



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ ÖĞRENCİLERİN SİGARA İÇME DURUMU
İLE ERİŞKİN TIP DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hüseyin Kangıran

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ ÖĞRENCİLERİN SİGARA İÇME DURUMU İLE
ERİŞKİN TIP DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hüseyin Kangıran

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitiminde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, pozitif enerjisi ve duruşuyla Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu hocama, ilgisi ve bilgisiyle yanımda olan, zorlu tez sürecinde gece gündüz demeden bana yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran hocama teşekkür ederim. Asistanlık sürecimde bana tıbbi anlamda değerler katan Doç. Dr. Nur Demirbaş hocama teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimin her anını güzel hatırlamama vesile olan, bölümüme başladığım andan itibaren tecrübelerini esirgemeyen kıdemlilerime, beraber yol aldığımız eş kıdemlilerime, diğer tüm asistan arkadaşlarıma ve bölüm çalışanlarımıza güler yüzleri için teşekkür ederim. Rotasyonlarımda bizi bölümlerinin öğrencilerinden ayırmayan değerli hocalarıma, servislerde ve polikliniklerde birlikte çalıştığım adını sayamayacağım tüm doktor, hemşire ve personel, öğrenci arkadaşlara teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bugüne kadar her aşamada yanımda olan ve beni destekleyen sevgili aileme teşekkür ederim. Son olarak bu kadim toprakları uğrunda canlarını feda ederek savunan ve bu toprakları bizlere vatan kılan, nihayetinde aziz Türk milletine bu vatani sonsuz bir armağan olarak sunan tüm şehitlerimize teşekkürü borç bilirim.

Hüseyin Kangıran

EYLÜL 2025

ÖZET

BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ ÖĞRENCİLERİN SİGARA İÇME DURUMU İLE ERİŞKİN TIP DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hüseyin Kangıran

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

Amaç: Ülkemizde ve dünya genelinde nikotin bağımlılığı ve tütün ürünleri kullanımı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Amacımız; erişkin popülasyonda çoğunlukla göz ardı edilen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tütün ürünleri kullanımına etkisi ve nikotin bağımlılığı ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır.

Teknolojinin ve sosyal medyanın yaygın kullanımı, sosyal medyada öğrenci gruplarının oluşturduğu grupların çokluğu, ulaşım kolaylığı nedeniyle katılımcılara sosyal medya, internet ortamında ulaşılması amaçlandı. Bu amaçla ‘Google dökümanlar’da oluşturulan anketin linki WhatsApp, Gmail, Yahoo grupları gibi sosyal medya hesaplarından paylaşıldı. Link tıkladığında açılan ankette çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı onaylayanların verileri analiz edildi. Yanısıra NEÜ Tıp Fakültesinde dersliklerde çalışmaya alınma kriterlerine uyan bireylere de sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra yüzyüze olarak anket doldurtuldu.

Anket formunda katılımcıdan sosyodemografik veriler (yaşı, medeni durumu, vb) sorgulandıktan sonra; Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi’ni doldurmaları istendi.

Bulgular: Araştırmaya 361 tıp fakültesi öğrencisi katılmış olup, katılımcıların %54,3’ü erkek, %45,7’si kadındır. Öğrencilerin %25,5’i sigara kullanmaktadır. Sigara içenler arasında yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı oranı %8,7 olarak saptanmıştır. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği toplam puan ortalaması $28,45 \pm 10,66$ olup,

dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $15,32 \pm 5,76$ ve $15,14 \pm 6,37$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı yüksek düzeyde güvenilirlik göstermektedir (Cronbach's $\alpha=0,891$).

Kız öğrencilerin dikkat eksikliği ($15,89 \pm 5,63$), hiperaktivite ($15,84 \pm 6,16$) ve ASRS toplam puanlarının ($29,56 \pm 10,44$), erkek öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla **$p=0,038$** ; **$p=0,022$** ; **$p=0,031$**).

ASRS toplam puanları açısından “iyi” akademik başarı düzeyindeki öğrencilerin toplam ASRS puan ortalaması ($25,72 \pm 10,24$) “orta” başarı düzeyindekilere ($29,93 \pm 9,79$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü (**$p=0,001$**). Benzer şekilde “iyi” başarı düzeyindeki öğrencilerin toplam ASRS puan ortalaması ($25,72 \pm 10,24$), “kötü” başarı düzeyindekilerden ($35,31 \pm 11,85$), “orta” başarı düzeyindeki öğrencilerin ($29,93 \pm 9,79$), “kötü” başarı düzeyindekilerden ($35,31 \pm 11,85$) anlamlı düzeyde daha düşüktü (sırasıyla; **$p<0,01$** , **$p=0,012$**).

Sigara içen öğrencilerin hiperaktivite ($16,03 \pm 6,95$) ve ASRS toplam puanları ($29,50 \pm 11,72$), sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek olsa da; fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

ASRS toplam puanı ile Fagerström toplam puanı arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki gözlemlendi ($r=0,199$; $p=0,057$). Benzer şekilde dikkat eksikliği alt boyutu ve hiperaktivite alt boyutu ile Fagerström puanı arasında da zayıf pozitif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,181$, $p=0,084$; $r=0,197$, $p=0,059$).

Sonuç: Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ile erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasında doğrudan anlamlı bir ilişki saptanmasa da, akademik başarı düzeyi ile DEHB belirtileri arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Ayrıca, üst sınıf öğrencilerinde sigara kullanımının daha yaygın olduğu ve kız öğrencilerin DEHB belirtilerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlendi. Nikotin bağımlılığı düzeyinin düşük olması, erken müdahale için fırsatlar sunarken, öğrenci sağlığının desteklenmesi amacıyla kapsamlı önleyici ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği, halk sağlığı, nikotin kullanımı, hiperaktivite bozukluğu

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING STATUS AND ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG MEDICAL STUDENTS

Dr. Hüseyin Kangıran

THE MASTER THESIS

KONYA – 2025

Aim: Nicotine addiction and tobacco use are serious public health problems in our country and globally. Our aim is to evaluate the impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a disorder often overlooked in the adult population, on tobacco use and its relationship with nicotine addiction.

Materials and Methods: This descriptive study's population consisted of students at Necmettin Erbakan University's Faculty of Medicine.

Due to the widespread use of technology and social media, the abundance of student groups on social media, and ease of access, the aim was to reach participants through social media and the internet. For this purpose, a link to a survey created in Google Docs was shared through social media accounts such as WhatsApp, Gmail, and Yahoo. After clicking the link, the survey opened, information about the study was provided, and data was analyzed from those who agreed to participate. Additionally, individuals who met the inclusion criteria were asked to complete the survey in person in classrooms at the NEÜ Faculty of Medicine after providing verbal and written consent.

The survey form asked participants for sociodemographic information (age, marital status, etc.) and then they were asked to complete the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale and the Fagerstrom Nicotine Dependence Test.

Results: 361 medical school students participated in the study, of which 54,3% were male and 45,7% were female. 25,5% of the students were smokers. A high level of nicotine addiction was found to be 8,7% among smokers. The mean total score on the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Scale was $28,45 \pm 10,66$, and the mean scores for the attention-deficit and hyperactivity subscales were $15,32 \pm 5,76$ and $15,14 \pm 6,37$, respectively.

The internal consistency coefficient of the scale shows a high level of reliability (Cronbach's $\alpha=0,891$).

Attention deficit ($15,89\pm 5,63$), hyperactivity ($15,84\pm 6,16$) and ASRS total scores ($29,56\pm 10,44$) were found to be significantly higher in female students compared to male students ($p=0,038$; $p=0,022$; $p=0,031$, respectively).

In terms of total ASRS scores, the mean total ASRS score of students with “good” academic achievement ($25,72\pm 10,24$) was significantly lower than that of those with “average” achievement ($29,93\pm 9,79$) ($p=0,001$). Similarly, the mean total ASRS score of students with “good” achievement ($25,72\pm 10,24$) was significantly lower than that of those with “poor” achievement ($35,31\pm 11,85$) ($p<0,01$). In addition, the mean total ASRS score of students with “average” achievement ($29,93\pm 9,79$) was significantly lower than that of those with “poor” achievement ($35,31\pm 11,85$) ($p=0,012$).

Although the hyperactivity ($16,03\pm 6,95$) and ASRS total scores ($29,50\pm 11,72$) of the smoking students were higher than those of the non-smokers, the difference was not found to be statistically significant ($p>0,05$).

A weak positive correlation was observed between the ASRS total score and the Fagerström total score ($r=0,199$; $p=0,057$). Similarly, a weak positive correlation was found between the attention deficit subscale and the hyperactivity subscale and the Fagerström score ($r=0,181$, $p=0,084$; $r=0,197$, $p=0,059$ respectively).

Conclusion: While this study found no direct significant relationship between cigarette smoking and symptoms of adult-type attention deficit hyperactivity disorder among medical students, a significant inverse relationship was found between academic achievement and ADHD symptoms. Furthermore, smoking was more prevalent among upper-class students, and female students had higher ADHD symptoms than males. While low levels of nicotine addiction provide opportunities for early intervention, it is crucial to develop comprehensive prevention and rehabilitation programs to support student health.

Key words: attention deficit, public health, nicotine use, hyperactivity disorder

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	4
ÖZET	5
ABSTRACT	7
TABLolar LİSTESİ.....	10
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	10
1. GİRİŞ ve AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1. SİGARA.....	12
2.1.1. Sigaranın Tanımı.....	12
2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi.....	12
2.1.3. Sigaranın Sağlığa Zararları.....	13
2.1.4. Nikotin.....	15
2.1.5. Nikotin Bağımlılığı.....	15
2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	16
2.2.1. Epidemiyoloji.....	16
2.2.2. Etiyoloji.....	17
2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular.....	19
2.2.4. Tanı.....	20
2.2.5. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	22
2.2.6. Ayrıncı Tanı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	22
2.2.7. Tedavi.....	23
2.3. DEHB ve SİGARA İLİŞKİSİ.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri	25
3.4. Etik Kurul Onayı.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	25
3.5.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	26
3.5.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	26
3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇLAR	39
7. ÖNERİLER.....	40
8. KAYNAKLAR	41
9. EKLER	51

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Sigara içenlerin Fagerstrom puanına göre dağılımı

Tablo 3. ASRS ölçeği ve alt boyutlarının ortalama puanı ve Cronbach's Alpha Değeri

Tablo 4. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verilerine göre ASRS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

Tablo 5. Sigara içenlerde erişkin DEHB toplam ve alt boyut puanları ile FNBT puanı arasındaki korelasyon analizi

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

FDA: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Nikotin bağımlılığı, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta olup, tütün kullanımına bağlı hastalıklar ve ölümler, küresel sağlık açısından en büyük tehditlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tütün kullanımını, önlenemez ölüm nedenlerinin başında saymakta ve bu alanda yapılan sağlık politikalarının etkinliğini sürekli olarak vurgulamaktadır (1).

Tıp fakültesi öğrencileri, toplumun sağlık alanında rol model olarak kabul ettiği bireyler olmalarına rağmen, sigara kullanım oranlarının bu grupta da dikkat çekici boyutlarda olduğu görülmektedir (2). Tıp öğrencilerinin bilgi düzeylerinin yüksek olmasına rağmen, çeşitli psikososyal faktörlerin etkisiyle sigara kullanımına yönelebildikleri fark edilmektedir (3). DEHB sigara ve değişik bağımlılıklarda tetikleyici faktörlerden biri olarak anılmaya başlamıştır. DEHB, çoğunlukla çocukluk döneminde tanısı konulan, ancak yetişkinlik döneminde de etkilerini sürdürebilen bir nörogelişimsel bozukluktur (4). Erişkinlerde DEHB'nin; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi belirtiler yoluyla yaşam kalitesini azaltabileceği, ayrıca bireylerin psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini de olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir (5). Bir araştırmada, DEHB tanısı almış yetişkin bireylerde sigara içme prevalansının, DEHB tanısı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu, DEHB'ye eğilimli bireylerin sigara kullanımına yaşlarına göre daha erken dönemde başladığı ve sigarayı bırakmada daha fazla güçlük yaşadıkları gösterilmiştir (6). Sigara bağımlılığı ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların kısıtlı olması bu konuda yapılan yeni çalışmaların önemini artırmaktadır. İşte bu nedenle bu çalışmanın amacı, bir tıp fakültesinde öğrenim gören öğrenciler arasında sigara içme yaygınlığını belirlemek ve sigara içme ile Erişkin Tıp DEHB arasındaki olası ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SİGARA

Sigara, bir dizi bulaşıcı olmayan hastalığın ve önlenebilir ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve her yıl 7 milyondan fazla ölüme, ayrıca tütünle ilişkili hastalıklardan kaynaklanan sakatlıklara ve uzun süreli acılara neden olmaktadır (7).

2.1.1. Sigara Tanımı

Tütün ürünleri, “tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş; hammadde olarak tamamen ya da kısmen tütün yaprağından elde edilen maddeler” olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan başlıca tütün ürünleri arasında sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün ve çiğneme tütünü yer almaktadır. Bu ürünler içerisinde en yaygın kullanım sigaraya aittir; bu nedenle “tütün” ve “sigara” terimleri çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır. Türkiye’de de en çok tüketilen tütün ürünü sigara olup, bunun yanında nargile, az miktarda puro ve pipo ile bazı bölgelerde sarma tütün ve Maraş otu kullanımı da görülmektedir (8).

2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı, tüm dünyada önlenebilir ölüm ve hastalıkların en önde gelen nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 1,3 milyar kişi tütün ürünü kullanmakta olup, bu bireylerin büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl tütün kullanımına bağlı nedenlerle yaklaşık 8 milyon kişi hayatını kaybetmekte; bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan kullanıcıları, 1,3 milyonu ise pasif içiciliğe maruz kalan bireyleri kapsamaktadır. Küresel tütün kullanım prevalansı 2000’li yıllardan bu yana düşüş eğilimindedir. 2000 yılında %33 olan global tütün kullanımı oranı, 2020 itibarıyla %22,3’e gerilemiştir (9). Bununla birlikte, özellikle gençler arasında elektronik sigara gibi yeni tütün ve nikotin ürünlerinin kullanımı endişe verici şekilde artmaktadır (10).

Türkiye’de ise tütün kullanımı uzun yıllar boyunca halk sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olmuştur. 2008 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun sonrasında tütün kullanımında geçici bir azalma sağlanmışsa da, son yıllarda bu oranda yeniden artış gözlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verilerine göre, her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında %28 iken 2022 yılında artarak %28,3 olmuştur. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerde sigara içme prevalansı kadınlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir; bu oranın 2022 yılında

erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu tespit edilmiştir (11). Ayrıca, Türkiye’de tütün kullanımı genç yaş gruplarında da yaygındır. 13–15 yaş aralığındaki gençler arasında tütün ürünü kullanım oranı yaklaşık %7,7 olarak rapor edilmiştir (12).

2.1.3. Sigaranın Sağlığa Zararları

Tütün kullanımı, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli sağlık sorunlarına yol açmakta olup, birçok hastalık ve erken ölüme neden olmaktadır. Bu durumun başlıca sonuçları arasında kardiyovasküler hastalıklar, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) yer almaktadır (8).

Sigara kullanımı yalnız başına koroner kalp hastalığı (KKH) riskinde bağımsız bir artışa yol açmaktadır. Buna ek olarak, hipertansiyon ve dislipidemiyle birlikte var olduğunda riskin katlanarak yükseldiği görülmektedir. Örneğin, hiperkolesterolemi ve hipertansiyonu olan bireylerde sigara kullanımının KKH’ye bağlı mortalite oranlarını yaklaşık 9-10 kat artırdığı bildirilmiştir (13). Diğer bir çalışmada ise, düşük kolesterol düzeylerine sahip erkeklerde sigara kullanımı, iskemik kalp hastalığı olaylarının %41’inden sorumlu bulunmuştur (14).

Sigara dumanı, 7.000’den fazla kimyasal madde içerir ve bunların en az 69 tanesi kanserojen olarak tanımlanmıştır (15). Sigara, özellikle akciğer kanseri bakımından en güçlü risk faktörüdür; sigara içen kişilerin akciğer kanseri geliştirme riski sigara içmeyenlere göre yaklaşık 10-15 kat daha yüksektir (16). Buna ek olarak, sigara kullanımı baş-boyun bölgesi (ağız, farinks, larinks), özofagus, pankreas, böbrek, mesane, karaciğer, mide, kolon-rektum, serviks ve akut miyeloid lösemi gibi birçok kanser türü ile ilişkilidir (17).

Sigara dumanı, içerdiği toksik kimyasallar nedeniyle Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’na (KOAH) yol açar. Uzun süreli maruziyet bronş epitelinde goblet hücre hiperplazisi, siliyer disfonksiyon ve bazal hücre proliferasyonu ile karakterize metaplazik değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler mukus üretimini artırırken mukosiliyer temizlenmeyi bozar. Ayrıca epitel bütünlüğünün kaybı ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu, alveoler duvar destrüksiyonu ile amfizeme zemin hazırlar. Sonuçta hava akımı kısıtlanması gelişir ve geri dönüşsüz hale gelir. (18).

Sigara kullanımı sindirim sistemi boyunca çok sayıda olumsuz etkiye yol açar. Ağızda epitel hasarı, diş eti inflamasyonu ve periodontal hastalık riskini artırır. Özofagusta kronik irritasyon sonucu skuamöz hücre metaplazisi ve özofagus kanseri riski artar. Mide mukozasında asit sekresyonunu artırıp mukus üretimini azaltarak gastrit ve peptik ülser gelişimine katkıda

bulunur. Barsaklarda kan akımını azaltarak mukozal iyileşmeyi bozar. Ayrıca nikotin, gastrointestinal motiliteyi değiştirerek reflü ve dispeptik semptomları kötüleştirir (19).

Sigara kullanımı, kemik metabolizmasını olumsuz yönde etkileyerek osteoporoz gelişme riskini artırmaktadır. Nikotin ve diğer toksik bileşenler, osteoblast aktivitesini baskımlarken osteoklast aracılı kemik rezorpsiyonunu artırır ve kalsiyum emilimini azaltır. Ayrıca, östrojen düzeylerini düşürerek kemik mineral yoğunluğunun azalmasına yol açar. Sigara içen bireylerde kırık iyileşme süreci uzar ve kalça ile omurga gibi bölgelerde osteoporotik kırıkların görülme sıklığı artar. Uzun süreli sigara kullanımı, kemik kaybını hızlandırarak yaşa bağılı osteoporozun ilerlemesini derinleştirir. (20).

Sigara kullanımı, serebrovasküler hastalıklar ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde önemli olumsuz etkilere sahiptir. Nikotin ve diğer toksik maddeler, endotel disfonksiyonu ve inflamasyonu artırarak ateroskleroza hızlandırmakta ve inme riskini yükseltmektedir. Kronik sigara maruziyeti, serebral kan akımını azaltarak küçük damar hastalığı gelişimine zemin hazırlar. Ayrıca, oksidatif stres ve nöroinflamasyon yoluyla nöronal dejenerasyonu tetikleyerek Alzheimer hastalığı ve diğer demans türlerinde bilişsel gerilemeyi hızlandırır. Sigara içen bireylerde hafıza, dikkat ve yürütücü fonksiyonlarda belirgin bir düşüş gözlenmektedir. Pasif içicilik de benzer riskleri artırabilmektedir. (21).

Sigara kullanımı, bir bağımlılık türü olarak değerlendirilmekte olup, DSÖ tarafından sigara bağımlılığı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Sigara, diğer bağımlılık yapıcı maddeler kadar güçlü bir bağımlılık potansiyeline sahiptir. Bu bağımlılığın temel mekanizması, nikotinin etkisiyle tetiklenen dopamin salınımına dayanmaktadır. Bu süreç, sigaranın haz verici etkisini ortaya çıkararak kullanıcıların bu haz duygusunu tekrar deneyimleme isteğini artırmaktadır. Başlangıçta haz sağlamak amacıyla bilinçli olarak kullanılan sigara, zamanla bağımlılığa dönüşmekte ve kullanım istem dışı bir şekilde devam etmektedir (8).

Sigara kullanımı, ateroskleroz ve periferik dolaşım bozukluklarının önde gelen risk faktörlerinden biridir. Sigara dumanında bulunan nikotin ve serbest radikaller, endotel hücrelerine zarar vererek damar içi inflamasyonu ve oksidatif stresi artırır. Bu durum, damar duvarında plak oluşumunu hızlandırmakta ve elastikiyetin azalmasına yol açmaktadır. Arteriyel daralma ve trombosit aktivasyonu, kan akışını kısıtlayarak periferik dokularda oksijen ve besin yetersizliğine sebep olur. Sonuç olarak, periferik arter hastalığı, bacaklarda ağrı ve yavaş iyileşen yaralar gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Kronik sigara

kullanımında bu süreç ilerleyerek ekstremitelerde ciddi iskemi ve nekroz riskini artırmaktadır. (22, 23).

Hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığı, cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Sigaranın overler ve testisler üzerindeki olumsuz etkileri, infertilite gelişiminde önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Sigara kullanan bireylerde infertilite, sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir. Gebe olmayan kadınlarda ise sigara içiminin menstrual siklus düzensizlikleri, osteoporoz gelişimi, normalden daha erken menopoza ve jinekolojik kanserler gibi çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır (24).

Gebelik öncesi veya sırasında sigara içmek, anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Sigara kullanımı; plasenta previa, plasental dekolman, ektojik gebelik ve anormal doğum kanaması gibi komplikasyonlara yol açabilir. Ayrıca, fetüsün gelişimini olumsuz etkileyerek düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve doğum kusurları riskini artırır. Sigara içen annelerin bebeklerinde, dudak ve damak yarığı gibi doğumsal anomaliler daha yaygındır. Sigara kullanımı ayrıca fetüsün akciğer ve beyin gelişimini olumsuz etkileyerek uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabilir. Gebelik sırasında sigara içmek, Ani Bebek Ölümü Sendromu riskini de artırır. Sigara içmenin bu olumsuz etkileri, gebelik sırasında sigarayı bırakmakla azaltılabilir. Gebelik öncesi veya sırasında sigarayı bırakmak, anne ve bebek sağlığını korumak için önemlidir (25).

2.1.4. Nikotin

Nikotin, bitkisel kökenli, organik bir alkaloiddir; renksizdir ve buharlaşabilir. Sigara dumanında bulunan nikotinin büyük bir kısmı, yanma sürecinde parçalanır ya da diğer biyoaktif olmayan ürünlere dönüşür. Sigara dumanı havayollarına çekilirken, nikotin gaz fazından akciğerin bronşiyolları ve alveolleri aracılığıyla kana geçer; buradan vasküler dolaşım ile beyne ulaşması yaklaşık 10-20 saniye sürer. Vücutta nikotinin plazma yarılanma ömrü genellikle yaklaşık 2 saat civarındadır; bu süre içinde karaciğer başta olmak üzere metabolik yollarla özellikle Sitokrom P450 2A6 enzim sistemi aracılığıyla metabolize edilerek aktif olmayan metabolitlere dönüşür (26).

2.1.5. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin, kan-beyin bariyerini hızla geçerek nikotinic asetilkolin reseptörleriyle etkileşir. Nikotin, beyinde dopaminerjik ödül yollarını aktive ederek bağımlılığa neden olur. Özellikle ventral tegmental alan dopamin nöronları, nikotinerjik asetilkolin reseptörlerinin $\alpha 4$ ve $\beta 2$ alt

birimlerini içeren heteromerik tipleri ($\alpha 4\beta 2$) tarafından uyarılır ve bu reseptörlerin aktivasyonu, dopamin salınımını tetikleyerek ödül hissi oluşturur. Nikotinin tekrar tekrar alınmasıyla bu reseptörlerde desensitizasyon ve daha sonra reseptör sayısında artış gözlemlenir; bu durum, nikotin yokken oluşan yoksunluk belirtilerinin şiddetini ve sigara arzusunu artırır (27).

Nikotin bağımlılığını değerlendirmek amacıyla çeşitli testler geliştirilmiştir. Bu testler arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT), Sigara Ağırlık İndeksi (HSI), Sigara Bağımlılığı Ölçeği (CDS), Nikotin Bağımlılığı Sendromu Ölçeği (NDSS), Wisconsin Sigara Bağımlılığı Dürtüleri Envanteri (WISDM), Nikotin Bağımlılığı için Fagerström Testi (FTND-ST) yer almaktadır. Bu testler içinde en yaygın olarak kullanılanı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir. Bu test, Karl O. Fagerström tarafından geliştirilmiş, daha sonra Heatherton ve çalışma arkadaşları tarafından yeniden düzenlenerek güncellenmiştir. Altı sorudan oluşan testin toplam puanı 0 ile 10 arasında değişmektedir (28, 29).

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu nörogelişimsel bir bozukluktur ve çocukluk döneminde başlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi gelişimsel düzene uygun olmayan belirtilerin kalıcı olarak görülmesiyle karakterizedir. Bozukluk, yaşamın akademik, sosyal ve mesleki alanlarında işlevselliği önemli ölçüde etkileyebilir (30). DEHB'nin çocuklarda %5'ten biraz fazla görüldüğü ve belirtilerin çoğunun ergenlik ve yetişkinlik dönemine kadar devam edebildiği bildirilmiştir. DEHB, bu özellikleri nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu nedenle tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir (31).

2.2.1. Epidemiyoloji

DEHB, çocukluk dönemi nörogelişimsel bir bozukluk olup, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Dünya genelinde DEHB prevalansı, farklı araştırmalar ve tanı kriterleriyle değişiklik göstermekle birlikte, yaklaşık olarak %5-7 civarındadır (32). Ancak, bu oran bazı bölgesel ve kültürel farklar gösterebilir. Gelişmiş ülkelerde, özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa'da prevalans daha yüksek bulunurken, Asya ve Afrika gibi gelişmekte olan bölgelerde daha düşük prevalansa rastlanmaktadır (33). Erkeklerde DEHB daha yaygınken, kadınlar genellikle daha az belirgin semptomlar sergileyebilir ve bu durum genellikle tanılarının geç konmasına yol açabilir (34). Türkiye'deki bir çalışmaya göre, 6-14 yaş arasındaki çocuklarda DSM-IV kriterlerine göre DEHB'nin yaygınlığı %8-12,7 arasında değişmektedir. Ayrıca, erkek çocuklarda DEHB'nin, kız çocuklara göre daha sık görüldüğü rapor edilmiştir

(35). Ayrıca, DEHB'nin yetişkinlikte de devam edebileceği, ancak semptomların şiddetinin yaşla birlikte azaldığı belirtilmiştir (36). DEHB'nin prevalansı, kültürel algılar ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlere bağlı olarak da değişkenlik gösterebilir. DEHB tanısı için farklı ülkelerde kullanılan tanı kriterleri de prevalansı etkileyen önemli bir faktördür (32).

Yetişkinlerde DEHB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmaların genellikle yetersiz olduğu görülmüştür. DEHB'nin doğru biçimde örneklenmesinin güç olduğu belirtilmiştir, çünkü bu bozukluğun çoğu zaman diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla karıştığı saptanmıştır. Ayrıca, evsiz bireyler ve cezaevinde bulunanlar gibi özel gruplarda DEHB vakalarına rastlanması, genel popülasyona ait prevalans ve etki düzeylerinin sağlıklı bir biçimde yansıtılmasını zorlaştırmıştır. Bu nedenlerle, yetişkinlerde DEHB'nin yaygınlığı ve klinik özelliklerini daha iyi ortaya koyabilmek için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (37).

2.2.2. Etiyoloji

DEHB, nörogelişimsel bir bozukluk olup etiyolojisi genetik, nörobiyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin karmaşık etkileşimiyle şekillenir. Bu faktörlerin hiçbiri tek başına hastalığı açıklamakta yeterli değildir, ancak birlikte etki ederek risk oluştururlar (38).

Genetik

DEHB'nin oluşumunu açıklayan tek bir genetik belirteç saptanamamış olmakla birlikte, bozukluğun genetik aktarımı, birçok diğer psikiyatrik hastalığa kıyasla daha yüksek düzeydedir. Genetik aktarımda en fazla etkili olduğu düşünülen genler arasında Dopamin Taşıyıcı Protein (DAT1) geni ile Dopamin Reseptör 4 (DRD4) geninin 7 tekrar aleli öne çıkmaktadır (39).

Nörobiyolojik Etmenler

Görüntüleme çalışmaları, DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve erişkin bireylerde hem yapısal hem de işlevsel düzeyde çeşitli beyin anormalliklerinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Bazı çalışmalar, frontostriatal ağın DEHB'nin patofizyolojisine katkıda bulunan olası bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu ağ; lateral prefrontal korteks, dorsal anterior singulat korteks, kaudat çekirdeği ve putamen gibi yapıları içermektedir. DEHB tanısı konmuş bireylerde, toplam serebral hacimle birlikte prefrontal kortekste, bazal gangliyonlarda (striatum), dorsal anterior singulat kortekste, korpus kallozumda ve serebellumda belirgin hacim azalmaları gözlemlenmiştir (40).

DEHB'li çocuklara yönelik korteks gelişimi çalışmalarında, beyin olgunlaşmasının belirgin biçimde geciktiği saptanmıştır; bu çocuklarda gri madde hacminin zirveye ulaşması, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla yaklaşık üç yıl daha geç gerçekleşmiştir. Gecikme, dikkat ve motor planlama dahil olmak üzere bilişsel süreçlerin kontrolünde önemli olan prefrontal bölgelerde en belirgin şekilde görülmüştür (41). Bazal gangliyonlar, insula ve serebellum dahil olmak üzere telafi edici ağların, DEHB hastalarında nispeten daha düşük bilişsel yük görevlerinden sorumlu olduğu gözlemlenmiştir (42).

Orbitofrontal korteks (OFC), dürtüsellik ve karar verme süreçleriyle ilişkili bir beyin bölgesidir. DEHB'de, OFC işlevlerinde çeşitli bozulmalar meydana gelebilir ve bu durum dürtüsel davranışların ortaya çıkmasına yol açabilir. OFC'nin işleyişi; dopamin, serotonin, noradrenalin, glutamat ve gama-aminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler tarafından düzenlenmektedir. Dopaminin dikkati artırıcı ve hiperaktiviteyi azaltıcı etkileri olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde, noradrenalinin de dürtüsellüğün kontrolü ve yürütücü işlevlerin desteklenmesinde önemli bir rol oynadığı öne sürülmektedir. DEHB patogenezinde özellikle dopamin ve noradrenalin dengesizliklerinin etkili olduğu görüşü, bu nörotransmitterlerin düzeylerini artıran ilaçların DEHB tanısı alan bireylerde belirtileri azaltmasıyla desteklenmektedir (43, 44).

Çevresel Etmenler

DEHB'nin patogenezinde doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası çevresel faktörler önemli bir rol oynar. Doğum öncesi alkole maruz kalan çocuklar hiperaktif, yıkıcı, dürtüsel hale gelebilir ve bir dizi psikiyatrik bozukluk için artmış risk altındadır (45, 46).

Annenin sigara içmesi, DEHB için 2,7 kat artmış bir risk oluşturur ve hamilelik sırasında annenin sigara içmesi ile hiperaktivite arasında bir doz-cevap ilişkisi bildirilmiştir (47). Bu, dopaminerjik aktiviteyi düzenleyen nikotinik reseptörler üzerindeki bir etkiye bağlı olabilir. Dopaminerjik bozulmanın DEHB patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (48).

Gebelik ve doğuma ilişkin çeşitli komplikasyonların (sağlıksız anne, anne yaşı, gebelik toksemisi, eklampsi, postmatürite, doğum süresinin uzaması, postpartum kanama ve fetal distres) DEHB ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca intrauterin gelişim geriliği, gebelik döneminde annenin antidepresan veya antihipertansif ilaç kullanımı, annede folat eksikliği, düşük doğum ağırlığı ve prematürite gibi faktörler de DEHB gelişimiyle ilişkilendirilmektedir (49, 50).

Kurşun, manganez, cıva, organoklor, organofosfat, maruziyeti çeşitli yollarla DEHB gelişimine yol açtığı gösterilmiştir (50).

Doğum sonrası faktörler arasında, DEHB'de yetersiz beslenme ve diyet eksikliklerinin rolü olduğu öne sürülmüştür. Esansiyel yağ asidi (omega-3 ve omega-6) alımındaki dengesizliğin ve demir eksikliğinin de DEHB gelişiminde potansiyel olarak rol oynadığı öne sürülmüştür ancak DEHB etyolojisinde bu eksikliklerin etkisi net olarak ortaya henüz konulamamıştır (51, 52). Bunların yanında hamilelik süresince annenin stres düzeyinin yüksek olması da DEHB için bir risk etmenidir (53).

2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

DEHB'nin klinik tablosu, temel olarak dikkat süresinde azalma, aşırı hareketlilik ya da enerji düzeylerinde artış ve davranış kontrolünde yetersizlik ile karakterizedir. Bu belirtiler çocukluk döneminde başlamakta olup, yetişkinlik dönemine kadar devam edebilmektedir (54).

Dikkat eksikliği belirtileri, genellikle ayrıntılara özen göstermeme, dikkat dağınıklığı, verilen yönergeleri tam uygulayamama ve günlük görevleri tamamlamada zorluk şeklinde ortaya çıkar. Bu bireyler, sıklıkla eşyalarını kaybeder, dış uyaranlara kolayca tepki gösterir ve günlük yaşamda unutkanlık yaşayabilir (54). Ayrıca uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma ya da bu görevlere isteksizlik gösterme de dikkat eksikliği belirtileri arasında yer alır (55).

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ise bireyin yerinde duramaması, sık sık ellerini ayaklarını oynatması, uygun olmayan yerlerde koşma veya tırmanma davranışları ve sessiz kalmakta zorlanması şeklinde görülebilir. Bu kişiler genellikle çok konuşur, sorular tamamlanmadan cevap verir ve sırasını beklemekte güçlük çeker (54). Ayrıca başkalarının sözünü kesme ya da oyun ve etkinliklere müdahale etme gibi davranışlar da hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerine eşlik edebilir (55).

Yetişkinlik döneminde DEHB belirtileri farklılık gösterebilir. Hiperaktivite dışı dönük fiziksel hareketlilikten ziyade, içsel huzursuzluk veya bir türlü gevşeyememe hissi olarak hissedilir. Yetişkinlerde ayrıca yürütücü işlev bozukluklarına sıklıkla rastlanmaktadır; bu durum, planlama yapma, zamanı etkili kullanma, görevler arasında geçiş yapma ve öncelik belirleme gibi bilişsel becerilerde yetersizlik anlamına gelmektedir (36). Aynı zamanda duygusal düzenleme güçlükleri örneğin çabuk sinirlenme, dürtüsel tepkiler verme, duygusal dalgalanmalar da yetişkin DEHB'sinde sık karşılaşılan semptomlardandır (56).

DEHB genellikle başka psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterir. En sık eşlik eden durumlar arasında anksiyete bozuklukları, depresyon, öğrenme güçlükleri ve davranım bozuklukları yer almaktadır (55). Sosyal ilişkilerde yaşanan güçlükler, düşük akademik veya mesleki başarı ile azalmış özsaygı da, bozukluğun uzun vadeli etkileri arasında yer almaktadır (36, 56).

2.2.4. Tanı

DEHB tanısı, klinik değerlendirmeye dayalı bir tanıdır; herhangi bir laboratuvar testine ya da biyolojik belirtece dayalı tanı yöntemi bulunmamaktadır. Tanı süreci, bireyin semptomlarının gözlemlenmesi, tıbbi öyküsünün detaylı biçimde incelenmesi ve belirtilerin kapsamlı bir değerlendirmeyle analiz edilmesini içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir. Bu değerlendirme, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın beşinci baskısı (DSM-5) doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

1994 yılında yayımlanan DSM-4'e göre DEHB, "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmış ve üç alt tipe ayrılmıştır: "Dikkatsizliğin baskın olduğu tip", "Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu tip" ve "Bileşik tip" olarak ifade edilmiştir.

DSM-5 ise DEHB'yi "Nörogelişimsel Bozukluklar" kategorisi altında tanımlamakta ve tanı koymak için 18 kriteri öne sürmektedir. DSM-4'te belirtilerin 7 yaşından önce başlaması gerektiği belirtilmişken, DSM-5 ile bu yaş sınırı 12'ye çıkarılmış; ayrıca semptomların en az altı ay süreyle devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır (54).

DSM-V DEHB Tanı Kriterleri (54)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/veya(2) ile belirli, işlevselliği veya gelişimi bozan, devam eden bir dikkatsizlik ve/veya da dürtüsellik-aşırı hareketlilik örüntüsü:

1) Dikkatsizlik: Aşağıdaki 9 belirtiden en az 6'sı 17 yaş altı çocuklar için; en az 5'i 17 yaş ve üzeri bireyler için, en az 6 ay boyunca görülmeli ve gelişim düzeyine göre uyumsuzluk oluşturmalıdır:

a. Çoğu zaman detaylara özen göstermez ve okulda, işte veya diğer etkinliklerde dikkatsizlik nedeniyle hata yapar.

b. Çoğu zaman görevleri veya oyun aktivitelerini sürdürmekte zorlanır, dikkatini odaklamakta güçlük çeker.

- c. Çoğu zaman kendisiyle doğrudan konuşulmasına rağmen dinlemediği gibi görünür.
- d. Çoğu zaman verilen talimatlara uymaz ve okul görevlerini, ev işlerini ya da iş yerindeki sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e. Çoğu zaman görevlerini ve etkinliklerini planlama ve organize etmede zorluk yaşar.
- f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür görevlerden hoşlanmaz veya isteksizdir.
- g. Çoğu zaman görev veya aktiviteler için gerekli olan eşyalarını (örneğin defter, kalem, araç gereçler) kaybeder.
- h. Çoğu zaman çevresel uyaranlara kolayca dikkati dağılır.
- i. Çoğu zaman günlük aktivitelerinde unutkanlıktır.

(2) Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Aşağıdaki 9 belirtiden en az 6'sı 17 yaş altı çocuklar için; en az 5'i 17 yaş ve üzeri bireyler için, en az 6 ay boyunca görülmeli ve gelişim düzeyine göre uyumsuzluk oluşturmamalıdır:

- a. Çoğu zaman elleriyle oynar, ayaklarını sallar ya da oturduğu yerde kıpırdanır.
- b. Çoğu zaman oturması beklenen durumlarda yerinden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz ortamlarda koşar ya da tırmanır.
- d. Çoğu zaman, boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e. Çoğu zaman sürekli hareket hâlinindedir; "motor takılmış gibi" davranır.
- f. Çoğu zaman aşırı konuşur.
- g. Çoğu zaman soru tamamlanmadan önce cevap verir.
- h. Çoğu zaman sırasını beklemekte zorlanır.
- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. Dikkat eksikliği ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri 12 yaşından önce başlamış olmalıdır.

C. Belirtiler en az iki ya da daha fazla ortamda (örn. evde, okulda, iş yerinde) gözlemlenmelidir.

D. Bu belirtiler bireyin sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açmalıdır.

E. Belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk ile ilişkili değildir ve farklı bir durumla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde hem dikkat eksikliği (A1) hem de hiperaktivite/dürtüsellik (A2) kriterleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde yalnızca dikkat eksikliği (A1) kriterleri karşılanmıştır.

Aşırı hareketliliğin/ dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde yalnızca hiperaktivite/dürtüsellik (A2) kriterleri karşılanmıştır. (54)

2.2.5. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluk döneminde başlayan ve bazen yetişkinlikte devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Yetişkinlerde, DEHB genellikle daha az belirgin hiperaktivite ile kendini gösterir ve içsel huzursuzluk, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı gibi belirtilerle öne çıkar (36). Çoğu birey, zaman yönetimi, görev tamamlama ve organizasyon gibi yürütücü işlevlerde zorluklar yaşar (56). DEHB'li yetişkinlerde; sosyal ilişkilerde zorluklar, düşük özsaygı, iş/okul başarısızlıkları ve duygusal dengesizlikler sık görülür (58). Ayrıca, depresyon, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar da yaygın olarak gözlemlenir (59).

Erişkin tip DEHB tanısı, DSM-5'e göre çocuklarda olduğu gibi belirlenmektedir, ancak belirtilerin 6-12 yaşları arasında mevcut olması gerekmektedir. Bununla birlikte, yetişkinlerde belirgin semptomlar daha silik olabilir ve genellikle kararsızlık, ruh hali dalgalanmaları ya da özgüven eksikliği gibi farklı şekillerde kendini gösterebilir. Ayrıca, hiperaktivite semptomları yetişkinlikte genellikle daha iyi yönetilebilse de, bu durum bireyin daha fazla dürtüsellik ve dikkatsizlik eğilimlerini ortaya koymasına neden olabilir (60).

2.2.6. Ayırıcı Tanı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB ile ayırıcı tanı yaparken, özellikle çocuklukta ve yetişkinlikte benzer belirtileri olan bir dizi başka psikiyatrik bozukluk göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bozukluklardan biri özellikle anksiyete bozukluklarıdır; çünkü dikkat dağınıklığı, unutkanlık ve görevlerde zorlanma gibi belirtiler anksiyete ile de ortaya çıkabilir (55).

Bipolar bozukluk da DEHB ile benzer belirtiler gösterebilir; özellikle dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkat sorunları iki bozukluk arasında ortak özelliklerdir (55). Ancak bipolar bozuklukta belirtiler epizodik ve dönemsel iken, DEHB semptomları kronik ve sürekli (61).

Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu çocuk ve ergenlerde DEHB'ye en sık eşlik eden davranışsal bozukluklardan biridir (62). Öğrenme güçlüğü, özellikle özgül öğrenme bozuklukları, DEHB olan bireylerde yaygındır ve akademik başarıyı olumsuz etkileyebilir (63).

Otizm spektrum bozuklukları da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır; her iki durumda dikkat sorunları görülse de, otizmde sosyal iletişim güçlükleri daha belirgindir (64).

Erişkinlerde DEHB'ye madde kullanım bozukluğu sık eşlik eder ve bu durum tanıyı ve tedavi sürecini zorlaştırabilir (65). Uyku bozuklukları, özellikle uykuya dalma güçlüğü ve huzursuzluk, DEHB semptomlarını taklit edebilir ya da şiddetlendirebilir (66). Tüm bu nedenlerle, DEHB tanısı multidisipliner bir değerlendirme ile diğer psikiyatrik bozukluklar dışlanarak ve klinik gözlemlerle konulmalıdır (67).

2.2.7. Tedavi

DEHB'de değişik tedavi modaliteleri söz konusudur:

a-İlaç tedavisi

DEHB tedavisinde en yaygın şekilde başvuru farmakolojik ajanlar psikostimülanlardır; bu grup içerisinde en sık kullanılan ise metilfenidattır (68). Metilfenidat özellikle prefrontal kortekste dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek sinaptik aralıkta bu nörotransmitterlerin artmasını sağlar. Bu mekanizma sayesinde dikkat süresi uzar, hiperaktivite ve dürtüsellik azalır (69).

b-Psikoterapi:

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), özellikle ergenler ve yetişkinlerde dikkat, zaman yönetimi ve dürtü kontrolü gibi alanlarda işlevselliği artırabilir (70). Ayrıca BDT, DEHB'ye sıklıkla eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarının tedavisinde de etkilidir (71). Genel olarak, psikoterapi ilaç tedavisini tamamlayıcı bir müdahale olarak görülmekte ve özellikle çoklu sorun alanı olan bireylerde önerilmektedir (72).

2.3. DEHB VE SİGARA İLİŞKİSİ

DEHB tanılı bireylerde öz denetim sorunları, dürtü kontrol bozukluğu ve riskli davranışlara eğilim yaygındır (73). Bu özellikler, bağımlılık yapıcı maddelere, özellikle nikotin içeren ürünlere yönelimi artırabilmektedir (74). DEHB tanılı bireylerde sigara içme oranları, DEHB olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (104). Ayrıca sigaraya başlama yaşı da daha erken olmakta ve bu bireyler sigarayı bırakma konusunda daha fazla güçlük yaşamaktadır (75). Nörobiyolojik olarak incelendiğinde, DEHB'de dopamin ve noradrenalin düzeylerinde düzensizlikler olduğu bilinmektedir (76). Nikotin, dopamin salınımını artırarak bu dengesizliği geçici olarak düzeltebilir ve bu nedenle bazı DEHB'li bireyler nikotini "öz ilaç" olarak kullanabilir. Bu durum, nikotin bağımlılığının gelişme riskini artıran bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (77). DEHB ile ilişkili dürtüsellik ve dikkat eksikliği, bireyin uzun vadeli zararları göz ardı ederek ani haz arayışına yönelmesine neden olabilir ve bu da sigara kullanımına katkı sağlar (78, 104). Sigara bırakma girişimleri açısından değerlendirildiğinde, DEHB'li bireyler genel nüfusa kıyasla daha fazla bırakma denemesi yapmalarına rağmen, başarılı olma oranları daha düşüktür (79).

Koruyucu hekimliğin sahadaki en önemli temsilcilerinden olan aile hekimlerinin, kişilerin sağlık sistemiyle ilk temas noktası oldukları; hastalarını biyopsikososyal yönden değerlendirdikleri ve devamlı takibini yaptıkları görülmüştür. Aile hekimlerinin sigara kullanan hastalarını sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmeleri ve uzun süreli sigara kullanım durumlarını takip etmeleri durumunda, sigarayla mücadelede başarının arttığı gözlemlenmiştir (80). Bu bağlamda, aile hekimliği uygulamalarında DEHB tanısı veya DEHB belirtileri olan genç erişkinlerde sigara kullanımına yönelik özel tarama ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir; zira bu alt grup, sigaraya başlama, bağımlılık gelişimi ve bırakma başarısızlığı açısından daha yüksek risk altındadır. Bu nedenle, tıp fakültesi öğrencileri gibi genç erişkin popülasyonda DEHB-sigara ilişkisini inceleyen çalışmaların bulguları, birinci basamakta erken tanı, yönlendirme ve müdahale hizmetlerinin planlanmasına ışık tutabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 2024-2025 eğitim öğretim yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesinde eğitim gören 1560 öğrenci oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesabına göre %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 309 öğrencinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Teknolojinin ve sosyal medyanın yaygın kullanımı göz önüne alınarak ‘Google dökümanlar’da oluşturulan anketin linki sınıfların WhatsApp gruplarında paylaşıldı. 01.11.2024-01.02.2025 tarihleri arasında birer hafta arayla üç kez hatırlatma yapıldı. Anket linkine girip soruları yanıtlayan katılımcılar gönüllü kabul edildi. Süreç sonunda 361 öğrencinin linke tıklayıp veri sağladığı görüldü.

3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. DEHB tanısı dışında tanı konulmuş psikiyatrik hastalığın olması

2. Anadilinin Türkçe olmaması

3.4. Etik Kurul Onayı

Çalışma 05.07.2024 Tarih 2024/5067 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden tıp fakültesi öğrencilerine üç bölümden oluşan anket formu uygulanarak veriler toplandı (EK-1). İlk bölümde araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, ikinci bölümde “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)”, üçüncü bölümde ise “Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi” bulunmaktadır.

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile katılımcıların cinsiyet, yaş, okumakta olduğu sınıf, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, DEHB tanısı varlığı, sigara kullanım durumu, sigara içme süresi ve miktarı, bilinen psikiyatrik hastalık durumu ile son bir yıl içerisindeki akademik başarı durumunu içeren bilgilerin toplanması amaçlandı.

3.5.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

ASRS, erişkinlerde DEHB ihtimalini değerlendirmek amacıyla Kessler ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (81). Son yıllarda birçok dile tercüme edilmiş ve uluslararası epidemiyolojik araştırmalarda yaygın şekilde kullanılan bir ölçek olmuştur. Türkçe uyarlaması 2009 yılında Doğan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (82).

ASRS, her biri dikkat eksikliği (9 madde) ve hiperaktivite-dürtüsellik (9 madde) ile ilgili semptomları değerlendiren 18 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca, ölçek 18 maddesini DSM-4 ile uyumlu iki belirti alanına dağıtmaktadır. 1-4 ve 7-11 numaralı maddeler dikkat eksikliği alanını değerlendirirken, 5-6 ve 12-18 numaralı maddeler hiperaktivite/dürtüsellik alanına atanmıştır (81).

Sorular, belirtilerin son altı ay içerisinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını değerlendirmeye yöneliktir. Yanıtlar, "asla" için 0, "nadiren" için 1, "bazen" için 2, "sık" için 3 ve "çok sık" için 4 olacak şekilde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe DEHB olma ihtimali artmaktadır (82).

ASRS'nin Türkçe formunun güvenilirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş (Cronbach alfa= 0.88), alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değerleri ise "dikkat eksikliği" için 0.82 ve "hiperaktivite/dürtüsellik" için 0.78 olarak tespit edilmiştir (82).

3.5.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara bağımlılığının derecesini ölçmede en yaygın kullanılan testlerden biri 'Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir (FNBT). FNBT, Fagerström tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Heatherton ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir. Türkçe uyarlaması ise 2003 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Test, toplam 6 sorudan oluşmaktadır (28, 83).

Toplam puana göre bağımlılık dereceleri şu şekilde belirlenmiştir: 0-5 puan düşük-orta düzeyde bağımlılığı, ≥ 6 puan ise şiddetli bağımlılığı göstermektedir (28).

3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0" kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Nümerik değişkenlerde normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda "Student-t Testi", üç ve daha fazla olan gruplarda "One Way Anova Testi" uygulandı. Verileri normal dağılan ve

değişkenleri homojen olan verilerin kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için “Post Hoc Analiz” de “Tukey Testi” kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Ölçekler arasındaki ilişkileri saptamak için “Pearson” korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası ise zayıf, 0,250-0,499 arası ise orta, 0,500-0,749 arası ise güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam 361 tıp fakültesi öğrencisinin %54,3'ü (n=165) erkek, %31,9'u (n=115) birinci sınıf öğrencisi idi ve %57,3'ünün (n=207) geliri giderine denkti. Katılımcıların %11,1'inin (n=40) kronik hastalığı mevcuttu. Ayrıca %5,3'ünün (n=19) erişkin tip DEHB tanısı vardı ve %25,5'i (n=92) sigara içiyordu. DEHB tanılı öğrencilerin %31,6'sı (n=6) sigara kullanıyordu. Dönem 1'lerin %16,5'i (n=19) dönem 6'ların ise %35,4'ü (n=29) sigara içiyordu. Sigara içme durumu ile sınıflar arasında anlamlı fark vardı (p=0,001).

Öğrencilerin %41'i (n=148) son bir yıl içerisindeki akademik başarısını iyi olarak, %40,7'si (n=147) ise orta olarak ifade etti. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve akademik başarı durumları gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	196	45,7
Erkek	165	54,3
Sınıf		
Dönem 1	115	31,9
Dönem 2	56	15,5
Dönem 3	40	11,1
Dönem 4	32	8,9
Dönem 5	36	10
Dönem 6	82	22,7
Gelir düzeyi		
Gelirim giderden fazla	111	30,7
Gelirim gidere denk	207	57,3
Gelirim giderden az	43	11,9
Düzenli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık durumu		
Yok	321	88,9
Var	40	11,1
Daha önceden DEHB tanı alma durumu		
Hayır	342	94,7
Evet	19	5,3
Güncel sigara kullanma durumu		
Sigara içiyor	92	25,5
Sigara içmiyor	269	74,5
Son bir yıl içindeki akademik başarı durumu		
Çok iyi	28	7,8
İyi	148	41
Orta	147	40,7
Kötü	30	8,3
Çok kötü	8	2,2
TOPLAM	361	100

*DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Sigara içen 92 öğrencinin %91,3'ü (n=84) düşük-orta düzeyde nikotin bağımlılığına sahipti. Sigara içtiğini belirten katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden aldıkları puanlara göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sigara içenlerin Fagerstrom puanına göre dağılımı

	n	%
Düşük-orta düzey bağımlılık (1-5 puan)	84	91,3
Yüksek düzey bağımlılık (≥ 6 puan)	8	8,7
TOPLAM	92	100

ASRS ölçeğinin puanları 0 ile 70 arasında değişmekte olup, katılımcıların bu ölçekten aldıkları ortalama puan $28,45 \pm 10,66$ olarak bulundu. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,891 olarak hesaplandı.

Dikkat eksikliği alt boyutunda, katılımcıların puanları 0 ile 36 arasında değişmektedir. Bu alt boyuttan elde edilen ortalama puan $15,32 \pm 5,76$ olup, iç tutarlılık katsayısı 0,841 olarak saptandı.

Hiperaktivite alt boyutunda da katılımcıların aldıkları puanlar 0 ile 36 arasında değişmektedir. Hiperaktivite alt boyutuna ait ortalama puan $15,14 \pm 6,37$ olarak bulundu, iç tutarlılık katsayısı ise 0,815 olarak hesaplandı.

Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. ASRS Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Puanı ve Cronbach's Alpha Değeri

	Madde Sayısı	Min –Maks	Ort±SD	Cronbach Alpha
ASRS	18	0-70	28,45±10,66	0,891
Dikkat Eksikliği Alt Boyutu	9	0-36	15,32±5,76	0,841
Hiperaktivite Alt Boyutu	9	0-36	15,14±6,37	0,815

*ASRS: Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği

Kız öğrencilerin dikkat eksikliği (15,89±5,63), hiperaktivite (15,84±6,16) ve ASRS toplam puanlarının (29,56±10,44), erkek öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla **p=0,038; p=0,022; p=0,031**).

Katılımcıların prelinik (dönem 1–3), klinik (dönem 4–5) ve intörn (dönem 6) grupları arasında dikkat eksikliği alt boyut puanları sırasıyla 15,49±5,38, 14,47±5,87 ve 15,57±6,59; hiperaktivite alt boyut puanları 15,12±5,93, 14,30±6,93 ve 15,87±6,93; ASRS toplam puanları ise 28,60±9,81, 26,94±11,32 ve 29,30±12,13 olarak bulundu. Ancak gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (dikkat eksikliği için $p=0,401$; hiperaktivite için $p=0,324$; ASRS toplam puan için $p=0,382$).

Gelir düzeyi “geliri giderden az” olan öğrencilerin dikkat eksikliği (16,55±6,36), hiperaktivite (17,18±8,14) ve toplam ASRS puanlarının (31,81±13,19), “geliri giderden fazla” olan (sırasıyla 15,01±5,09; 14,98±5,82; 28,09±9,42) ve “geliri gidere denk” olan (sırasıyla 15,22±5,96; 14,80±6,18; 27,94±10,64) öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu görüldü. Ancak gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (dikkat eksikliği için $p=0,311$; hiperaktivite için $p=0,078$; ASRS toplam puan için $p=0,088$).

Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin dikkat eksikliği (16,22±6,60), hiperaktivite (15,40±6,73) ve ASRS toplam puanları (29,52±11,94), kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sigara içen öğrencilerin hiperaktivite ($16,03\pm6,95$) ve ASRS toplam puanları ($29,50\pm11,72$), sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek olsa da; fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin başarı durumu ‘çok iyi’ ve ‘iyi’ olanlarla, ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ olanlar birleştirilerek ileri analizler için üç gruba (iyi, orta, kötü) ayrıldı. Dikkat eksikliği alt boyutu açısından, “iyi” başarı düzeyindeki öğrencilerin ortalama puanı ($13,73\pm5,38$) “orta” düzeydeki öğrencilere ($16,42\pm5,39$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,01$). Benzer şekilde “iyi” başarı düzeyindeki öğrencilerin ortalama puanı ($13,73\pm5,38$) “kötü” başarı düzeyindeki öğrencilerin ortalama puanından ($18,36\pm6,73$) anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,01$).

Hiperaktivite alt boyutu açısından da benzer bir durum gözlemlendi. “İyi” akademik başarıya sahip öğrencilerin ortalama hiperaktivite puanı ($13,90\pm6,36$) “orta” başarı düzeyindekilere ($15,57\pm5,98$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,043$). Yine “iyi” akademik başarıya sahip öğrencilerin ortalama hiperaktivite puanı ($13,90\pm6,36$) “kötü” başarı düzeyindekilere ($19,15\pm6,14$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,01$).

ASRS toplam puanları açısından “iyi” akademik başarı düzeyindeki öğrencilerin toplam ASRS puanı ortalaması ($25,72\pm10,24$) “orta” başarı düzeyindekilere ($29,93\pm9,79$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,001$). Benzer şekilde “iyi” başarı düzeyindeki öğrencilerin toplam ASRS puanı ortalaması ($25,72\pm10,24$), “kötü” başarı düzeyindekilere ($35,31\pm11,85$) kıyasla anlamlı düzeyde daha azdı ($p<0,01$). Bunun yanı sıra “orta” başarı düzeyindeki öğrencilerin toplam ASRS puan ortalaması ($29,93\pm9,79$), “kötü” başarı düzeyindekilere ($35,31\pm11,85$) kıyasla anlamlı düzeyde daha alt düzeydeydi ($p=0,012$).

Katılımcıların ASRS toplam puanları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt boyut puanlarının çeşitli sosyodemografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verilerine göre ASRS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	Dikkat Eksikliği Alt Boyut Puanı	Hiperaktivite Alt Boyut Puanı	ASRS Toplam Puan
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet			
Kadın	15,89±5,63	15,84±6,16	29,56±10,44
Erkek	14,63±5,86	14,30±6,52	27,13±10,81
p*	0,038	0,022	0,031
Sınıf			
Preklinik	15,49±5,38	15,12±5,93	28,60±9,81
Klinik	14,47±5,87	14,30±6,93	26,94±11,32
İntörnlük	15,57±6,59	15,87±6,93	29,30±12,13
p**	0,401	0,324	0,382
Gelir düzeyi			
Gelirim giderden fazla	15,01±5,09	14,98±5,82	28,09±9,42
Gelirim gidere denk	15,22±5,96	14,80±6,18	27,94±10,64
Gelirim giderden az	16,55±6,36	17,18±8,14	31,81±13,19
p**	0,311	0,078	0,088
Düzenli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık durumu			
Yok	15,20±5,65	15,10±6,33	28,31±10,51
Var	16,22±6,60	15,40±6,73	29,52±11,94
p*	0,294	0,786	0,501
Güncel sigara kullanma durumu			
Sigara içmiyor	15,33±5,66	14,83±6,14	28,09±10,28
Sigara içiyor	15,28±6,09	16,03±6,95	29,50±11,72
p*	0,941	0,120	0,275
Akademik Başarı			
İyi ^a	13,73±5,38	13,90±6,36	25,72±10,24
Orta ^b	16,42±5,39	15,57±5,98	29,93±9,79
Kötü ^c	18,36±6,73	19,15±6,14	35,31±11,85
p**	<0,01^{ab} <0,01^{ac}	0,043^{ab} <0,01^{ac}	0,001^{ab} <0,01^{ac} 0,012^{bc}

*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır.

**Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır

*** ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

ASRS toplam puanı ile Fagerström toplam puanı arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki gözlemlendi ($r=0,199$), ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,057$). Benzer şekilde, dikkat eksikliği alt boyutu ile Fagerström puanı arasında da zayıf pozitif yönde bir ilişki olmasına rağmen ($r=0,181$), bu ilişki anlamlı bulunmadı ($p=0,084$). Hiperaktivite alt boyutu ile Fagerström puanı arasındaki ilişki de zayıf düzeyde olup istatistiksel olarak anlamlı değildi ($r=0,197$; $p=0,059$).

ASRS ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Sigara içenlerde erişkin DEHB toplam ve alt boyut puanları ile FNBT puanı arasındaki korelasyon analizi (N=92)

		Dikkat eksikliği alt boyut puanı	Hiperaktivite alt boyut puanı	Fagerstrom toplam puanı	ASRS toplam puanı
Dikkat eksikliği alt boyut puanı	r	1			
	p				
Hiperaktivite alt boyut puanı	r	0,705	1		
	p	<0,001			
Fagerstrom toplam puanı	r	0,181	0,197	1	
	p	0,084	0,059		
ASRS toplam puanı	r	0,912	0,928	0,199	1
	p	<0,001	<0,001	0,057	

* Analiz olarak Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

** ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

***DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada son yıllarda gittikçe artan DEHB nedeniyle, tıp fakültesi öğrencilerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ile Erişkin Tip DEHB arasındaki ilişki değerlendirildi. Tıp fakültesi öğrencilerinin önemli bir bölümü gelecekte birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacağından, bu grupta sigara kullanımı ile DEHB arasındaki ilişkinin incelenmesi önemlidir. Elde edilen bulgular, bu konuda henüz yeterli sayıda çalışma olmaması nedeniyle literatüre katkı sağlamakta ve tıp öğrencisi popülasyonuna özgü önemli veriler sunmaktadır. Çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin dörtte birinden fazlası (%25,5) sigara içtiğini ve yüz öğrencinin beşi ise (%5) daha önce DEHB tanısı aldığını ifade etti. Sigara içenlerde içmeyenlere göre olası DEHB riski daha yüksek tespit edilmesine rağmen bu fark anlamlı bulunmadı. Ayrıca sigara içenlerin nikotin bağımlılık düzeyi ile DEHB riski arasında da bir ilişki tespit edilemedi. Bu durum, DEHB semptomlarının sigara kullanımına yatkınlığı artırabileceğini ancak bağımlılığın şiddetini belirlemede tek faktör olmayabileceğini düşündürmektedir.

Nikotinin dikkat artırıcı etkisi nedeniyle bilişsel performansı geçici olarak iyileştirerek DEHB'li bireylerde genel popülasyona kıyasla daha yüksek sigara kullanma oranlarına sahip olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (84, 85, 100). Bu bağlamda çalışmada sigara içenlerde Erişkin Tip DEHB riski daha yüksek bulunsa da bu fark anlamlı değildi. Ayrıca kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre; akademik başarı düzeyleri düşük olan öğrencilerin yüksek olan öğrencilere göre DEHB riski daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar, tıp eğitimi gibi yoğun bilişsel çaba gerektiren bir alanda, Erişkin Tip DEHB belirtileri ve nikotin bağımlılığının birbirini etkileyebilecek ve akademik performansı olumsuz yönde etkileyebilecek önemli faktörler olduğunu düşündürmektedir.

Yüz öğrencinin beşi (%5) daha önceden erişkin tip DEHB tanısı aldığını belirtti. Literatürde doğrudan tıp fakültesi öğrencilerinde DEHB prevalansını inceleyen çalışmalar kısıtlı olsa da Çin'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada Shen ve arkadaşları bu oranı %3,5 olarak bildirmişlerdir (86).

Öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin (%25,5) sigara kullandığı belirlendi. Bu bulgu, tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımının toplumla benzer düzeyde olduğunu göstermektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım oranlarının genel popülasyonla benzer olması bu grubun yoğun akademik stres, uzun çalışma saatleri ve klinik süreçlerdeki psikolojik yüklenmeler nedeniyle sigarayı bir baş etme mekanizması olarak kullanma eğiliminden

kaynaklanabilir. Literatürde de benzer ya da daha yüksek oranlar mevcuttur. Karakaş ve ark. tıp fakültesi öğrencilerinin %18,4'ünün, Yengil ve ark. %25,6'sının, Güneş ve ark. %39'unun sigara içtiğini bildirmişlerdir (87, 88, 89).

Sigara kullanan öğrencilerin neredeyse tamamına yakınının (%91,3) düşük-orta düzeyde nikotin bağımlılığına sahip olduğu görüldü. Yengil ve ark.'ı tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara kullanan öğrencilerin %79,6'sının düşük-orta düzeyde nikotin bağımlılığına sahip olduğunu belirtmiştir (88).

Kız öğrencilerin DEHB riskinin erkek öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Toplumsal cinsiyet rolleri, stresle baş etme biçimleri ve akademik kaygı düzeyleri de cinsiyetler arası farklılıklarda etkili olabilir. Kısacık ve ark.'ı DEHB riski açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını belirtmiştir (90). Shebl ve ark. ile Alsafar ve ark. kız öğrencilerin DEHB riskinin erkek öğrencilerden daha yüksek olduğunu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (91, 92). Literatürde cinsiyete göre DEHB riskinin farklılık göstermesi, çalışmalarda kullanılan ölçeklerin, örneklem özelliklerinin değişken olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin farklı sınıf grupları arasında (preklinik, klinik ve intörn) DEHB riski açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Benzer şekilde Özdemiroğlu ve ark.'ı da tıp fakültesi öğrencileri arasında DEHB açısından farklı sınıf gruplarında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmişlerdir (93). Alsafar ve ark.'ı daha küçük yaştaki tıp öğrencileri arasında DEHB prevalansının, daha ileri yaştaki öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğunu belirtmiştir (92).

Gelir düzeyi gider düzeyinden düşük olan öğrencilerin DEHB riski diğer gruplara göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasında örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, öğrencilerin büyük bir bölümünün benzer sosyoekonomik koşullara sahip olması etkili olabilir. Literatüre bakıldığında Alsafar ve ark.'ı gelir düzeyi ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (92). Suzuki ve ark.'ı da düşük gelirli çalışanların yüksek gelirli çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksek DEHB riskine sahip olduğunu belirtmişlerdir (94). Yine Faraone ve ark.'ı erişkin DEHB semptomları ile düşük gelir düzeyi arasında güçlü doğrudan bir bağlantı olmadığını belirtmiştir (95). Görüldüğü gibi literatürde düşük sosyoekonomik düzeyin DEHB ile ilişkili olabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur. Bu

da düşük gelir düzeyinin; kronik stres, yetersiz beslenme, uyku düzensizlikleri gibi nedenlerle dikkat süreçlerini olumsuz etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin DEHB riskinin, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. İstatistiksel anlamlılığın elde edilememesi, örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasına, kronik hastalıkların çeşitliliğine bağlı olabilir. Ayrıca, tıp fakültesi öğrencilerinin genellikle genç ve genel sağlık durumlarının iyi olması, kronik hastalık prevalansını düşürerek farkın belirginleşmesini zorlaştırmış olabilir. Chen ve ark.'ı DEHB tanısı olan yetişkinlerde olmayanlara göre kronik hastalıkların daha yaygın olarak görüldüğünü ifade etmiştir (96). Görmez ve ark.'ı ciddi DEHB semptomları gösteren üniversite öğrencilerinde, bu semptomları göstermeyenlere kıyasla depresyon, anksiyete, uyku ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik sorunların anlamlı düzeyde daha yaygın olduğunu bildirmiştir; fakat epilepsi, astım, alerji ve diyabet öyküsünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (97).

Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinin DEHB riskinin, sigara kullanmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu gözlemlendi, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. İstatistiksel anlamlılığın elde edilememesi, örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasına, öğrencilerin genç yaşta ve genellikle düşük düzeyde sigara kullanıyor olmasına bağlı olabilir. Ayrıca DEHB riskinin çok faktörlü doğası, sigara kullanımının tek başına belirleyici bir faktör olarak etkisini sınırlayabilir. Literatüre baktığımızda Kadıoğlu ve ark.'ı, sigara kullanımı ile DEHB ihtimali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (98). Ketten ve ark.'ı sigara kullanan hastaların kullanmayanlara kıyasla DEHB belirtilerini daha yüksek düzeyde gösterdiklerini ifade etmiştir (99). Benzer olarak Tejedor ve ark.'ı sigara kullanan üniversite öğrencilerinin kullanmayanlara kıyasla DEHB riskinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (100).

Akademik başarı düzeyleri açısından dikkat eksikliği riski incelendiğinde, “iyi” başarı düzeyine sahip öğrencilerin dikkat eksikliği riskinin hem “orta” hem de “kötü” başarı düzeyine sahip öğrencilere kıyasla anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptandı. Yine üniversite öğrencilerinin akademik başarı düzeyleri ile hiperaktivite riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Akademik başarısı “iyi” olan öğrencilerin hiperaktivite riski, “orta” ve “kötü” başarı düzeyine sahip olanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Ayrıca öğrencilerin DEHB riski ile akademik başarı düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. “İyi” akademik başarı düzeyindeki öğrencilerin DEHB riski, “orta” ve “kötü” başarı düzeyindekilere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca, “orta” başarı düzeyindeki öğrencilerin DEHB riski, “kötü”

başarı düzeyindekilere göre de anlamlı olarak daha düşüktür. Bu bulgular, DEHB belirtilerinin yoğunluğunun artmasıyla akademik başarının düşme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, literatürdeki çalışmalarla paraleldir. Literatüre baktığımızda Jangmo ve ark.'ı DEHB'nin akademik performans üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (101). Pagespetit ve ark.'ı da DEHB tanılı veya belirgin DEHB semptomları olan üniversite öğrencilerinin daha düşük akademik performans gösterdiklerini belirtmişlerdir (102). Benzer şekilde Henning ve ark.'ı da akademik programlarının başlangıcında daha yüksek düzeyde DEHB semptomatolojisi olan öğrencilerin uzun vadede daha düşük akademik başarı gösterdiğini belirtmiştir. Eğitimciler ve eğitim kurumları açısından bu bulgu, öğrencilerde dikkat eksikliği sorunlarının lise sonrası programların başlangıcında değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (103).

Katılımcıların DEHB riski ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişki de incelendi. DEHB riski ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki saptandı; ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadı. Benzer şekilde, hiperaktivite riski ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında da zayıf düzeyde pozitif bir ilişki gözlemlendi, ancak bu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Dikkat eksikliği riski ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmayan, zayıf pozitif bir ilişki saptandı. Literatürde bu konuda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiştir. Kollins ve ark.'ı, DEHB semptom şiddeti ile yaşam boyu düzenli sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiş; özellikle hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının, dikkat eksikliği semptomlarına kıyasla sigara kullanımıyla daha güçlü bir ilişki gösterdiğini vurgulamıştır (104). Buna karşılık, Şahbaz ve ark.'ı sigara içenler ile içmeyenler arasında DEHB görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark saptamadıklarını belirtmiştir (105).

6. SONUÇLAR

Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin sigara içme durumu ile erişkin tip DEHB arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmada;

- Sigara içen tıp fakültesi öğrencilerinde yüksek düzey nikotin bağımlılığı nadiren gözlemlendi.
- Kız öğrencilerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanlarının erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu görüldü.
- Çalışmada katılımcıların prelinik, klinik ve intörn gibi eğitim dönemlerini gösteren değişkenlerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadı.
- Çalışmada gelir düzeyinin öğrencilerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanları üzerine anlamlı bir etkisi saptanmadı.
- Kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olan ve olmayan öğrenciler arasında dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanları açısından anlamlı fark bulunmadı.
- Sigara kullanan öğrencilerin hiperaktivite ve ASRS toplam puanları sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
- Akademik başarı düzeyi arttıkça öğrencilerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Başarısı “iyi” olan öğrencilerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve toplam ASRS puan ortalamaları “orta” ve “kötü” düzeydeki öğrencilere kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulundu.
- Nikotin bağımlılık düzeyi ile ASRS ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.
- Sigara içme durumu ile sınıf düzeyi arasında anlamlı fark saptandı. Dönem 6 öğrencilerinin dönem 1 öğrencilerine kıyasla daha fazla sigara içtiği görüldü.

7. ÖNERİLER

Tıp fakültesi öğrencileri geleceğin sağlık profesyonelleri olmaları ve toplumda rol model olabilecek bir konumda olmaları nedeniyle öğrencilerin önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımını etkileyen faktörleri incelemek önem arz etmektedir. Bu çalışma tıp fakültesi öğrencilerindeki sigara kullanım durumunun erişkin tıp DEHB ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinde DEHB varlığı öğrencilerin akademik başarı durumlarını da etkileyebileceği için bu durumla ilişkili faktörlerin de araştırılması önemlidir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara kullanımının sınıf düzeyine göre farklılık gösterdiği, özellikle üst sınıf öğrencilerinde sigara kullanımının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda hedefe yönelik sigara bırakma ve önleme programlarının özellikle üst sınıflarda yoğunlaştırılması, sigara ve nikotin bağımlılığı konularının tıp eğitimi müfredatındaki içeriğinin artırılması faydalı olabilir. DEHB tanısı olan öğrenciler arasında sigara kullanımının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda bu grup için özel destek programları ve bağımlılıkla mücadele stratejilerinin geliştirilmesi faydalı olabilir. Akademik başarı düzeyi arttıkça öğrencilerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve ASRS toplam puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir. Bu bağlamda üniversitelerde DEHB belirtilerinin akademik başarı üzerindeki etkisini azaltmaya yönelik destekleyici eğitim ve rehberlik hizmetlerinin güçlendirilmesi ve öğrencilerde erken tanı amaçlı tarama ve sonrasında müdahale programlarının oluşturulması önemli olabilir.

Sonuç olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımını etkileyen faktörlerin kapsamlı bir şekilde araştırılması, hem bu öğrenci grubunda sigara kullanımının azaltılması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması hem de toplum genelinde sigara bırakma oranlarının artırılması açısından faydalı olabilir.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Tobacco: Key facts. Erişim tarihi:15.09.2025. Erişim adresi:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Jradi H, Al-Shehri A. Knowledge about tobacco smoking among medical students in Saudi Arabia: Findings from three medical schools. *J Epidemiol Glob Health* 2014; 4(4): 319-26.
3. Sreeramareddy CT, Suri S, Menezes RG, et al. Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 5: 29.
4. Faraone SV, Larsson H. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2006; 163(4): 704-11.
5. Barkley RA, Murphy KR, Fisher M. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press 2012.
6. Tuğlu C, Öztürk Şahin Ö. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(1): 75-116.
7. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
8. Sağlık Bakanlığı. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010 Erişim tarihi: 17.09.2025 Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/747>
9. World Health Organization. Tobacco. Geneva: WHO; 2025. Erişim tarihi: 18.09.2025 Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
10. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke. Geneva: WHO; 2023 Erişim tarihi: 18.09.2025 Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
11. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara: TÜİK; 2023 Erişim tarihi: 18.09.2025 Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>

12. World Health Organization. Summary results of the Global Youth Tobacco Survey in selected countries of the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 Erişim tarihi: 18.09.2025 Erişim adresi: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-1513-41263-56157>
13. Houterman S, Verschuren WM, Kromhout D. Smoking, blood pressure and serum cholesterol-effects on 20-year mortality. *Epidemiology* 2003; 14(1): 24-9.
14. Jee SH, Suh IL, Kim IS. Smoking and Atherosclerotic Cardiovascular Disease in men with low levels of serum cholesterol: The Korea Medical Insurance Corporation Study. *JAMA*. 1999; 282(22): 2149-55.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarettes: Cancer. Atlanta (GA): CDC; 2024 Erişim tarihi: 04.11.2025 Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-cancer.html>
16. Benhamou S. Cancers related to tobacco smoking. *Rev Prat* 1993; 43(10): 1214–17.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco and Cancer. Cancer | Risk Factors Atlanta: CDC; 2025 Erişim tarihi: 04.11.2025 Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/cancer/risk-factors/tobacco.html>
18. Barnes PJ. Cellular and molecular mechanisms of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*. 2014; 35(1): 71–86.
19. Li LF, Chan RLY, Lu L, Shen J, Zhang L, Wu WKK, et al. Cigarette smoking and gastrointestinal diseases: The causal relationship and underlying molecular mechanisms. *Int J Mol Med*. 2014; 34(2): 372-80.
20. Ward KD, Klesges RC. A meta-analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density. *Calcif Tissue Int*. 2001; 68(5): 259–70.
21. Durazzo TC, Mattsson N, Weiner MW. Smoking and increased Alzheimer’s disease risk: A review of potential mechanisms. *Alzheimers Dement*. 2014; 10: 122-45
22. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43(10): 1731–37.

23. Ding N, Sang Y, Chen J, Ballew SH, Kalbaugh CA, Salameh MJ, et al. Cigarette smoking, smoking cessation, and long-term risk of 3 major atherosclerotic diseases. *J Am Coll Cardiol*. 2019; 74(4): 498-507.
24. Akdeniz E. Sigara bağımlılığı sağlığa etkileri ve sigara bıraktırmada kullanılan transteoretik model. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg*. 2019; 2(3): 11-25.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of cigarettes: reproductive health. Erişim tarihi:18.09.2025 Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html>
26. Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S. *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
27. Picciotto MR, Kenny PJ. Mechanisms of Nicotine Addiction. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2021; 11(5): a039610.
28. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
29. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: development of a multidimensional measure of nicotine dependence. *Psychological Addictive Behaviors* 2004; 18(3): 278-85
30. Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr*. 2020; 9: 104-13.
31. Maitre S. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood: overview, diagnosis and treatment. *Virtual Mentor*. 2007; 9(6): 433-6.
32. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 942-8.
33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NG87. London: NICE; 2025
34. Willcutt EG. The prevalence of ADHD: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012; 9(3): 490-99

35. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y, The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *J Atten Disord.* 2020; 24(9): 1237–45.
36. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 2006; 36(2): 159-65.
37. Martin A. The hard work of growing up with ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1575-77.
38. Faraone SV. Genetics of Childhood Disorders: XX. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39(11): 1455-7.
39. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics* 2009; 135(4): 571-95.
40. Emond V, Joyal C, Poissant H. Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) [in French]. *Encephale.* 2009; 35(2): 107–14.
41. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 540-49.
42. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA.* 2002; 288: 1740-48.
43. Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2018; 87:255-70.
44. Hanć T, Cortese S. Attention deficit/hyperactivity-disorder and obesity: a review and model of current hypotheses explaining their comorbidity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2018; 92: 16-28.
45. D'Onofrio BM, Van Hulle CA, Waldman ID, Rodgers JL, Rathouz PJ, Lahey BB. Causal inferences regarding prenatal alcohol exposure and childhood externalizing problems. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 1296-1304.

46. Sen B, Swaminathan S: Maternal prenatal substance use and behavior problems among children in the U.S. *J Ment Health Policy Econ.* 2007; 10: 189-206.
47. Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, et al. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42: 826-33.
48. Potter AS, Newhouse PA, Bucci DJ: Central nicotinic cholinergic systems: a role in the cognitive dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behav Brain Res.* 2006; 175: 201-11.
49. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2008; 121: 358-65.
50. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(5): 333-44.
51. Raz R, Gabis L: Essential fatty acids and attention-deficit-hyperactivity disorder: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2009; 51: 580-92.
52. Juneja M, Jain R, Singh V, Mallika V: Iron deficiency in Indian children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian Pediatr.* 2010; 47(11): 955-8.
53. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley S, McGough J, et al. ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16(6): 362-69.
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
55. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005 3-9; 366(9481): 237-48.
56. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
57. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Neurodevelopmental Disorders 2013*, American Psychiatric Association APADTF. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders :*

- DSM-5. 5th ed. : Arlington, VA : American Psychiatric Association, Washington, D.C.; 2013; 59-66.
58. Brown TE. Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. 2nd ed. New Haven, CT: Yale University Press; 2005.
59. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 67.
60. Magnus W, Anilkumar AC, Shaban K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Erişim tarihi: 05.10.2025 Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>
61. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(10): 1378-87.
62. Steiner H, Karnik NS. Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment. *Psychiatric Services* 2003.
63. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil*. 2013; 46(1): 43–51.
64. Reiersen AM, Todd RD. Co-occurrence of ADHD and autism spectrum disorders: phenomenology and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2008; 8(4): 657–69.
65. Wilens TE. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6): 969–76.
66. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sleep: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(9): 894-908.
67. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 135(4): 994–1001.

68. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2011; 128(5): 1007–22.
69. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, et al. Mechanism of action of methylphenidate: insights from PET imaging studies. *J Atten Disord.* 2002; 6(Suppl 1): 31–43.
70. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010; 304(8): 875–80.
71. Antshel KM, Faraone SV, Gordon M. Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *J Atten Disord.* 2014; 18(6): 483–95.
72. Weiss M, Murray C, Wasdell M, Greenfield B, Giles L, Hechtman L. A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry.* 2012; 12: 30.
73. Groenman AP, Janssen TW, Oosterlaan J. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 56(7): 556-69.
74. 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): 373-78.
75. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, 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.
76. Wilens TE, Decker MW. Neuronal nicotinic receptor agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: focus on cognition. *Biochem Pharmacol.* 2007; 74(8): 1212-23.
77. 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.

78. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(11): 1652-58.
79. Mitchell JT, Howard AL, Belendiuk KA, Kennedy TM, Stehli A, Swanson JM, et al. Cigarette smoking progression among young adults diagnosed with ADHD in childhood: a 16-year longitudinal study of children with and without ADHD. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019; 21(5): 638-47.
80. Erdem F, Altun M, Üçüncü E, Kiraz HD, Arıca S. Aile Hekimliği Polikliniğinde Sigara Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi. *Türk J Fam Med Prim Care*. 2021; 15(4): 707-14.
81. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35: 245-56.
82. Dogan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Eriskin Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği/Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self Report Scale (ASRS-v1.1). *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2009; 10(2): 77.
83. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 115-21.
84. Potter AS, Newhouse PA. Acute nicotine improves cognitive deficits in young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pharmacol Biochem Behav*. 2008; 88(4): 407-17.
85. Sweitzer MM, Lazzari J, Lunsford-Avery J, McClernon FJ, Kollins SH, Perkins KA, et al. Effects of initial nicotine exposure on cognition and nicotine reinforcement among non-smoking young adults with and without attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol*. 2025.
86. Shen Y, Chan BSM, Liu J, Meng F, Yang T, He Y, et al. Estimated prevalence and associated risk factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among medical college students in a Chinese population. *J Affect Disord*. 2018; 241: 291-96.

87. Karakas E, Zümbül A, Balatacı T, Durusoy R, Yararbaş G, Başoğlu ÖK, et al. Smoking status of medical students at Ege University: A cross-sectional survey of 1040 students in 2018. *Tob Induc Dis.* 2018; 16(Suppl 3): A77.
88. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Özler GS, Özer C. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2014; 6(3): 1-7
89. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, et al. Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 1997; 4(4): 407-12.
90. Kısacık E, Kalaycıoğlu C. Üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirti düzeylerinin incelenmesi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2019; Vol. XLIII(2).
91. Shebl EM, Elsaid NMA, Hassan HA, Kamal D, Araby E. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Egyptian medical students and how it relates to their academic performance. *J Fam Community Med.* 2023; 30(4): 287-94.
92. Alsafar FA, Alsaad AJ, Albukhaytan WA. Prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among medical students in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2024; 45(4): 397-404.
93. Özdemiroğlu F, Karakuş K, Memiş ÇÖ, Şen HG, Sevinçok L. Tıp fakültesi öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2016; 19: 5-14.
94. Suzuki T, Wada K, Nakazato M, Ohtani T, Yamazaki M, Ikeda S. Associations between adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) traits and sociodemographic characteristics in Japanese workers. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2023; 19: 759-73.
95. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord.* 2005; 9(2): 384-91.
96. Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsøyr K, Hegvik TA, et al. Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based cross-sectional study. *PLoS One.* 2018; 13(9): e0204516.

97. Görmez A, Koçer E, Kurtulmuş A, Kirpınar I. Prevalence of ADHD and co-morbid conditions among university students. *Eur Psychiatry*. 2020; 41(S1): 475–76.
98. Kadioğlu T, Yılmaz T. Sigara içen doktorlarda Yetişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2023; 62(4): 500-6.
99. Ketten HS, Onay H, Ersoy Ö, Isik O, Gencoglan S, Ucer H, et al. Evaluation of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in smokers and Maras powder users. *Nord J Psychiatry*. 2015; 69(7): 557-62.
100. Tejedor DI, Cauli O. Analysis of the association between symptoms of Inattention and Hyperactivity–Impulsivity and Substance Abuse in university students. *Psychiatry Int*. 2025; 6(3): 78.
101. Jangmo A, Stålhandske A, Chang Z, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, school performance and effect of medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 58(4): 423-32.
102. Pagespetit È, Pagerols M, Barrés N, Prat R, Martínez L, Andreu M, et al. ADHD and academic performance in college students: a systematic review. *J Atten Disord*. 2025; 29(4): 281-97.
103. Henning C, Summerfeldt LJ, Parker JDA. ADHD and academic success in university students: the important role of impaired attention. *J Atten Disord*. 2022; 26(6): 893-901.
104. 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): 1142-47.
105. Şahbaz Y, Yeldan İ. Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinde anksiyete, depresyon, algılanan yorgunluk, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022; 11(3): 1086-94.

9. EKLER

EK-1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Bir Tıp Fakültesindeki Öğrencilerin Sigara İçme Durumu ile Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular bilimsel çalışmaya veri toplamak amacı ile sorulmaktadır. İsminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1-) Cinsiyet: [] Erkek [] Kadın

2-) Doldurduğunuz yaşı yıl olarak yazınız.....

3-) Okumakta olduğunuz sınıfı lütfen belirtiniz.

[] Dönem 1 [] Dönem 2 [] Dönem 3 [] Dönem 4 [] Dönem 5 [] Dönem 6

4-) Gelir düzeyinizi (ailenizin verdiği harçlık+burs+diğer gelirler) nasıl tanımlarsınız?

[] Gelirim giderden fazla [] Gelirim gidere denk [] Gelirim giderden az

5-) Sürekli ve düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren tanı konulmuş bir hastalığınız var mı? Varsa nedir ?

[] Yok [] Var (Lütfen belirtiniz.....)

6-) Daha önce tanı konulmuş dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunuz var mı?

[] Hayır [] Evet

7-) Tanısı konulmuş dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu dışında psikiyatrik rahatsızlığınız var mı ?

[] Yok [] Var (Lütfen belirtiniz.....)

8-) Sigara kullanma durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- [] Hiç içmedim.
[] Ara sıra içiyorum.
[] Düzenli olarak her gün sigara içiyorum.
[] Eskiden içerdim, bıraktım.

9-) Sigara kullanıyor iseniz sigara kullanma süreniz ve günde içtiğiniz sigara sayısı ne kadardır? yıl; Günde.....adet

10-) Son bir yıl içerisindeki akademik başarılarınızı nasıl tanımlarsınız?

[] Çok iyi [] İyi [] Orta [] Kötü [] Çok kötü

11-) Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınızı konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığımız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafımızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

12-) Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Lütfen aşağıdaki testi dikkatlice okuyunuz. Size uygun olan seçenekteki kutucuk içerişi [X] işareti koyunuz. Bu testi sigara kullanan katılımcılar cevaplandıracaktır.

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz? [] 10 taneden az [] 11-20 [] 21-30 [] 31 ve daha fazla
2. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar zaman sonra içersiniz? [] İlk 5 dk içerisinde [] 6-30 dk içerisinde [] 31-60 dk içerisinde [] 1 saatten sonra
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? [] Evet [] Hayır
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? [] Sabah ilk içilen sigara [] Diğerleri
5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? [] Evet [] Hayır
6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? [] Evet [] Hayır

Katılımınız için teşekkür ederiz.....

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:201

Toplantı Tarihi: 05 Temmuz 2024

Karar Sayısı:2024/5067;(Başvuru ID: 20195) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın "Bir Tıp Fakültesindeki Öğrencilerin Sigara İçme Durumu ile Erişkin Tıp Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Hüseyin KANGIRAN'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Hüseyin KANGIRAN, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU



Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı