırmaya katılan çocuk ve ergenler yaşları ve gelişim özellikleri ile birlikte, psikiyatrik görüşmenin gizlilik ilkesini algılama ölçüleri ve başta ailesel düzeyde olmak üzere sosyokültürel bağlamda yaşamaktan kaçındıkları kaygıları, anket uygulamasında kendilerine ait gerçekçi bilgiyi paylaşmaktan onları alıkoymuş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Benzer nitelikteki bütün çalışmalar için bir sorun teşkil edebilecek olan bu durumun engellenmesi gerekmektedir birlikte, bunu gerçekleştirecek uygun bir metot henüz mevcut değildir ve bizim çalışmamızda bu kısıtlılıkla karşı karşıya kalınmıştır.

Her ne kadar çalışma örneklemine alınan olgular poliklinikten düzenli takipleri ve tedavileri olan bireyler olsa da, çalışmanın ebeveyn ve ergenlerin doldurduğu ölçeklere dayalı olması, tanısal belirtilerin şiddetinin ve tedavi yanıtının çalışma verilerine dahil edilmemiş olması değerlendirmenin eksik yapılmasına yol açmış olabilir.

Çalışmaya katılan 180 olgunun çevrimiçi olarak çalışmaya dahil edilmiş olması hem verilerin güvenilirliği açısından sorun teşkil etmiş olabilir, hem de dahil olan bireylerin aile eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızın güçlü yanları ise bilindiği kadarıyla, ergenlerde sigara kullanım ruhsal hastalık ilişkisini Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniği örnekleminde ülkemizde değerlendiren ilk çalışma olması ve Yavaş Bilişsel Tempo ile sigara kullanım ilişkisini araştıran olan ilk çalışma olmasıdır.

ÖNERİLER

Araştırmamız Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları klinik örneklemindeki 12-18 yaş arası ergenlerdeki tütün ve tütün ürünleri kullanımını yordayan etkenleri araştırmayı hedeflemiştir. Sonuç olarak, dünyada en büyük halk sağlığı sorunu olarak belirtilen tütün ve tütün ürünleri kullanım oranını düşürmek, ergenlik döneminde bu ürünleri öncelikle denemeyi önlemeyi gerektirmektedir. Tütün ve tütün ürünlerinden korunma için okul politikalarının geliştirilmesi ve özellikle bu çağdaki öğrencilere etkili bir eğitim programı hazırlanması gerekmektedir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda ergenlerin ebeveyn ve arkadaş çevresinde dumansız ortam oluşturulması için çaba harcanması ve bunun için gerekli yasal, eğitsel düzenlemelerin yapılması, zamanlarının çoğunu geçirdikleri okulda psikolojik gereksinimlerinin daha iyi karşılanması için girişimlerde bulunulması, ebeveynlerin olumlu ebeveynlik eğilimlerinin artırılmasına yönelik halka yönelik eğitimlerin yapılması önerilmektedir. Ayrıca sigara kullanım riskini arttıran psikopatolojilere sahip ergenlerle yapılan görüşmelerde tütün ve tütün ürünleri kullanımını sorgulanmalı, ergenin bırakma isteği sorgulanarak, tedavi şemasına bırakmaya yönelik girişimler eklenmelidir.

Çalışma genel olarak klinik örneklemdaki 12-18 yaş arası ergenlerin tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile ilgili olmakla birlikte, daha geniş örneklemler ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Tobacco [Internet]. World Health Organisation. 2020. <https://www.who.int/health-topics/tobacco>
2. Peto R, Chen Z, Boreham J. Tobacco—the growing epidemic. *Nat Med*. 1999;5(1):15–7.
3. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. US Government Printing Office; 2012.
4. Camenga D, Klein J. Tobacco Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;25.
5. O’Loughlin J, Karp I, Koulis T, Paradis G, Difranza J. Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *Am J Epidemiol*. 2009;170(5):585–97.
6. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Vol. 17, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 285–307.
7. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *JAMA* 2000;284(18):2348–51.
8. Barman SK, Pulkkinen L, Kaprio J, Rose RJ. Inattentiveness, parental smoking and adolescent smoking initiation. *Addiction*. 2004;99(8):1049–61.
9. Kandel DB, Wu P, Davies M. Maternal smoking during pregnancy and smoking by adolescent daughters. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1407–13.
10. Heris CL, Chamberlain C, Gubhaju L, Thomas DP, Eades SJ. Factors influencing smoking among Indigenous adolescents aged 10–24 years living in Australia, New Zealand, Canada and the United States: A systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2019 ;
11. Hale WJ, Perrotte JK, Baumann MR, Garza RT. Low self-esteem and positive beliefs about smoking: a destructive combination for male college students. *Addict Behav*. 2015;46:94–9.
12. O’Loughlin J, Karp I, Koulis T, Paradis G, DiFranza J. Determinants of First Puff and Daily Cigarette Smoking in Adolescents. *Am J Epidemiol*. 2009 27;170(5):585–97.
13. Xia F, Ye BJ. The effect of stressful life events on adolescents’ tobacco and alcohol use: the chain mediating effect of basic psychological needs and coping style. *J Psychol Sci*. 2014;37(6):1385–91.
14. Tian L, Zhang X, Huebner ES. The Effects of Satisfaction of Basic Psychological Needs at School on Children’s Prosocial Behavior and Antisocial Behavior: The Mediating Role of School Satisfaction . Vol. 9, *Frontiers in Psychology* . 2018. p. 548.
15. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. *Bull World Health Organ*. 2000;78:884–90.
16. Örsel O. Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri. *Aytemur*

- ZA, Akçay Ş, Elbek OTütün ve Tütün Kontrolü. İstanbul: Aves Yayıncılık. In.
17. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Coğrafi Dağılımı, Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Derg. 2014;18(30).
 18. Gately I. La diva nicotina: the story of how tobacco seduced the world. Scribner; 2002.
 19. Özendi S. Avrupa Birliği’nde tütün kontrolü ve Türkiye’deki uygulamalarının incelenmesi . Ankara: TAPDK; 2006.
 20. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978: 9- 18. In.
 21. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları.1 inci baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10. In.
 22. Musk Aw, De Klerk Nh. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286–90.
 23. Bilir N. Türkiye’de tütün kontrolünün öyküsü. 2017.
 24. Doğruel F, Doğruel AS. Osmanlıdan Günümüze Tekel. 1 inci baskı. İstanbul.
 25. Ökçün AG. Türkiye iktisat kongresi 1923, İzmir. 4 üncü baskı. Ankara: Sermaye.
 26. Carpenter CM, Wayne GF, Connolly GN. The role of sensory perception in the development and targeting of tobacco products. *Addiction*. 2007;102(1):136–47.
 27. Avenevoli S, Merikangas KR. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction*. 2003 1;98(s1):1–20.
 28. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010 16;362(24):2295–303.
 29. Dajas-Bailador F, Wonnacott S. Nicotinic acetylcholine receptors and the regulation of neuronal signalling. *Trends Pharmacol Sci*. 2004];25(6):317–24.
 30. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci*. 2005 ;8(11):1445–9.
 31. Dani JA, De Biasi M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav*. 2001;70(4):439–46.
 32. Mansvelder HD, McGehee DS. Long-term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. *Neuron*. 2000;27(2):349–57.
 33. Dani JA, Harris RA. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. *Nat Neurosci*. 2005;8(11):1465–70.
 34. Knott V, Heenan A, Shah D, Bolton K, Fisher D, Villeneuve C. Electrophysiological evidence of nicotine’s distracter-filtering properties in non-smokers. *J Psychopharmacol*. 2011;25(2):239–48.
 35. Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal.

Arch Gen Psychiatry. 1986;43(3):289–94.

36. Kour M, Dwivedi A, Afroz N. Nicotine Dependence And Effectiveness Of Nicotine Replacement Therapy (Nrt) Among Tobacco Users Visiting A Hospital. *Int J Sci Res.* 2020;8(12).

37. Kauer JA, Malenka RC. Synaptic plasticity and addiction. *Nat Rev Neurosci.* 2007;8(11):844–58.

38. Davis JA, Gould TJ. Associative learning, the hippocampus, and nicotine addiction. *Curr Drug Abuse Rev.* 2008;1(1):9–19.

39. Olausson P, Jentsch JD, Taylor JR. Repeated nicotine exposure enhances responding with conditioned reinforcement. *Psychopharmacology (Berl).* 2004 ;173(1–2):98–104.

40. Hukkanen J, Jacob P 3rd, Benowitz NL. Metabolism and disposition kinetics of nicotine. *Pharmacol Rev.* 2005;57(1):79–115.

41. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. *Clin Pharmacol Ther.* 2005;77(3):145–58.

42. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki A-B. Rate of nicotine metabolism and withdrawal symptoms in adolescent light smokers. *Pediatrics.* 2008;122(3):e643-7.

43. Benowitz NL. Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. *US Dep Heal Hum Serv NIH, Natl Cancer Inst.* 2001;39–63.

44. Lantz PM. Smoking on the rise among young adults: implications for research and policy. *Tob Control.* 2003;12 Suppl 1:i60-70.

45. Bohnert KM, Rios-Bedoya CF, Breslau N. Parental monitoring at age 11 and smoking initiation up to age 17 among Blacks and Whites: a prospective investigation. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(12):1474–8.

46. Liddon N, Olsen EO, Carter M, Hatfield-Timajchy K. Withdrawal as pregnancy prevention and associated risk factors among US high school students: findings from the 2011 National Youth Risk Behavior Survey. *Contraception.* 2016;93(2):126–32.

47. Association D-5 AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.

48. Ljaljevic A, Zvrko E, Mugosa B, Matijevic S, Andjelic J. Prevalence of smoking and other smoking-related behaviours among students aged 13 to 15 years in Montenegro: results from the Global Youth Tobacco Survey of 2008. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2010;61(2):203–9.

49. Rohde P, Lewinsohn PM, Brown RA, Gau JM, Kahler CW. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I. Associations with smoking initiation. *Nicotine Tob Res.* 2003;5(1):85–98.

50. Fischer JA, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM. Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: Findings from an Australian birth cohort. *Addiction.* 2012;107(9):1669–76.

51. Tjora T, Hetland J, Aarø LE, Øverland S. Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: a longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health*. 2011;11(1):911.
52. Sharapova S, Reyes-Guzman C, Singh T, Phillips E, Marynak KL, Agaku I. Age of tobacco use initiation and association with current use and nicotine dependence among US middle and high school students, 2014–2016. *Tob Control* [Internet]. 2020 1;29(1):49 LP – 54.
53. Degenhardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res*. 2001;3(3):225–34.
54. Veeranki SP, Alzyoud S, Dierking L, Kheriallah K, Mzayek F, Pbert L, et al. Associations of adolescents' cigarette, waterpipe, and dual tobacco use with parental tobacco use. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(5):879–84.
55. Walker LR, Abraham AA, Tercyak KP. Adolescent Caffeine Use, ADHD, and Cigarette Smoking. *Child Heal Care* 2010 21;39(1):73–90.
56. Erguder T, Çakır B, Aslan D, Warren CW, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. *BMC Public Health* . 2008;8(1):S4.
57. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS, Topçu F. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. *Toraks Derg*. 2000;1(1):61–6.
58. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klin Psikiyatr*. 2000;3(4):242–5.
59. Güraksın A, Ezmeci T, İnandı T, Vançelik S, Tufan Y. Erzurum İl Merkezinde ortaokul ve lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*; Cilt 30/Sayı 3; 89-93. 1998;
60. Prevention C for DC and. Adult cigarette smoking in the United States: Current estimate. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(44):889–94.
61. Joffer J. Health for future: self-rated health and social status among adolescents. Umeå universitet; 2020.
62. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Derg*. 2001;2(3):49–53.
63. Esenkaya Usta Zy, Kılıç Bgtd. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk Ve Gençlerde Sigara Alkol Ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ...*;
64. Rose JS, Chassin L, Presson CC, Sherman SJ. Demographic factors in adult smoking status: Mediating and moderating influences. *Psychol Addict Behav*. 1996;10(1):28.
65. Upadhyaya HP, Brady KT, Wharton M, Liao J. Psychiatric Disorders and Cigarette Smoking Among Child and Adolescent Psychiatry Inpatients. *Am J Addict*. 2003;12(2):144–52.
66. Abuse S. Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from. 2013;35–42.

67. Arria AM, Derauf C, Lagasse LL, Grant P, Shah R, Smith L, et al. Methamphetamine and other substance use during pregnancy: preliminary estimates from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) study. *Matern Child Health J.* 2006 ;10(3):293–302.
68. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas’ ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhur Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2003;25(4):157–64.
69. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa’da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Turk Toraks Dergisi/Turkish Thorac J.* 2009;10(1).
70. Koçak C, Kurçer MA, Arıkan İİ. Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınların Sigara İçme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. 2015;
71. Baran S. Şanlıurfa’da gebe kadınların sigaraya maruz kalma durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi/The determination of the smoking exposure and affecting factors in pregnant women in Sanliurfa, Turkey. 2018.
72. Mezzacappa E, Buckner JC, Earls F. Prenatal cigarette exposure and infant learning stimulation as predictors of cognitive control in childhood. *Dev Sci.* 2011;14(4):881–91.
73. Cornelius MD, Day NL. Developmental consequences of prenatal tobacco exposure. *Curr Opin Neurol.* 2009;22(2):121–5.
74. Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S, et al. The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD: A large population-based study. *Psychiatry Res.* 2015;225(1–2):164–8.
75. Yochum C, Doherty-Lyon S, Hoffman C, Hossain MM, Zelikoff JT, Richardson JR. Prenatal cigarette smoke exposure causes hyperactivity and aggressive behavior: Role of altered catecholamines and BDNF. *Exp Neurol.* 2014 254:145–52.
76. Cornelius MD, Leech SL, Goldschmidt L, Day NL. Is prenatal tobacco exposure a risk factor for early adolescent smoking? A follow-up study. *Neurotoxicol Teratol.* 2005;27(4):667–76.
77. Cornelius MD, Goldschmidt L, Day NL. Prenatal cigarette smoking: Long-term effects on young adult behavior problems and smoking behavior. *Neurotoxicol Teratol.* 2012
78. Cornelius MD, Leech SL, Goldschmidt L, Day NL. Prenatal tobacco exposure: is it a risk factor for early tobacco experimentation? *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 2000;2(1):45–52.
79. Cote J. The Role of Identity Capital in the Transition to Adulthood: The Individualization Thesis Examined. *J Youth Stud.* 2002;5:117–34.
80. Saari AJ, Kentala J, Mattila KJ. Weaker Self-Esteem in Adolescence Predicts Smoking. *Mushtaq N, editor. Biomed Res Int.* 2015;2015:687541.
81. Khosravi A, Mohammadpoorasl A, Holakouie-Naieni K, Mahmoodi M, Pouyan AA, Mansournia MA. Causal Effect of Self-esteem on Cigarette Smoking Stages in Adolescents: Coarsened Exact Matching in a Longitudinal Study. *Osong public Heal Res Perspect* 2016;7(6):341–5.

82. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(12):1691–715.
83. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet.* 1995 ;25(2):95–101.
84. Blalock JA, Robinson JD, Wetter DW, Schreindorfer LS, Cinciripini PM. Nicotine withdrawal in smokers with current depressive disorders undergoing intensive smoking cessation treatment. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22(1):122–8.
85. Chengappa KN, Kambhampati RK, Perkins K, Nigam R, Anderson T, Brar JS, et al. Bupropion sustained release as a smoking cessation treatment in remitted depressed patients maintained on treatment with selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *J Clin Psychiatry.* 2001 ;62(7):503–8.
86. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942–8.
87. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Akyol Ardic U. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47(1):35–42.
88. Gaub M, Carlson Cl. Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(8):1036–45.
89. Bauermeister JJ, Shrout PE, Chávez L, Rubio-Stipec M, Ramírez R, Padilla L, et al. ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2007;48(8):831–9.
90. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr.* 2007;116:117–23.
91. Rasmussen ER, Todd RD, Neuman RJ, Heath AC, Reich W, Rohde LA. Comparison of male adolescent-report of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms across two cultures using latent class and principal components analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002;43(6):797–805.
92. Fuemmeler BF, Kollins SH, McClernon FJ. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol.* 2007;32(10):1203–13.
93. Faraone S V, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance Use among ADHD Adults: Implications of Late Onset and Subthreshold Diagnoses. *Am J Addict.* 2007;16(s1):24–34.
94. Barkley Ra, Fischer M, Edelbrock Cs, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29(4):546–57.
95. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone S V., Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a Risk Factor for Psychoactive Substance Use Disorders? Findings From a Four-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*

[Internet]. 1997;36(1):21–9.

96. Pomerleau CS, Marks JL, Pomerleau OF. Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine Tob Res.* 2000;2(3):275–80.

97. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil.* 1998;31(6):533–44.

98. Milberger S, Biederman J, Faraone S V, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(1):37–44.

99. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1142–7.

100. Tercyak KP, Lerman C, Audrain J. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 Jul;41(7):799–805.

101. Whalen CK, Jamner LD, Henker B, Delfino RJ, Lozano JM. The ADHD spectrum and everyday life: experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child Dev.* 2002;73(1):209–27.

102. Brennan AR, Arnsten AFT. Neuronal mechanisms underlying attention deficit hyperactivity disorder: the influence of arousal on prefrontal cortical function. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1129:236–45.

103. Mihailescu S, Drucker-Colín R. Nicotine, brain nicotinic receptors, and neuropsychiatric disorders. *Arch Med Res.* 2000;31(2):131–44.

104. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2008;153(3):414–9.

105. McClernon FJ, Kollins SH. ADHD and smoking: from genes to brain to behavior. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1141:131.

106. Treur JL, Willemsen G, Bartels M, Geels LM, van Beek JHDA, Huppertz C, et al. Smoking during adolescence as a risk factor for attention problems. *Biol Psychiatry.* 2015;78(9):656–63.

107. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse.* 1995;7(3):373–8.

108. Humfleet GL, Prochaska JJ, Mengis M, Cullen J, Muñoz R, Reus V, et al. Preliminary evidence of the association between the history of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and smoking treatment failure. *Nicotine Tob Res.* 2005;7(3):453–60.

109. Barkley RA, Grodzinsky G, DuPaul GJ. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and research report. *J Abnorm Child Psychol.* 1992;20(2):163–88.

110. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):1–6.
111. Barkley RA. Sluggish Cognitive Tempo: A (Misnamed) Second Attention Disorder? Vol. 55, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2016. p. 157–8.
112. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(3):163–78.
113. Becker SP. Topical review: Sluggish cognitive tempo: Research findings and relevance for pediatric psychology. Vol. 38, *Journal of Pediatric Psychology.* Narnia; 2013. p. 1051–7.
114. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: Content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess.* 2009;21(3):380–9.
115. Barkley RA. Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(2):161–73.
116. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA, Ollendick TH. Sleep, Internalizing Problems, and Social Withdrawal: Unique Associations in Clinic-Referred Youth With Elevated Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *Journal of Attention Disorders.* 2018;108705471875619.
117. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol.* 2018;127(8):818–29.
118. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018 Oct;59(10):1094–104.
119. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction.* 2017;112(3):401–12.
120. Christopher R. Thomas MD. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: Dulcan MK, editor. *Dulcan’s Textbook Of Child and Adolescent Psychiatry, Second Edition.* Second. 2016. p. 195–217.
121. Lynskey MT, Fergusson DM. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol.* 1995;23(3):281–302.
122. Smith K. Mental health: a world of depression. Vol. 515, *Nature.* England; 2014. p. 181.
123. Lewinsohn PM, Pettit JW, Joiner TEJ, Seeley JR. The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *J Abnorm*

Psychol. 2003 ;112(2):244–52.

124. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010 ;340:c209.

125. Costello Ej, Mustillo S, Keeler G, Angold A. Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Ment Heal Serv A public Heal Perspect*. 2004;111.

126. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1107–15.

127. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000 Nov;284(20):2606–10.

128. Stone MD, Audrain-McGovern J, Leventhal AM. Association of Anhedonia With Adolescent Smoking Susceptibility and Initiation. *Nicotine Tob Res* . 2017 ;19(6):738–42.

129. Steuber TL, Danner F. Adolescent smoking and depression: which comes first? *Addict Behav*. 2006 ;31(1):133–6.

130. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry*. 2008;193(4):322–6.

131. Iniguez SD, Warren BL, Parise EM, Alcantara LF, Schuh B, Maffeo ML, et al. Nicotine exposure during adolescence induces a depression-like state in adulthood. *Neuropsychopharmacology*. 2009;34(6):1609–24.

132. Bernstein GA LA. Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA ed Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry [8th ed](Trans H Aydın, A Bozkurt) Güneş Kitapevi; Ankara. 2007. p. 4:3292-3306.

133. İnal Emiroğlu FN BB. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Özgül Fobiler , Sosyal Fobi. In: Çuhadaroğlu Çetin F, ve ark Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008. p. 320-329.

134. Zvolensky MJ, Schmidt NB, McCreary BT. The impact of smoking on panic disorder:: An initial investigation of a pathoplastic relationship. *J Anxiety Disord*. 2003;17(4):447–60.

135. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1518–22.

136. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617–27.

137. Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*. 2009;123(2):103–9.

138. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health*. 1996 ;86(2):225–30.
139. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur psychiatry*. 2000;15(1):67–74.
140. Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(11):1294–305.
141. Daniel A. Geller, M.B.B.S., FRACP Kylie Williams MD. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Dulcan Mina K., editor. *Dulcan’s Textbook Of Child and Adolescent Psychiatry, Second Edition*. Second Edi. 2016. p. 365–88.
142. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and Correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* . 2006;163(6):1074–83.
143. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132–40.
144. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27(6):764–71.
145. Frances AJ, Galanter M, Kleber HD. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub; 2000.
146. Bejerot S, Humble M. Low prevalence of smoking among patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 1999;40(4):268–72.
147. Abramovitch A, Pizzagalli DA, Geller DA, Reuman L, Wilhelm S. Cigarette smoking in obsessive-compulsive disorder and unaffected parents of OCD patients. *Eur Psychiatry*. 2015;30(1):137–44.
148. Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* . 2000;15(7):395–401.
149. Salín-Pascual RJ, Basañez-Villa E. Changes in compulsion and anxiety symptoms with nicotine transdermal patches in non-smoking obsessive-compulsive disorder patients. *Rev Investig Clin*. 2003;55(6):650–4.
150. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2007;3(5 Suppl):S7.
151. Lee-Chiong TL. *Sleep: a comprehensive handbook*. John Wiley & Sons; 2005.
152. Palmer CD, Harrison GA, Hiorns RW. Association between smoking and drinking and sleep duration. *Ann Hum Biol*. 1980;7(2):103–7.
153. Riedel BW, Durrence HH, Lichstein KL, Taylor DJ, Bush AJ. The relation between smoking and sleep: the influence of smoking level, health, and psychological variables. *Behav Sleep Med*. 2004;2(1):63–78.

154. Thurn JR. Sleeplessness and smoking. *JAMA*. 1988;260(11):1551–2.
155. Mak K-K, Ho S-Y, Thomas GN, Lo W-S, Cheuk DK-L, Lai Y-K, et al. Smoking and sleep disorders in Chinese adolescents. *Sleep Med*. 2010;11(3):268–73.
156. Vignau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaecke P, Beuscart R, Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adolesc Heal*. 1997;21(5):343–50.
157. Holmen TL, Barrett-Connor E, Holmen J, Bjermer L. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995–1997: the Nord-Trøndelag Health Study. *Am J Epidemiol*. 2000;151(2):148–55.
158. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2001;64(1):1–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871600002222>
159. Camp DE, Klesges RC, Relyea G. The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Heal Psychol*. 1993;12(1):24.
160. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *Am J Public Health*. 1994;84(11):1818–20.
161. Klesges RC, Elliott VE, Robinson LA. Chronic dieting and the belief that smoking controls body weight in a biracial, population-based adolescent sample. *Tob Control*. 1997;6(2):89–94.
162. Haug NA, Heinberg LJ, Guarda AS. Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. *Eat Weight Disord Anorexia, Bulim Obes*. 2001;6(3):130–9.
163. Welch SL, Fairburn CG. Smoking and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1998;23(4):433–7.
164. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav*. 2006;7(4):291–9.
165. Wiseman C V, Turco RM, Sunday SR, Halmi KA. Smoking and body image concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 1998;24(4):429–33. A
166. Heath AC, Cates R, Martin NG, Meyer J, Hewitt JK, Neale MC, et al. Genetic contribution to risk of smoking initiation: comparisons across birth cohorts and across cultures. *J Subst Abuse*. 1993;5(3):221–46.
167. Heath AC, Madden PAF. Genetic influences on smoking behavior. In: *Behavior genetic approaches in behavioral medicine*. Springer; 1995. p. 45–66.
168. Boomsma DI, Koopmans JR, Van Doornen LJP, Orlebeke JF. Genetic and social influences on starting to smoke: a study of Dutch adolescent twins and their parents. *Addiction*. 1994;89(2):219–26.
169. Maes HH, Woodard CE, Murrelle L, Meyer JM, Silberg JL, Hewitt JK, et al. Tobacco, alcohol and drug use in eight-to sixteen-year-old twins: the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Stud Alcohol*. 1999;60(3):293–305.
170. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Revised

edition. New York: Academic Press. 1977;

171. Sussman S, Dent CW, Flay BR, Hansen WB, Johnson CA. Chapter 2: Psychosocial predictors of cigarette smoking onset by White, Black, Hispanic, and Asian adolescents in Southern California. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1987;36(4S):11S-16S.

172. Landrine H, Richardson JL, Klonoff EA, Flay B. Cultural diversity in the predictors of adolescent cigarette smoking: the relative influence of peers. *J Behav Med.* 1994;17(3):331-46.

173. Rossow I, Rise J. Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Soc Sci Med.* 1994;38(9):1299-305.

174. Rohde P, Kahler CW, Lewinsohn PM, Brown RA. Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking: II. Associations with progression to daily smoking. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(1):119-32.

175. Slomkowski C, Rende R, Novak S, Lloyd-Richardson E, Niaura R. Sibling effects on smoking in adolescence: evidence for social influence from a genetically informative design. *Addiction.* 2005;100(4):430-8.

176. Bricker J, Leroux BG, V. Peterson Jr A, Kealey KA, Sarason IG, Andersen MR, et al. Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking. *Addiction.* 2003;98(5):585-93.

177. Blokland EAW, Engels RCME, Hale III WW, Meeus W, Willemsen MC. Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Prev Med (Baltim).* 2004;38(3):359-68.

178. Otten R, Engels RCME, van den Eijnden RJJM. Parental smoking and smoking behavior in asthmatic and nonasthmatic adolescents. *J Asthma.* 2005;42(5):349-55.

179. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med.* 2003;56(1):41-52.

180. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull.* 1993;113(3):487.

181. Chao RK. Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Dev.* 2001;72(6):1832-43.

182. McCoby EE. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handb child Psychol.* 1983;4:1-101.

183. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-65.

184. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc.* 1991;11(1):56-95.

185. Adalbjarnardottir S, Hafsteinsson LG. Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *J Res Adolesc.* 2001;11(4):401-23.

186. Castrucci BC, Gerlach KK. Understanding the association between

authoritative parenting and adolescent smoking. *Matern Child Health J.* 2006;10(2):217.

187. Fletcher AC, Jefferies BC. Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *J Early Adolesc.* 1999;19(4):465–87.

188. Henriksen L, Jackson C. Anti-smoking socialization: relationship to parent and child smoking status. *Health Commun.* 1998;10(1):87–101.

189. Herken H, Ozkan I, Bodur S, Kaya N, Turan M, Askin R. Genclerde sigara kullanimi ile anne-baba tutumu ve sosyodemografik ozelliklerin iliskisi. *Genel Tip Derg.* 1997;7(4):189–93.

190. Adamczyk-Robinette SL, Fletcher AC, Wright K. Understanding the authoritative parenting–early adolescent tobacco use link: The mediating role of peer tobacco use. *J Youth Adolesc.* 2002;31(4):311–8.

191. Ulusoy Md, Demir Nö, Baran Ag. Ebeveynin çocuk yetiştirme biçimi ve ergen problemleri: Ankara ili örneği. *Türk Eğitim Bilim Derg.* 2005;3(3):367–86.

192. Radziszewska B, Richardson JL, Dent CW, Flay BR. Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *J Behav Med.* 1996;19(3):289–305.

193. Huver RME, Engels RCME, Vermulst AA, de Vries H. Is parenting style a context for smoking-specific parenting practices? *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2–3):116–25.

194. Merikangas KR, Dierker LC, Szatmari P. Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 1998;39(5):711–20.

195. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression: a causal analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(1):36–43.

196. Bjarnason P. Adolescent substance use: a study in Durkheimian sociology. University of Notre Dame; 2000.

197. Bjarnason T, Davidaviciene AG, Miller P, Nociar A, Pavlakis A, Stergar E. Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction.* 2003;98(6):815–24.

198. Otten R, Engels RCME, van de Ven MOM, Bricker JB. Parental Smoking and Adolescent Smoking Stages: The Role of Parents' Current and Former Smoking, and Family Structure. *J Behav Med.* 2007;30(2):143–54.

199. Yu BK, Oh YJ, Lee JC, Lee KH, Min JH, Park SH. A study of adolescent smoking and drinking in Korea. *Korean J Pediatr.* 2009;52(4):422.

200. Blum RW, Beuhring T, Shew ML, Bearinger LH, Sieving RE, Resnick MD. The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *Am J Public Health.* 2000;90(12):1879.

201. Ersoy Ö. Kahramanmaraş İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Uzm Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana. 2015;

202. Uzun S, Kelleci M. Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı: Madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve ilişkili faktörler. *Dusunen Adam*. 2018;31(4):356–63.
203. Soteriades ES, DiFranza JR. Parent's Socioeconomic Status, Adolescents' Disposable Income, and Adolescents' Smoking Status in Massachusetts. *Am J Public Health [Internet]*. 2003;93(7):1155–60.
204. Flint AJ, Yamada EG, Novotny TE. Black-white differences in cigarette smoking uptake: progression from adolescent experimentation to regular use. *Prev Med (Baltim)*. 1998;27(3):358–64.
205. Mathur C, Erickson DJ, Stigler MH, Forster JL, Finnegan JR. Individual and Neighborhood Socioeconomic Status Effects on Adolescent Smoking: A Multilevel Cohort-Sequential Latent Growth Analysis. *Am J Public Health*. 2013;103(3):543–8.
206. Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Gabhainn SN, Currie CE. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health*. 2009;54(4):203–12.
207. Itanyi IU, Onwasigwe CN, Ossip D, Uzochukwu BSC, McIntosh S, Aguwa EN, et al. Predictors of current tobacco smoking by adolescents in Nigeria: Interaction between school location and socioeconomic status. *Tob Induc Dis*. 2020;18:13.
208. Kutlu R, Çivi S. Seydişehir Mesl Yüksekokulu öğrencilerinde sigara Kullan durumu ve etkileyen faktörler *Bağımlılık Derg*. 2006;7(2):71–9.
209. Siyez DM. 15-17 yaş arası ergenlerde görülen problem davranışların koruyucu ve risk faktörleri açısından incelenmesi. *DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü*; 2006.
210. Guler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhur Tıp Derg*. 2009;31(4):340–5.
211. Çavuş FÖ, Görpelioğlu S, Çavuş UY. Ankara ilindeki ergenlerde riskli davranışların sıklığı, dağılımı. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2017;21(1):2–16.
212. Atak H. Yetişkinliğe geçiş yıllarında sigara içme davranışının psikososyal belirleyicileri ve sigara içmenin yaşam doyumu ve öznel iyi oluşla ilişkisi. *Klin Psikiyat*. 2011;14:29–43.
213. Çakmur H. Araştırma {dotless}rmalarda Ölçme - Güvenilirlik - Geçerlilik. Vol. 11, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012. p. 339–44.
214. Tanrikulu AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. *Tur Toraks Der*. 2009;11:101–6.
215. Emekdar G, Çıtıl R, Önder Y, Bulut YE, Yaşayanca Ö, Kazancı NÖ, et al. Tokat ili ortaokul ve lise öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkileyen faktörler. *J Contemp Med*. 2017;7(1):58–66.
216. McPherson M, Smith-Lovin L, Cook JM. Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(1):415–44.
217. Kandel DB. Homophily, selection, and socialization in adolescent

friendships. *Am J Sociol.* 1978;84(2):427–36.

218. Benenson JF. Gender differences in social networks. *J Early Adolesc.* 1990;10(4):472–95.

219. Kreager DA, Rulison K, Moody J. Delinquency and the structure of adolescent peer groups. *Criminology.* 2011;49(1):95–127.

220. Ridgeway CL, Smith-Lovin L. The gender system and interaction. *Annu Rev Sociol.* 1999;25(1):191–216.

221. Rose AJ, Rudolph KD. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychol Bull.* 2006;132(1):98.

222. Ko P, Buskens V, Wu C. The Interplay Between Gender and Structure: Dynamics of Adolescent Friendships in Single-Gender Classes and Mixed-Gender Classes. *J Res Adolesc.* 2015;25(2):387–401.

223. Haynie DL, Doogan NJ, Soller B. Gender, friendship networks, and delinquency: A dynamic network approach. *Criminology.* 2014;52(4):688–722.

224. Mercken L, Snijders TAB, Steglich C, Vertiainen E, De Vries H. Smoking-based selection and influence in gender-segregated friendship networks: A social network analysis of adolescent smoking. *Addiction.* 2010;105(7):1280–9.

225. Kretschmer D, Leszczensky L, Pink S. Selection and influence processes in academic achievement—More pronounced for girls? *Soc Networks.* 2018;52:251–60.

226. Bram AD. The two sexes: Growing up apart, coming together. *Bull Menninger Clin.* 2001;65(1):107.

227. Griffin KW, Botvin GJ, Doyle MM, Diaz T, Epstein JA. A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *J Behav Med.* 1999;22(3):271–84.

228. McMillan C, Felmlee D, Osgood DW. Peer influence, friend selection, and gender: How network processes shape adolescent smoking, drinking, and delinquency. *Soc Networks.* 2018;55:86–96.

229. Hoffman BR, Monge PR, Chou C-P, Valente TW. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addict Behav.* 2007;32(8):1546–54.

230. Hall JA, Valente TW. Adolescent smoking networks: The effects of influence and selection on future smoking. *Addict Behav.* 2007;32(12):3054–9.

231. Huang GC, Unger JB, Soto D, Fujimoto K, Pentz MA, Jordan-Marsh M, et al. Peer Influences: The Impact of Online and Offline Friendship Networks on Adolescent Smoking and Alcohol Use. *J Adolesc Heal.* 2014;54(5):508–14.

232. Kūçūkođlu Doç Dr S. Sosyal fobi ve akran baskısının ergenlerde madde kullanımına etkisi. 2017.

233. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68.

234. Milyavskaya M, Koestner R. Psychological needs, motivation, and

well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Pers Individ Dif*. 2011;50(3):387–91.

235. Black AE, Deci EL. The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Sci Educ*. 2000;84(6):740–56.

236. Niemiec CP, Ryan RM. Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory Res Educ*. 2009;7(2):133–44.

237. Wentzel KR, Barry CM, Caldwell KA. Friendships in middle school: Influences on motivation and school adjustment. *J Educ Psychol*. 2004;96(2):195.

238. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The global tobacco epidemic. *Sci Am*. 1995;272(5):44–51.

239. Piko BF, Luszczynska A, Gibbons FX, Teközel M. A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):393–8.

240. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Accept Commit Ther Meas Packag*. 1965;61(52):18.

241. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Uzm Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatr Anabilim Dalı, Ankara. 1986;

242. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1337–45.

243. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish J Child Adolesc Ment Heal*. 2008;15:65–74.

244. Firat S, Unsel Bolat G, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A, et al. Barkley Child Attention Scale validity and reliability study. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2018;31(3):284–93.

245. Karababa A. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme Ölçeği'nin (ÇESDÖ) (Ebeveyn Formu) Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması . Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg LK - <http://pauegitimdergi.pau.edu.tr>. 2019 ;2019(46).

246. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization; 2017.

247. Çavdar S, Sümer EÇ, Eliaçık K, Arslan A, Koyun B, Korkmaz N, et al. İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Turkish Pediatr Arch Pediatr Ars*. 2016;51(1).

248. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyodemografik değerlendirilmesi. *J Depend*. 2006;7:31–7.

249. Hakko H, Lintunen J, Lappalainen J, Mäkikyrö T, Räsänen P, Timonen M. Nicotine use and dependence and their association to psychiatric disorders in a large sample of adolescent psychiatric inpatients. *Addict Behav*. 2006;31(10):1873–80.

250. H. Z. Ergenlerin risk alma davranışları ile nargilenin sağlığa etkilerine yönelik algılarının incelenmesi. Sakarya Üniversitesi; 2015.
251. E. A. Adana il Merkezindeki lise öğrencilerinde tütün ve tütün mamullerinin kullanımı. Çukurova Üniversitesi; 2011.
252. Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO. Sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde sigara, nargile, sarma tütün kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve öğrencilerin sigara, nargile, sarma tütüne başlama ve sürdürme konusundaki görüşleri. *Solunum Derg.* 2011;13(2):91–9.
253. Adkison SE, O'Connor RJ, Bansal-Travers M, Hyland A, Borland R, Yong H-H, et al. Electronic nicotine delivery systems: international tobacco control four-country survey. *Am J Prev Med.* 2013;44(3):207–15.
254. Klein SM, Giovino GA, Barker DC, Tworek C, Cummings KM, O'Connor RJ. Use of Flavored Cigarettes Among Older Adolescent and Adult Smokers: United States, 2004–2005. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(7):1209–14.
255. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. 2010;
256. Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *J Adolesc Heal.* 2000;27(4):255–65.
257. Rozi S, Akhtar S, Ali S, Khan J. Prevalence and factors associated with current smoking among high school adolescents in Karachi, Pakistan. *Southeast Asian J Trop Med Public Heal.* 2005;36(2):498–504.
258. Holmen TL, Barrett-Connor E, Clausen J, Holmen J, Bjermer L. Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. *Eur Respir J.* 2002;19(1):8–15.
259. Wilson DB, Smith BN, Speizer IS, Bean MK, Mitchell KS, Uguy LS, et al. Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Prev Med (Baltim).* 2005;40(6):872–9.
260. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *Am J Public Health.* 1994;84(7):1121–6.
261. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, MacPherson HA, Faraone S V. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2008;165(5):597–603.
262. Whalen CK, Jamner LD, Henker B, Gehricke J-G, King PS. Is There a Link Between Adolescent Cigarette Smoking and Pharmacotherapy for ADHD? Vol. 17, *Psychology of Addictive Behaviors*. Whalen, Carol K.: Dept of Psychology and Social Behavior, U California, Irvine, CA, US, 92697, ckwhalen@uci.edu: Educational Publishing Foundation; 2003. p. 332–5.
263. Marshal MP, Molina BSG, Pelham Jr WE. Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor. *Psychol Addict Behav.* 2003;17(4):293.

264. Kassel JD, Shiffman S. Attentional mediation of cigarette smoking's effect on anxiety. *Heal Psychol.* 1997;16(4):359.
265. Pohl R, Yeragani VK, Balon R, Lycaki H, McBride R. Smoking in patients with panic disorder. *Psychiatry Res.* 1992;43(3):253–62.
266. Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(12):1141–7.
267. Wu P, Goodwin RD, Fuller C, Liu X, Comer JS, Cohen P, et al. The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences. *J Youth Adolesc.* 2010;39(2):177–88.
268. Jiang F, Li S, Pan L, Zhang N, Jia C. Association of anxiety disorders with the risk of smoking behaviors: a meta-analysis of prospective observational studies. *Drug Alcohol Depend.* 2014;145:69–76.
269. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, Fletcher J, Cucchiaro G, Dalgalarondo P, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13(2):ii47–54.
270. Carter RR, Johnson SM, Exline JJ, Post SG, Pagano ME. Addiction and “Generation Me”: narcissistic and prosocial behaviors of adolescents with substance dependency disorder in comparison to normative adolescents. *Alcohol Treat Q.* 2012;30(2):163–78.
271. Bleiberg E. Normal and pathological narcissism in adolescence. *Am J Psychother.* 1994;48(1):30–51.
272. Guillon M-S, Crocq M-A, Bailey PE. Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addict Behav.* 2007;32(4):758–64.
273. Kleinjan M, Engels RCME, van Leeuwe J, Brug J, van Zundert RMP, van den Eijnden RJJM. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug Alcohol Depend.* 2009;99(1–3):204–14.
274. Chassin L, Presson CC, Rose J, Sherman SJ, Davis MJ, Gonzalez JL. Parenting style and smoking-specific parenting practices as predictors of adolescent smoking onset. *J Pediatr Psychol.* 2005;30(4):333–44.
275. Kafka RR, London P. Communication in relationships and adolescent substance use: The influence of parents and friends. *Adolescence.* 1991;26(103):587.
276. Jackson C. Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addict Behav.* 1997;22(5):685–98.
277. Distefan JM, Gilpin EA, Choi WS, Pierce JP. Parental influences predict adolescent smoking in the United States, 1989–1993. *J Adolesc Heal.* 1998;22(6):466–74.
278. Pennanen M, Haukkala A, De Vries H, Vartiainen E. Academic achievement and smoking: is self-efficacy an important factor in understanding social inequalities in Finnish adolescents? *Scand J Public Health.* 2011 Nov;39(7):714–22.
279. Simons-Morton BG, Crump AD, Haynie DL, Saylor KE. Student–

school bonding and adolescent problem behavior . Health Educ Res. 1999;14(1):99–107.

280. Catalano RF, Haggerty KP, Oesterle S, Fleming CB, Hawkins JD. The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the Social Development Research Group. J Sch Health. 2004;74:252–61.

EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	
Çocuğun adı soyadı:	
Ailenizin yapısı nasıl? 1- çekirdek aile (sadece anne-baba-çocuklar) 2- geniş aile (anne, baba çocuk dışında anneanne, babaanne veya dede vb) 3- eşler boşanmış/ayrı yaşıyor 4- anne babadan birisi ya da ikisi ölmüş	
Kaç çocuğunuz var :	
Çocuğunuz ailenin kaçınıcı çocuğu :	
Çocuğun annesinin öğrenim durumu:	
Annesinin mesleği :	
Çocuğun babasının öğrenim durumu:	
Babasının mesleği :	
Ailenizin gelir durumu: 1-1000 TL'den az 3-3000-5000 TL 2-1000-3000 TL 4-5000 ve üstü TL	
Çocuğunuzun doğum şekli? () normal doğum () sezeryan	
Bu çocuğunuzun doğumdaki kilosu nedir?	
Çocuğunuz beklenen süreden daha önce mi doğdu? () evet () hayır (evet cevabı verenler için) kaç haftalıkken doğum yaptınız?	
Bu çocuğa hamileyken annesi sigara içti mi, sigara dumanına maruz kaldı mı? 1-İçmedi 2-İçmedi ancak sıklıkla evde sigara dumanına maruz kaldı 3-İçti (günde 1-5 tane) 4-İçti (günde 5 taneden fazla)	
Bu çocuğun gebeliği sırasında annenin herhangi bir hastalığının oldu mu? () evet () hayır (evet cevabı verenler için) ne rahatsızlığınız oldu?	
Çocuğun anne baba veya kardeşinde ruhsal hastalık (psikiyatrik ilaç kullanan) var mı? 1-yok 2-var (varsa kimde ve nasıl bir hastalık yazınız).....	
Çocuğun anne baba veya kardeşinde sürekli ilaç kullanan biri var mı? 1- yok 2- var(varsa kim kullanıyor, ilacın adını ve hangi hastalık için kullandığını yazınız.....	
Çocuğun okul başarısı nasıl? (karnedeki son dönem) 1- pekiyi 2- iyi 3- orta 4-ortanın altı 5-zayıf	
Size göre çocuğun akran ilişkisi nasıl? 1-çok iyi 2-iyi 3-orta 4-sorunlu 5-çok sorunlu	
Size göre çocuğun okul ödevlerini yapabilme yeteneği nasıl? 1-çok iyi 2-iyi 3-orta 4-sorunlu 5-çok sorunlu	
Size göre çocuğun kardeşleri ile olan ilişkisi nasıl? 1-çok iyi 2-iyi 3-orta 4-sorunlu 5-çok sorunlu	

EK-2

11- Geçen 30 gün içinde aşağıda tabloda yazılan tütün mamullerinden hangilerini kullandınız?

	Evet.....kez	Hayır
	kullandım	kullanmadım
a- Aromalı sigara		
b- Sarma sigara		
c- Elektronik sigara		
d- Nargile		

12- Sizi tütün ve tütün mamullerini (sigara, puro, pipo, çiğneme tütün, nargile, enfiye, Maraş otu vb.) kullanmaya başlatan etken veya etkenler hangileridir?

Aşağıdaki her bir etken için uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
a- Reklam		
b- Televizyon		
c- Sinema		
d- Barlar		
e- Arkadaş çevresi		
f- İçkili toplantılar		
g- Ailede kullanan birinin olması		
h- Yenilik arayışı		
i- Gazete ve dergiler		
j- Sosyal aktivitede değişiklik		
k- Sorunlardan uzaklaşma isteği		
l- Evde tütün ve tütün mamullerinin olması		
m- Evde veya dışarıda kolay ulaşılabilir olması		
n- En yakın üç arkadaşımın en az birinin kullanıyor olması		
o- Bilgisayar, internet (e- mail, msn, facebook, twitter, vs)		
p- Diğer (açıklayınız)		

13- Aile üyelerinizden herhangi birinin sigara alışkanlığı konusunda en uygun seçenek hangisidir?

- a- Evimizde sigara içen kimse yoktur.
- b- Evde sürekli sigara içilir.
- c- Evde ara sıra sigara içilir.
- d- Daha önce içiliyordu ama şimdi içilmiyor.
- e- Diğer (açıklayınız).....

14- Satın alma girişiminde bulunduğunuzda yaşınızın küçük olmasından kaynaklanan yasal bir engelle karşılaştınız mı? Cevabınız "evet" ise kaç kez?

- a- Evet.....kez
- b- Hayır

15. Arkadaş çevrenizde tütün veya tütün ürünleri kullanan var mı? Varsa hangisini kullanıyor?

- a)Evet.....
- b)Hayır

16.Arkadaşlarınızla sigaranızı paylaşır mısınız?

a)Evet

b)Hayır

17. Düzenli spor yapıyor musunuz?

a)evet (Hangi spor?.....)

b)hayır

EK-3

Barkley Çocuk Dikkat Anketi

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Çocuğunuzun Adı _____
Tarih _____ Cinsiyet: Erkek _____ Kız _____

Çocuğunuzun Yaşı: _____ Sınıfı: _____

Çocukla Bağınız: Anne _____ Baba _____ Üvey Anne _____ Üvey Baba _____

Koruyucu Anne _____ Koruyucu Baba _____ Diğer _____

Yaşınız : _____ Eğitiminiz (yıl olarak): _____

Eşinizin Yaşı : _____ Eşinizin Eğitimi (yıl olarak): _____

Yönerge Çocuğunuz aşağıda tanımlanan sıkıntıları ne kadar sıklıkla yaşamaktadır? Lütfen, **SON 6 AYLIK DÖNEMİ** göz önünde bulundurarak her madde için çocuğunuzun davranışını en iyi tanımladığınızı düşündüğünüz rakamı daire içine alınız. Eğer çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik yada psikolojik rahatsızlıktan dolayı ilaç tedavisi görüyorsa, puanlama yaparken **İLAÇ ÖNCESİ DÖNEMİ** baz alarak değerlendiriniz.

	Asla Ya da Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
SCT1. Hayale dalıp gider(Hayal kurmaya yatkınlık)	1	2	3	4
SCT2. Uyanık kalmada ya da harekete geçmede zorlanır.	1	2	3	4
SCT3. Zihni bulanıktır ve şaşkın görünür.	1	2	3	4
SCT4. Boş gözlerle uzun uzun bakar.	1	2	3	4
SCT5. Kafası karışıktır; dikkatini çevresinde olanlara odaklayamaz ve akli başka yerde gibi görünür.	1	2	3	4
SCT6. Diğerlerine oranla kolay yorulur, enerjik değildir.	1	2	3	4
SCT7. Diğer çocuklara oranla hareketsizdir.	1	2	3	4

SCT8. Yavaş hareket eder ya da uyuşuktur (durgundur)	1	2	3	4
SCT9. Soruları ya da yönergeleri diğerleri kadar çabuk ya da doğru bir şekilde anlamıyor gibi görünür	1	2	3	4
SCT10. Uykuludur ya da uykulu bir görünüme sahiptir	1	2	3	4
SCT11. İlgisiz ya da çekingendir, diğerlerine kıyasla aktivitelere daha az katılır.	1	2	3	4
SCT12. Kendi düşüncelerinde kaybolur	1	2	3	4
SCT.13 Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (Çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu sıkıntıların kaç yaşında başladığını belirtiniz _____				
SCT14.Eğer maddelerin çoğunu 3(sık sık) veya 4(çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu durumlardan herhangi biri çocuğunuzun aşağıdaki alanlardan herhangi birinde zorluk yaşamasına neden oldu mu?				
SCT14a. Ev yaşamı	evet		hayır	
SCT14b. Arkadaş ilişkileri	evet		hayır	
SCT14c.Okul	evet		hayır	
SCT14c. Boş zaman etkinlikleri	evet		hayır	

EK-4

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Tarih:

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK-5

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-TUR) (ERGEN FORMU)

Her cümle için Doğru değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız Soyadınız :

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur. Genellikle başkalarıyla (Örn. Yiyecek, oyun, kalem v.s.) paylaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim. Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var. Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever. Dikkatim kolayca dağılır, yoğunlaşmakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım. Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>