



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OKUL ÖNCESİ DÖNEM PEDIATRİK HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK
ALGILARI VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ İNANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esmâ ÜÇÜNCÜ

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2022

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OKUL ÖNCESİ DÖNEM PEDIATRİK HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN
SAĞLIK ALGILARI VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ
İNANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esmâ ÜÇÜNCÜ

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

KONYA-2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın oluşumunda, planlanmasında ve yürütülmesinde ilgi ve desteklerini esirgemeyen, eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, yol gösteren sayın hocalarım Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim süresince benim için her türlü çabayı sarf eden anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya, eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, asistanlığım sürecinde bilgi ve deneyimlerini paylaşarak her türlü yardımı sağlayan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Tez konusunda, içeriğinde ve verileri toplama konusunda yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Sevgi Pekcan'a ayrıca teşekkür ederim.

Rotasyon yaparak eğitimlerimi tamamladığım İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Göğüs Hastalıkları bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim sürecimin belirli bir kısmını geçirdiğim, benim için hep özel ve güzel kalan Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki öğretim üyesi hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma ayrıca teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan, beni bu günlere getiren kıymetli aileme teşekkür ederim.

Dr. Esma ÜÇÜNCÜ

KONYA-2022

ÖZET

OKUL ÖNCESİ DÖNEM PEDIATRİK HASTA EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK ALGILARI VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ İNANISLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Esmâ ÜÇÜNCÜ

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2022

Amaç: Sigaranın sağlık üzerine olan olumsuz etkileri sadece kullanıcı ile sınırlı kalmayıp İkinci El Sigara Dumanı (İESD) ve Üçüncü El Sigara Dumanı (ÜESD) maruziyetine yol açarak tüm toplumu etkilemektedir. Günümüzde halen İESD'nin sağlığa olan zararlı etkileri tartışılırken ÜESD'ye yönelik çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmanın amacı; okul öncesi dönem pediatrik hasta ebeveynlerinin sağlık algıları ile üçüncü el sigara dumanına yönelik inanış ve tutumları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında başvuran okul öncesi dönem pediatrik hastaların ebeveynleri ile yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar (BATHS-T) Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği'ni (SAÖ) içeren anket formu yüz yüze uygulandı. Elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada 500 ebeveyn değerlendirildi. Ebeveynlerin %74,6'sını anneler, %25,4'ünü babalar oluşturmaktaydı. Annelerin yaş ortalaması $30,34\pm5,56$ yıl, babaların yaş ortalaması ise $33,35\pm5,87$ yıl idi. Annelerin ÜESD ölçek puan ortalaması ($39,20\pm5,79$), babaların ÜESD ölçek puan ortalamasından ($36,94\pm5,85$) yüksek bulundu ($p<0,001$). Ebeveynlerin %20,4'ü sigara kullanıyordu. Annelerin %10,5'i, babaların ise %49,6'sı sigara kullanmaktaydı ($p<0,001$). ÜESD ölçeği ortalama puanı sigara kullananlarda ($37,45\pm6,62$), sigara kullanmayanlara ($38,92\pm5,65$) göre daha düşük bulundu ($p=0,041$). SAÖ kontrol merkezi puan ortalaması; annelerde ($15,37\pm4,59$), babalardan ($16,93\pm3,87$) düşük saptandı

($p < 0,001$). SAÖ sađlđın önemi alt faktörü puan ortalaması; sigara kullanan katılımcılarda ($11,16 \pm 2,12$), sigara kullanmayanlara ($11,76 \pm 1,95$) kıyasla daha düşük bulundu ($p = 0,006$). SAÖ toplam puan ortalaması; ÜESD kavramından haberdar olanlarda ($52,95 \pm 7,15$), ÜESD kavramını daha önce hiç duymayanlara ($49,66 \pm 6,99$) kıyasla daha yksekkti ($p = 0,001$). Çalışmaya dahil edilen çocukların %17'si kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalıyordu. Solunum yolu şikayetleri ve alerjik şikayetler nedeniyle hastaneye başvuran çocukların %19,5'i kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalıyorken bu oran diğer sebeplerle hastaneye başvuran çocuklarda %11,2 idi ve bu fark anlamlı bulundu ($p = 0,022$). Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olan çocukların %71,8'inin ebeveyninin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalmayan çocukların ise %56,9'unun ebeveyninin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü ($p = 0,011$).

Sonuç: Sigara, kullanıcının yanı sıra İESD ve ÜESD maruziyeti yoluyla tüm toplumu etkilemektedir. Günümüzde yeni bir kavram olan ÜESD'ye maruziyet açısından büyük risk altında olan çocukları korumak için ebeveynlerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu hem ÜESD hakkında bilgilendirme yaparak hem de bireylerin sağlık algılarının gelişmesini sağlayıp, onları sigara içme davranışından uzaklaştırıp sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelterek mümkün olacaktır ve bu bağlamda en önemli etken eğitimidir.

Anahtar kelimeler: Sigara, nc el sigara dumanı, sağlık algısı, ocuk sađlđđ, aile hekimliği

ABSTRACT
BELIEFS ABOUT THIRD-HAND SMOKE AND HEALTH PERCEPTIONS OF
THE PRESCHOOL PEDIATRIC PATIENTS' PARENTS

Dr. Esma ÜÇÜNCÜ

THE MASTER THESIS

KONYA-2022

Aim: The negative effects of smoking on health are not only limited to the user, but also affect the whole society by causing second-hand smoke (SHS) and third-hand smoke (THS) exposure. Today, while the harmful effects of SHS on health are still being discussed, there are very few studies on THS. The aim of this study is to investigate the relationship between health perceptions of preschool pediatric patient parents and their beliefs and attitudes towards third-hand smoke.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional and descriptive study conducted with the parents of preschool pediatric patients who applied to Konya Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Pediatrics Outpatient Clinic and Family Medicine Outpatient Clinic between October 2021 and January 2022. The sociodemographic information form created by the researchers, the Beliefs About Third-Hand Smoke Scale (BATHS-T) and the Perception of Health Scale were administered to the participants face to face. While evaluating the obtained data, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 program was used for statistical analysis. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of 500 parents evaluated in the study, 74.6% were mothers and 25.4% were fathers. The mean age of the mothers was 30.34 ± 5.56 years, and the mean age of the fathers was 33.35 ± 5.87 years. The mean BATHS-T score of the mothers (39.20 ± 5.79) was higher than the mean BATHS-T score of the fathers (36.94 ± 5.85) ($p < 0.001$). Of the participants 20.4% were smokers. When we look at the smoking rates, 10.5% of the mothers and 49.6% of the fathers were smokers ($p < 0.001$). The mean score of the BATHS-T was found to be lower in smokers (37.45 ± 6.62) than in non-smokers (38.92 ± 5.65) ($p = 0.041$). Perception of health scale control center domain scores were found to be lower in mothers (15.37 ± 4.59) than fathers (16.93 ± 3.87) ($p < 0.001$). Perception of health scale importance of health sub-factor

scores were found to be lower in smokers (11.16 ± 2.12) compared to non-smokers (11.76 ± 1.95) ($p=0.006$). Perception of health scale total scores were higher in those who were aware of the concept of THS (52.95 ± 7.15) compared to those who had never heard of THS (49.66 ± 6.99) ($p=0.001$). Of the children, 17% were exposed to tobacco smoke indoors. While 19.5% of children admitted to the hospital due to respiratory and allergic complaints were exposed to tobacco smoke indoors, this rate was 11.2% in children admitted to the hospital for other reasons, and this difference was significant ($p=0.022$). It was seen that the parents of 71.8% of the children who were exposed to tobacco smoke indoors had a high school education level or below, while the parents of 56.9% of the children who were not exposed to tobacco smoke indoors had a high school education level or below ($p=0.011$).

Conclusion: Smoking not only affects the user but also the entire society by causing second-hand smoke and third-hand smoke exposure. Currently, in order to protect children who are at great risk for exposure to THS, which is a new concept, it is necessary to raise awareness of the parents. This will be possible both by informing about THS and by improving the health perceptions of individuals, by motivating them to quit and directing them to healthy lifestyle behaviors by education.

Keywords: Smoking, third hand smoke, health perception, child health, family medicine

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri.....	3
2.2. Tütünün Tarihçesi	3
2.3. Tütünün Epidemiyolojisi	4
2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkisi	4
2.5. Çevresel Sigara Dumanı	6
2.6. Üçüncü El Sigara Dumanı	6
2.7. Üçüncü El Sigara Dumanının Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri ve Zararları	7
2.8. Tütün Kontrol Politikaları.....	10
2.8.1. Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları	10
2.8.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları	11
2.9. Sağlık Algısı	12
3. GEREÇ ve YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Evreni.....	13
3.3. Araştırmanın Örneklemi	13
3.4. Dışlanma Kriterleri	13

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam	14
3.6. Veri Toplama Araçları	14
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	14
3.6.2. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar (BATHS-T) Ölçeği	14
3.6.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	14
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇLAR.....	38
7. ÖNERİLER	40
8. KAYNAKLAR.....	42
9. EKLER	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

İESD: İkinci El Sigara Dumanı

ÜESD: Üçüncü El Sigara Dumanı

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DM: Diabetes Mellitus

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

BATHS-T: Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar Ölçeği

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ÜESD toplam puanı ile sağlığın önemi toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi	33
--	----

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	16
Tablo 2. Katılımcıların tütün kullanımı ile ilgili durumları.....	17
Tablo 3. Çocukların sosyodemografik özellikleri ile tütün maruziyetine ait özellikler	19
Tablo 4. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri.....	20
Tablo 5. Ölçeklerin ortalama puanlarının katılımcıların özellikleri ile karşılaştırılması	21
Tablo 6. Ölçeklerin ortalama puanlarının katılımcıların tütün kullanım durumları ile karşılaştırılması.....	23
Tablo 7. Ölçeklerin ortalama puanlarının çocukların özellikleri ile karşılaştırılması	24
Tablo 8. Çalışmaya katılan anne ve babalara ait özelliklerin karşılaştırılması	25
Tablo 9. Çocuktaki kronik hastalık durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi	26
Tablo 10. Çocuğun hastaneye başvuru sebebinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi	28
Tablo 11. Çocuğun kapalı ortamda tütün maruziyetinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi	29
Tablo 12. Evde tütün ürünü kullanım durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi	30
Tablo 13. ÜESD ölçek puanı ile sağlık algısının korelasyonu	32

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olup dünyada yaklaşık olarak 1,1 milyar kişi hala sigara kullanmakta ve 2025 yılına kadar bu rakamın 1,6 milyarı geçmesi beklenmektedir (1). Yaklaşık olarak her yıl altı milyon insan sigara içimine bağlı hayatını kaybetmekte ve bu ölümlerin beş milyondan fazlası doğrudan sigara içimine bağlı iken 600.000'den fazlasını pasif duman maruziyeti oluşturmaktadır (2).

Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanımı kullanıcının yanı sıra tütün ürünü kullanan kişinin ailesine, arkadaş çevresine hatta tüm topluma zarar vermektedir. Milyonlarca çocuk sigaranın zararlı etkilerinden muzdarip durumdadır. Dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı; tütün kullanımı ile ilgili mevzuatların olmadığı ve dünya nüfusunun sadece %5'inin sigara karşıtı yasaklarla korunduğu ülkelerde yaşamaktadır (3). Sigara dumanının zararlı etkilerinin sadece kullanıcılar ile sınırlı olmaması pasif içiciliğin önemini gözler önüne sermektedir. Pasif içicilik yani ikinci el sigara dumanı (İESD); yanan sigaradan ortama yayılan ve aktif olarak sigara içen kişinin nefesle dışarıya verdiği dumanın birleşimi ile oluşmaktadır ve verdiği zarar oldukça fazladır. Son zamanlarda; kapalı bir ortamda kalan tütün dumanı kirleticilerinin kombinasyonu olan üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) olarak adlandırılan yeni bir maruz kalma türü tanımlanmıştır (4). Yapılan çalışmalar ÜESD'nin sigara kullanan kişilerin kıyafetlerinde, cildinde, saçında bulunduğu gibi aynı zamanda duvar, koltuk, halı, perde gibi yüzeylerde de bulunduğunu göstermiştir (5, 6). Bu sebeple ÜESD masum değildir ve çocuklar yetişkinlere kıyasla kapalı mekanlarda daha fazla zaman geçirdikleri için, el-ağız davranışları fazla olduğu için ayrıca olgunlaşmamış solunum ve bağışıklık sistemine sahip oldukları için ÜESD'nin olumsuz etkilerine maruz kalmaya daha yatkın, daha savunmasız ve daha hassastırlar (7-9). Deneysel çalışmalar ÜESD'ye maruz kalma sonucu yenidoğan farelerde vücut ağırlığında azalma meydana geldiğini, insan üreme hücrelerinde metabolik değişiklikler olduğunu ve deneysel farelerin kanındaki immünolojik parametrelerde değişiklikler olduğunu dolayısı ile ÜESD maruziyetinin potansiyel zararları ile bunun sağlık üzerine olumsuz etkileri arasındaki ilişkiyi göstermiştir (10, 11). Bununla birlikte ÜESD'nin sağlık üzerine olumsuz yansımalarını aydınlatmak için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Tüm dünya halen İESD'nin zararlı etkilerini tartışırken riskleri henüz yeni tanımlanmaya çalışılan ve derinlere inildikçe öneminin daha çok anlaşılacağına inandığımız ÜESD maruziyeti de göz ardı edilmemelidir.

Sağlık algısı ya da algılanan sağlık durumu kişinin kendi sağlığı hakkındaki düşüncesini ifade eder ve subjektiftir. Kronik hastalığı olmasına rağmen kendisinin sağlıklı olduğunu düşünenler olabildiği gibi nesnel hastalık kanıtı olmadığı halde kendisini ölümcül hasta olarak görenler de olabilir (12, 13). Bireylerin sağlık algısı ve hastalık karşısında göstermiş oldukları tepkiler bireysel, toplumsal ve kültürel etkilere bağlı olarak belirlenmekte olup her insanın kendini algılama biçimi farklılık gösterir ve buna bağlı olarak bireylerin sağlık davranışları etkilenmektedir (14, 15).

Zamanlarının çoğunu evde geçiren ve sigara dumanının zararlı etkilerinden kendilerini koruma konusunda daha savunmasız olan çocuklar ÜESD maruziyeti açısından en riskli grubu oluşturmakta olup bu maruziyeti önleme konusunda ebeveynlere büyük görev düşmektedir. Bu bağlamda bireyler ÜESD hakkında bilgilendirilmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır. Bununla birlikte kişilerin sağlık algıları geliştirilerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelmelerini ve dolayısıyla tütün ürünü kullanımı gibi sağlığa zararlı davranışlardan kaçınmalarını sağlamak gerekmektedir. Bu çalışma okul öncesi dönem pediatrik hastaların ebeveynlerinin sağlık algıları ile üçüncü el sigara dumanına yönelik inanışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Gerek ÜESD ile ilgili yapılmış olan çalışmaların azlığı gerekse ÜESD'ye yönelik inanışlar ile sağlık algısı ilişkisini araştıran çalışmanın olmayışı açısından literatüre önemli katkılar sağlayacağını umuyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri

Tütün; Patlıcangiller (Solanaceae) familyası, *Nicotiana* cinsinden genellikle bir yıllık, otsu bir bitkidir. *Nicotiana* cinsine ait yaklaşık 65 tür bulunmakta olup bu türlerden yalnızca “*Nicotiana tabacum*” ile “*Nicotiana rustica*” sigara, pipo, puro gibi tütün ürünlerinin üretiminde kullanılmaktadır (16).

Tütün yaprağı, ticari açıdan bitkinin en önemli ve asıl yararlanılan kısmını oluşturur. Yaprığın yapısında kimyasal olarak bulunan nikotin, azot ve indirgeyici maddeler tütün ürünlerinin üretimi açısından önem taşımaktadır. Nikotin; keyif verici ve bağımlılık yapıcı güçlü bir alkaloiddir (16, 17). Tütün yaprağı açık renkli ise nikotin oranı kısmen daha düşüktür ve bu tütünlerden yumuşak içimli sigaralar üretilir. Puro, pipo ve enfiye gibi içimi sert olan tütünler ise nikotin oranı daha yüksek olan koyu renkli yapraklardan üretilir (18). Tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması sonucu içme, çiğneme, emme, burna çekme amaçlı oluşturulan tüm ürünler “tütün ürünü” olarak isimlendirilmektedir. Sigara en yaygın kullanılan tütün ürünü olmakla birlikte nargile, puro, pipo sık kullanılan diğer tütün ürünlerindendir (19).

2.2. Tütünün Tarihçesi

Tütünün ilk olarak M.Ö. 6000 yıllarında Amerika kıtasında yetiştirildiği bilinmekte olup, tütün kullanımına ise ilk kez M.Ö. 1500’lü yıllarda Mayalarda rastlanmıştır. Yerliler tütün yapraklarını kurutup sararak, ufalayarak ilkel pipo oluşturarak ya da çiğneyerek, derilerine sürerek kullanmışlardır (20).

1492 yılında Küba’ya seyahat eden Christopher Columbus yerlilerin “tobacco” ismini verdikleri bitkiyi içtiklerini görmüş ve bu bitkiyi Avrupa’ya götürerek Avrupalıların tütün ile tanışmasına sebep olmuştur. Portekiz’de Fransız büyükelçiliği yapan Jean Nicot 1566 yılında tütünü Paris’e taşıyarak kraliçeye baş ağrıların tedavisi için takdim etmiş ve şifa kaynağı olduğu inancı ile diğer Avrupa ülkelerine de hızla yayılmıştır. Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılım gösteren tütüne Jean Nicot’a ithafen “*nicotiana*”, 1828 senesinde bulunan alkaloidine ise “nikotin” ismi verilmiştir (21).

Osmanlı Devleti’nin tütün ile tanışması 17. yy. da Venedik, Portekiz ve Genova’dan gelen denizciler tarafından tütünün İstanbul’a getirilmesi ile olmuştur. Osmanlı’da tütün üretimine ilk olarak Yenice, İskeçe ve Kavala şehirlerinde rastlanmıştır ve üretilen tütün ülke

içinde kullanıldığı gibi aynı zamanda Avrupa'ya da satılmaya başlanmıştır. Dinen yasak olması nedeniyle IV. Murat döneminde tütün kullanımı yasaklanmış olup sonrasında IV. Mehmet'in tahta geçmesi ile tütün kullanımı ile ilgili yasaklar kaldırılmış ve Osmanlı'nın çöküş döneminde tütün tüm Anadolu'da kullanılmaya başlanmıştır. Ancak ekonomik sıkıntılar nedeni ile 1884 yılında tütün üretiminin yarı hissesi Osmanlı tarafından Fransız Reji şirketine verilmiştir. Kurtuluş savaşı sonrası Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasıyla birlikte 1925 senesinde yabancı tekele son verilerek Ulusal Tekel kurulmuştur. 1985 yılına kadar ülkemizde yalnızca yerli tütün üretimi ve satışına izin verilirken 25 Mayıs 1985 tarihi itibari ile tütün ithalatı serbest hale getirilmiştir. 1991 senesine ait bir kararname ile yabancı şirketlerin ülkemizde fabrika kurarak sigara üretimi yapmalarına izin verilmiştir ve böylece bu tarih itibari ile sigara tüketiminde ne yazık ki çok hızlı bir artış meydana gelmiştir (22).

2.3. Tütünün Epidemiyolojisi

Dünyada önemli halk sağlığı sorunlarının başında tütün bağımlılığı gelmektedir. Dünyada yaklaşık olarak 1 milyar kişi tütün kullanmakta olup, bu oran kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (23).

Türkiye'de 2016 yılına ait Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) verilerine bakıldığında tütün kullanımı tüm popülasyonda %31,6, erkeklerde %44,1, kadınlarda ise %19,2 olarak görülmektedir (24).

Tütünün en yaygın kullanım şekli sigaradır (25). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 istatistiklerine göre yaklaşık olarak dünyada her yıl 6 milyon insan sigara içimine bağlı hayatını kaybetmekte ve bu ölümlerin 5 milyondan fazlası doğrudan sigara içimine bağlı iken 600.000'den fazlası pasif duman maruziyetinden kaynaklanmaktadır. Sigara içme alışkanlığı mevcut hali ile devam ederse sigaraya bağlı gelişen ölümlerin 2030 yılına kadar yılda 8 milyonun üzerinde olması beklenmektedir (2).

2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkisi

Tütün dumanında 4000'den fazla kimyasal madde bulunmakta ve bu maddelerin en az 81 tanesinin kanser yapıcı etkisi vardır. Nikotin, formaldehit, siyanür, amonyak, karbonmonoksit, arsenik, vinil klorür zararlı maddelerden bazılarıdır. Nikotin psikolojik ve fiziksel bağımlılığa yol açmaktadır. Karbonmonoksit ve siyanür gibi maddeler toksik etki göstererek doku ve organ hasarına neden olmaktadır. Karbonmonoksit eritrositlerdeki

hemoglobine bağlanarak oksijen taşıma kapasitesini azaltmakta ve dokuların yeteri kadar oksijenlenmesine engel olarak organ fonksiyon kayıplarına neden olmaktadır (26).

Tütün kullanımı; koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom, periferik arter hastalığı, aort anevrizması, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar açısından ciddi bir risk faktörüdür (27). Sigara kardiyovasküler hastalıkların patogenezinin temeli olan endotel hasarına yol açarak ateroskleroz ve tromboza sebep olur. Kardiyovasküler hastalıklar ani ölümlerin en sık nedeni olup ani ölüm açısından sigaranın rolü büyüktür (28). Ayrıca HDL düzeyinde azalma, trigliserit ve LDL düzeylerinde artışa neden olarak aterojenik etki oluşturmaktadır (29).

Sigara özellikle bronşların etrafında inflamasyon, fibrozis oluşturarak ve alveol hasarına sebep olarak solunum yollarında hasara yol açar (30). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişiminde sigara temel risk faktörlerindendir. 2016 yılında yapılan bir araştırmada KOAH gelişme riski sigara içenlerde sigara içmeyenlere kıyasla 4 kat yüksek bulunmuştur. Sigaranın KOAH'a sebep olmasının temelinde yatan iki ana mekanizma proteaz-antiproteaz dengesizliği ile oksidatif strestir. Bu süreçleri kontrol altına almanın ve durdurmanın en önemli yolu sigara kullanımını bırakmaktır. Sigara astım gelişimi ve alevlenmesi ile de yakından ilişkilidir. Astım tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliğini de azalttığı görülmüştür. Sigara kullanım öyküsü olan kişilerde hiç sigara kullanmayanlara kıyasla astım atak sıklığı 1,7 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Sigara aynı zamanda tüberküloz, pnömoni, interstisyel akciğer hastalığı sıklığında da artışa neden olmaktadır (31).

Tüm kanserlerin üçte birine neden olan tütün başta akciğer kanseri olmak üzere orofarinks, özofagus, mide, pankreas, larinks, böbrek, üreter, kolon, serviks, mesane kanseri ve akut myeloid lösemi ile de ilişkilidir (32).

Spontan abortus, ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği, ani bebek ölümü sendromu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, depresyon, erektil disfonksiyon, infertilite, osteoporoz sigara ile ilişkili diğer patolojilerdir (33).

Ayrıca yapılan araştırmalar sigara içen kişilerde tip 2 diabetes mellitus (DM) gelişme riskinin sigara içmeyen kişilere kıyasla %30-40 daha yüksek olduğunu da göstermiştir (34).

2.5. Çevresel Sigara Dumanı

Sigara içeriğinde bulunan kimyasallar, aktif olarak sigara kullanan kişilere zarar verdiği gibi aynı zamanda sigara dumanına pasif olarak maruz kalan bireylerde de çeşitli hastalıklara sebep olmaktadır (33).

Sigara kullanımı sırasında yanan bir sigaradan ana akım dumanı ve yan akım dumanı isminde iki tür duman açığa çıkmakta olup sigara içen kişi tarafından solunan ve sonrasında ekshale edilen duman ana akım dumanını, yanmakta olan sigaradan etrafa yayılan duman ise yan akım dumanını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar yan akım dumanının ana akım dumanına kıyasla 2-4 kat daha toksik olduğunu göstermiştir. Ana akım dumanı ile yan akım dumanının kombinasyonu çevresel sigara dumanı olarak isimlendirilmektedir. Pasif içiciliğin eş anlamlısı olarak kullanılabilen ikinci el sigara dumanı (İESD) kavramı çevresel sigara dumanına maruziyeti ifade eder. Ayrıca yapılan çalışmalar sigara kullanımı sonrası havalandırılan odalarda yan akım dumanından 3 kat, ana akım dumanından 12 kat daha toksik olan ikinci el sigara dumanının yaşlı formu olarak da bilinen yaşlanmış yan akım dumanının varlığını göstermiştir. Bu da üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) kavramını ifade etmektedir (35). İESD'ye sigara dumanını istemsiz soluyarak maruz kalınırken ÜESD'ye maruziyet ise yüzeylere sinmiş olan duman partiküllerinin istem dışı solunması, yutulması, temas ederek cilt yolu ile alınması sonucu olmaktadır. ÜESD, İESD'ye kıyasla daha düşük konsantrasyona sahip olmasına karşın daha uzun süreli maruziyete sebep olmakta ve büyük önem taşımaktadır (8).

2.6. Üçüncü El Sigara Dumanı

Sigara dumanına maruziyet riskinin içilmekte olan sigara söndüğünde son bulmadığı, sigara yokluğunda da devam ettiği son zamanlarda yapılan araştırmalarda gündeme gelmiştir (33). Bu kapsamda ilk olarak 2006 yılında “Üçüncü El Sigara Dumanı” denilen yeni bir kavramdan bahsedilmiştir (36). 2009 yılında Winickoff ve ark. ÜESD tanımlamasını; yanmakta olan sigara söndürüldükten sonra kalan artık tütün dumanının ortamdaki yüzeylere sinmesi neticesinde ortaya çıkan maruziyet olarak yapmıştır (37). Sigara içilen bir ortamı havalandırmak veya sigara dumanına maruz kalan yüzeyleri silmek sigara dumanına ait kalıntıları tam olarak yok etmemekte olup ÜESD günlerce, haftalarca hatta aylarca yüzeylerde kalabilmektedir (4, 38). Ayrıca yüzeylere sinmiş olan nikotin artıklarının nitroz asit ile tepkimeye girerek taze yayılan tütün dumanı içeriğinde bulunmayan ve daha güçlü

kanserojenik etkiye sahip maddeleri oluşturduğu gösterilmiştir (39). Bununla birlikte kapalı bir ortamda sigara içildikten sonra çok küçük boyutlara sahip partiküller havada asılı kalmakta ve konsantrasyonları ilk 4 saatte 1/100'e inmektedir. Sonraki 24 saatte tekrar 100'e bölünen partiküller ortamdaki hava sirkülasyonuna bağlı olarak tekrar havaya karışmakta ve 0,3 mm'den küçük partiküllerin konsantrasyonları yeniden 100 katına çıkarak 4. saatteki seviyelerine ulaşmaktadır ve bu durum yeniden süspansiyon hipotezini destekler niteliktedir (38). Yüzeyle sinen ya da havada asılı halde kalan duman partiküllerinin istemsiz olarak solunması, yutulması ya da temas ederek cilt yolu ile alınması ÜESD'ye maruz kalmaya sebep olmaktadır (8). ÜESD'nin birden fazla kaynak aracılığı ile çoklu yollarla taşınabilmesine bağlı olarak sigara dumanına direk olarak maruz kalmayan bir kişi ÜESD kalıntıları ile kontamine olabilmekte ve bu durum çekirge etkisi olarak isimlendirilmektedir. Aktif ve pasif içicilik kısa süreli yüksek konsantrasyonlarda maruziyete sebebiyet verirken, ÜESD'de uzun süreli ve kümülatif bir maruziyet söz konusudur ve bu durum sigaranın sağlığa olan zararlı etkilerine yenilerini eklemektedir (40).

2.7. Üçüncü El Sigara Dumanının Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri ve Zararları

Çocukların yetişkinlere kıyasla solunum sayılarının daha fazla olması, tütüne özgü olan nitrozamini detoksifiye etme yeteneklerinin daha yetersiz olması, immün sistemlerinin gelişmemiş olması, ciltlerinin daha ince olması gibi fizyolojik nedenler ile zamanlarının çoğunu kapalı ortamlarda geçirmeleri, yüzeyle sık temas halinde oluşları, el-ağız alışkanlıklarının fazla olması, tütün dumanına karşı kendilerini koruma konusunda savunmasız olmaları gibi çevresel nedenler göz önüne alındığında çocuklar ÜESD maruziyeti açısından en riskli grubu oluşturmaktadırlar (8, 41).

Gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinde ve doğum sonrası sigaraya maruz kalan bebeklerde ani bebek ölüm sendromu sıklığı daha fazladır. Ayrıca gebelikte kullanılan sigara düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dünyaya gelmesine sebep olmaktadır (42).

Sigaraya maruz kalan bebeklerde ve çocuklarda öksürük, balgam, hırıltılı soluma gibi solunum sıkıntısının göstergesi olan semptomlar ile pnömoni, bronşit gibi alt solunum yolu enfeksiyonları daha çok görülmekte olup aynı zamanda astımın şiddetinde de artış olmaktadır (43). Ayrıca ÜESD'ye erken yaşlarda maruz kalmak hücre proliferasyonunda artışa ve DNA hasarına sebep olarak akciğer kanseri riskinde artışa yol açmaktadır (44). Uzun süreli ÜESD maruziyeti fibroblastlarda, proinflamatuvar sitokinlerde artışa ve sonuç olarak fibrozise neden olarak oksijen difüzyon kapasitesini azaltmaktadır buna bağlı olarak

akciğer fibrozisine yol açabilecek ilaç kullanan kişilerin tedavisi düzenlenirken ÜESD maruziyetini dikkate almak gerekmektedir (45).

Karim ve ark. tarafından fareler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre ÜESD'ye maruz kalan farelerin hiperaktif trombositlere sahip olduğu, kanama zamanlarında önemli ölçüde kısalma olduğu ve trombosit agregasyonunda artış olduğu gösterilmiştir. ÜESD; trombosit agregasyonu, glikoprotein IIb-IIIa aktivasyonu ve hemostazda rol alan salgı maddelerinde artışa sebep olarak tromboz temelli hastalıkların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durum sigaraya bağlı kardiyovasküler mortalitenin ana mekanizmasının tromboz olması açısından ayrıca önem taşımaktadır (46).

Farelerle yapılan bir çalışma sonucunda ÜESD'nin karaciğer üzerine olan zararlı etkileri gösterilmiş olup ÜESD; hepatositlerde lipid birikimini uyarak steatoza sebep olmakta ve steatoz non-alkolik yağlı karaciğer hastalığına dönüşüp ilerleyerek fibrozis, siroz ve kansere yol açabilmektedir. Ayrıca düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve trigliserid seviyelerinin kanda arttığı, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) seviyesinin ise önemli ölçüde azaldığı görülmektedir. Karaciğerde meydana gelen bu değişiklikler kardiyovasküler hastalık ve serebrovasküler olay için potansiyel risk oluşturmaktadır. Karaciğer metabolizmasında meydana gelen değişiklikler sonucu bazı ilaçların eliminasyonu bozulabilmekte ve bu durum özellikle çocuklar için endişe verici olabilmektedir. Karaciğerin bir diğer önemli işlevi olan insülin metabolizmasında oluşan bozukluğa bağlı olarak da Tip 2 DM gelişme ihtimali artmaktadır. Tüm bunlar dikkate alındığında yüksek trigliserid ve LDL düzeyleri, düşük HDL düzeyi, insülin metabolizmasındaki bozukluklar neticesinde metabolik sendrom gelişmesine meyil oluşmaktadır (45, 47-49).

ÜESD maruziyeti çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, öğrenme güçlüğü gibi nörodavranışsal ve bilişsel bozukluklara da sebep olabilmektedir (50).

Sigara kullananların yaralarının geç iyileştiği bilinen bir durum olmakla birlikte ÜESD de potansiyel olarak fibriler kollajende ve anjiyogenezde azalmaya, elastaz düzeyinde artışa yol açarak yara iyileşmesinde gecikmelere neden olmakta ve bu durum özellikle cerrahi yaraların geç kapanması açısından önem taşımaktadır (51).

Yenidoğan ve erişkin fareler üzerinde yapılan bir çalışmada ÜESD maruziyetinin yaştan bağımsız olarak hematopoetik sistemde kalıcı değişikliklere sebep olduğu gösterilmiştir. Myeloid seride özellikle nötrofil ve trombosit sayılarında azalma görülmüş, eozinofillerde ise artış dikkati çekmiştir. T lenfosit fraksiyonunda değişiklik gözlenmezken T lenfositlerin

alt grubu olan süpresör T lenfosit sayısında artış görülmüştür. Bu sonuçlar ÜESD'nin insan sağlığı üzerine de olumsuz etkilerinin olduğunu düşündürmekte ve ÜESD'ye bağlı olarak immün sistemin zayıflayacağını ayrıca eozinofil artışından yola çıkarak ÜESD'nin allerji üzerine etkileri olabileceğini gözler önüne sermektedir. Bununla birlikte ÜESD'ye maruz kalan yenidoğan farelerde ÜESD'ye maruz kalmayanlara göre kilo alımında önemli ölçüde azalma ve vücut ağırlıklarında anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur. Bu da yine bizlere ÜESD'nin çocuk gelişimi üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (10).

Fare nöron kök hücreleri, insan pulmoner fibroblastları ve akciğer epitel hücreleri kullanılarak yapılan bir çalışmada ÜESD içeriğinde yer alan uçucu organik kimyasallardan biri olan akroleinin yüksek dozlarda hücreleri öldürerek düşük dozlarda ise hücre proliferasyonunu inhibe ederek sitotoksositeye sebep olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular ÜESD'ye maruziyetin insanlarda amfizem gibi akciğer patolojilerine sebep olabileceği ve özellikle yenidoğanlarda beyin gelişimi üzerine olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir (52).

Spermatogonia yani farklılaşmamış erkek germ hücreleri ve sertoli hücreleri ÜESD'ye maruz bırakılarak incelenmiş ve metabolik değişiklikler gözlenmiştir. Spermatogonia hücrelerinde önemli bir antioksidan olan glutatyon düzeyi önemli ölçüde yüksek bulunmuş, glutatyonun reaksiyon ürünü olan glutamat ise azalmıştır, yani artan biyosentez ve azalmış glutatyon katabolizması söz konusudur. Bu durum bize ÜESD'deki oksidan maddelere karşı spermatogonia hücrelerinde oluşturulmuş adaptif cevabın varlığını göstermektedir. ÜESD'ye maruz kalan sertoli hücrelerinde ise nükleik asit metabolizmasında değişiklik ve amonyak artışı dikkati çekmiş olup bu durum ÜESD'nin sertoli hücreleri üzerine olan genetik toksisite etkisine işaret etmektedir (53).

İn-vitro koşullarda akut ve kronik ÜESD maruziyeti oluşturularak yapılan bir çalışmada ÜESD'ye bağlı oluşan DNA hasarı gözlenmiştir. Bu genotoksik etki kronik maruziyette akut maruziyete kıyasla daha yüksek bulunmuştur. ÜESD oksidatif stres ve DNA zincir kırıkları ile ilişkili bulunmuştur. Bunun bir sonucu olarak ÜESD'ye maruz kalmanın insan vücudunda DNA hasarına bağlı olumsuz etkilere dolayısı ile kanser riskinde artışa sebep olabileceği öne sürülmektedir (54).

2.8. Tütün Kontrol Politikaları

2.8.1. Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları

Tütün kontrolü; toplumda tütün ürünü kullanımını ve tütün dumanına maruziyeti ortadan kaldırmayı ya da mümkün olduğunca azaltmayı ve bu sayede tütünün sağlığa olan zararlarını minimize etmeyi amaçlayan stratejilerin genel adıdır. Tütünün hem sağlığa olan zararlı etkileri hem de ekonomik açıdan yol açtığı olumsuz etkiler göz önüne alındığında tütün ürünlerinin kullanımının kontrol edilmesi zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Tütün kontrolü aktif sigara kullanımına engel olmanın yanında ikinci ve üçüncü el sigara dumanı maruziyetini de önlemeyi amaçlaması açısından oldukça önemlidir. Bu amaçla DSÖ tarafından 2003 yılında uluslararası Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) düzenlenmiş ve yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmede tütün üretimi, satışı, reklam ve tanıtımı, tütün kullanımının yol açabileceği zararlar konusunda bireylerin eğitilmesi gibi birçok konuyu içeren düzenlemeler yapılmış olup bu sayede tütün kontrolü konusunda dünyada önemli gelişmeler yaşanmış ve birçok ülkede olumlu gelişmeler sağlanmıştır (55).

TKÇS ile sağlanan başarıyı güçlendirmek adına 2008 yılında DSÖ tarafından yeni bir girişim başlatılmış olup bu amaçla MPOWER olarak isimlendirilen 6 temel stratejiyi içeren Küresel Tütün Salgını Raporu yayınlanmıştır. MPOWER sözcüğü; 6 stratejinin ilk kelimelerinin baş harflerinin birleşiminden meydana gelmiştir ve şu politikaları kapsamaktadır:

Monitor tobacco use and prevention policies: Tütün kullanımının ve koruyucu stratejilerin takip edilmesi

Protect people from tobacco smoke: Kişilerin pasif sigara dumanı etkilerinden korunması

Offer help to quit tobacco use: Sigara kullanan kişilere bırakmaları konusunda yardım önerilmesi

Warn about the dangers of tobacco: Tütün kullanımının zararları konusunda uyarıda bulunulması

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: Tütün ürünlerinin tanıtım, reklam ve sponsorluklarını engelleme konusunda yasaklar oluşturulması

Raise taxes on tobacco: Tütün üzerindeki vergilendirmenin artırılması

Bu değerlendirmelere göre; dünyadaki ülkelerin yaklaşık yarısında tütünün sağlık üzerine olan zararları ve tütün kontrolü hakkında yeterli ve güvenilir bilgi yoktur, tütün dumanından pasif etkilenim konusunda birçok ülkede kısıtlamalar olmakla birlikte uygulamada eksiklikler mevcuttur ve dünya nüfusunun %5 kadarı pasif maruziyetten etkili bir şekilde korunabilmektedir. Dünyada sigara kullanan 1,3 milyar kişinin çoğu sigarayı bırakmak istemekte fakat bırakmak isteyen kesimin büyük kısmı bu konudaki hizmetlere ulaşamamakta sadece %5 kadarı sigara bırakma hizmetinden faydalanabilmektedir. Sigaranın sağlığa olan zararlı etkileri konusunda bireylerin bilgilendirilmesi büyük ölçüde yetersiz olup birçok ülkede sigara paketleri üzerinde sigaranın olumsuz etkilerine ilişkin uyarıcı yazılar yeterli olmamakla birlikte “light, mild” gibi eldirici ifadeler bulunmaktadır. Tütün rnlerinin reklam ve tanıtımı amacıyla tütün endüstrisi tarafından oldukça büyük harcamalar yapılmakta olup sadece ABD’de bu tutar yıllık 7,5 milyar dolar civarındadır. Tütün rnlerinin tanıtım ve sponsorluğu konusundaki yasal düzenlemeler yeterli olmayıp dünya nüfusunun yaklaşık %5’i kapsamlı yasalar tarafında korunmakta olup dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı hala tütün kullanımı ile ilgili yasakların olmadığı ülkelerde yaşamlarını sürdürmektedir. Tütün rnleri üzerindeki vergiyi artırarak sigara fiyatlarını artırmak sigara kullanımının azaltılması açısından tek başına en etkili yoldur ve gelişmiş ülkelerin çoğunda sigara fiyatları yüksek olup gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ise daha düşük tutarlardadır. Tüm bunlar göz önüne alındığında dünyada tütün kontrolü konusunda başarı sağlamak açısından MPOWER politikalarının etkin şekilde uygulanması önem taşımaktadır (55, 56).

2.8.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları

Türkiye’de tütün üretimi, satış ve pazarlaması uzun yıllar devletin kontrolünde olmuş 1980’li yılların ortasında ise çok uluslu tütün endüstrisinin denetimine girmeye başlamıştır. Bununla birlikte sigara tanıtım ve reklamları yapılmaya başlanmış, bunun sonucu olarak da 1983 ile 2000 yılları arasında sigara kullanımında %80 artış görülmüştür. Bu durum tütün kontrolü çalışmalarını beraberinde getirmiş ve 1996 yılında Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları için büyük önem arz eden Tütün Mamüllerinin Zararlarının nlenmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile toplu taşıma araçlarında ve kapalı ortamların büyük kısmında sigara içilmesinin, 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının, tütün ürünlerinin tanıtım ve reklamlarının yasaklanması aynı zamanda sigara paketleri üzerine uyarıcı yazıların yazılmaya başlanması ve televizyon programlarında sigaranın zararlarına yönelik bilgilendirici ve eğitim verici yayınların yapılması amaçlanmıştır. Bu kanunun uygulanması

neticesinde şehirlerarası otobüsler ve uçaklar ile olan yolculuklarda sigara kullanımı yasaklanmış, tütüne ait reklamlar ortadan kaldırılmıştır (55).

DSÖ tarafından 2003 yılında yürürlüğe giren TKÇS Türkiye tarafından 2004 yılında imzalanarak onaylanmıştır. Böylece tütün kontrolüne yönelik çalışmalar artmıştır. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun uzun bir süre uygulanmış ve sonrasında bazı değişiklikler yapılarak 2008 yılında Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ismi ile yeniden düzenlenmiştir. Yenilenen hali ile 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun sayesinde MPOWER stratejileri önemli ölçüde benimsenmiş ve kamu hizmet binalarının kapalı bölümlerinde, eğitim, kültür, eğlence amaçlı kullanılan mekanlarda, toplu taşıma araçlarının yanı sıra taksilerde de ayrıca restoran, kafe, bar gibi yerlerde de sigara kullanımı yasaklanmış, tütün sponsorluğunun önüne geçilmeye çalışılmış, sigara paketleri üzerinde yer alan uyarı yazıları artırılmış ayrıca 18 yaşından küçüklere sigara satışı yapanlara yaptırımlar getirilmiştir (55).

Tütün kontrolü ile ilgili bu çalışmalar sonucu Türkiye; DSÖ'nün 2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda MPOWER kriterlerini büyük ölçüde uygulayan ilk ülke olmuş, ayrıca 2019 Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda ise Brezilya ile beraber kriterleri önemli ölçüde karşılayan iki ülkeden birisi olmuştur. Türkiye tütün kontrolü konusunda Dünya'da çok önemli bir konuma sahip olup yasaların etkin şekilde uygulanması tütün kontrolündeki başarıyı artırmak açısından oldukça önemlidir (55, 56).

2.9. Sağlık Algısı

Sağlık algısı bireyin kendi sağlığı hakkındaki kişisel düşüncelerini ifade eder ve sübjektiftir. Kronik hastalığı olmasına rağmen kendisinin sağlıklı olduğunu düşünenler olduğu gibi nesnel hastalık kanıtı olmadığı halde kendisini ölümcül hasta olarak görenler de olabilir. Kişinin kendi sağlığı ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olması iyi sağlık algısını, olumsuz düşüncelere sahip olması ise kötü sağlık algısını göstermektedir (12, 13). Bireylerin sağlık algısı ve hastalık karşısında göstermiş oldukları tepkiler biyolojik, psikolojik, toplumsal, sosyokültürel etkilere bağlı olarak belirlenmekte olup her insanın kendini algılama biçimi farklılık göstermekte ve buna bağlı olarak bireylerin sağlık davranışları belirlenmektedir (14, 15). Kişilerin sağlık algıları; sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusundaki duyarlılıklarını etkileyerek bireylerin kendi sağlıkları üzerinde daha kontrollü olmalarını, sağlığı geliştirici yaşam davranışları kazanmalarını ve buna bağlı olarak yaşam

kalitelerinin yükselmesini sağlamaktadır. Dolayısı ile sağlık algısına bağı olarak kişilerin sigara kullanımına yönelik tutumlarının da etkilenmesi beklenmektedir. Bu sebeplerle sunulan çalışmanın amacı; okul öncesi dönem pediatrik hasta ebeveynlerinin sağlık algıları ile üçüncü el sigara dumanına yönelik inanış ve tutumları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma 2 Ekim 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini; Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran okul öncesi dönem pediatrik hastaların ebeveynleri oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem hesabına gidilmeden Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran okul öncesi dönem pediatrik hastaların gönüllü ebeveynleri ile çalışma yürütüldü ve toplam 500 ebeveyn den veri elde edilerek çalışma tamamlandı.

3.4. Dışlanma Kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
2. Türkçe iletişim kuramama
- 3- 18 yaşından küçük olma
4. Demans, Alzheimer, görme ve işitme problemi gibi iletişimi bozan engelle sahip olma
5. Hastaneye başvuran 0-28 günlük bebeklerin ebeveyni olma
6. Hastaneye başvuran 60 aydan büyük çocukların ebeveyni olma

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 01.10.2021 tarih 2021/3434 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır (EK-1’de sunulmuştur).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcılara üç alt başlığı olan bir anket formu yüz yüze olacak şekilde uygulandı (EK-2). Anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar (BATHS-T) Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeğini kapsamaktadır.

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıyı ve çocuğu tanıttıcı bilgilerin bulunduğu bilgi formu konuyla ilgili literatür taranarak hazırlandı. Form yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara kullanım öyküsü gibi özelliklerin yanı sıra çocuğun yaşı, kronik hastalığının olup olmadığı, hastaneye başvurma sebebi gibi soruları da içermektedir.

3.6.2. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar (BATHS-T) Ölçeği

Bu ölçek katılımcıların üçüncü el sigara dumanı hakkındaki inanış ve farkındalıklarını ölçmek amacıyla 2017 yılında Haardörfer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması da 2021 yılında Çadircı ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 9 sorudan oluşmakta olup sağlık ve kalıcılık olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. 1, 2, 3, 7 ve 8. maddeler sağlık alt boyutunu, 4, 5, 6 ve 9. maddeler ise kalıcılık alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekteki sorular beşli Likert tipinde hazırlanmış olup verilen cevaplar “Kesinlikle katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kesinlikle katılmıyorum (1)” şeklinde puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 45’tir. Ölçekte kesme puanı bulunmamakta olup, puan arttıkça bireyin ÜESD’nin sağlık ve çevredeki kalıcılık üzerine olan etkilerine inanışının arttığı anlamı çıkmaktadır (57, 58).

3.6.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilen, Kadioğlu ve Yıldız tarafından ise Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan beşli Likert tipinde hazırlanmış bir ölçektir. 15 maddeden oluşmakta ve dört alt faktörü bulunmaktadır (12, 13). Ölçeğin dört alt faktörü; “kontrol merkezi”, “öz farkındalık”, “kesinlik” ve “sağlığın önemi” şeklindedir. Ölçek

maddeleri “Çok katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1)” şeklinde cevaplanmaktadır (12).

SAÖ alt faktörü olan kontrol merkezi; kişinin sağlığını kontrol etme konusunda kendisini nerede gördüğünü, sağlığını şans, kader gibi kendisi dışındaki durumlara veya inançlara bağlayıp bağlamadığını ölçmektedir. Olumsuz tutumlar olan 2., 3., 4., 12. ve 13. maddeleri içermekte ve ters puanlanmaktadır. SAÖ alt faktörü kesinlik; bireyin sağlıklı olmak için yapması gerekenler konusunda bir fikre sahip olup olmadığını ölçmeyi amaçlar. Olumsuz tutumlar olan 6., 7., 8. ve 15. maddelerden oluşur ve ters puanlanmaktadır. SAÖ alt faktörü öz farkındalık; bireyin kendi elinde olan sağlıklı beslenme, egzersiz yapma gibi sağlığı etkileyecek faktörler konusundaki öz farkındalığı sorgulayan 5., 10. ve 14. maddeleri içermektedir. SAÖ alt faktörü sağlığın önemi ise; bireyin sağlığını ne derece önemseydiğini gösterir ve 1., 9. ve 11. maddelerden oluşmaktadır (12).

Yani ölçekteki 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeler iken 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler ise olumsuz ifadeler olup ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 15, en yüksek puan ise 75’tir. Ölçekte kesme puanı bulunmamakta olup, ölçekten alınan puan ile katılımcıların sağlık algısı arasında doğrusal bir ilişki vardır (12).

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden belirtildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında; normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Bağımsız Örneklem-T (Independent Samples-T) testi, çoklu gruplarda Tek Yönlü Varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım varsayımını karşılamayanlarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farkın olduğu durumlarda Post-Hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran okul öncesi dönem pediatrik hastaya sahip 500 ebeveyn değerlendirildi. Katılımcıların yaş ortalaması $31,11 \pm 5,79$ (min:19, maks:51) yıl olup 30 yaş ve altı ile 31 yaş ve üzeri olacak şekilde gruplandırıldı. Katılımcıların %74,6'sı (n=373) kadın, %25,4'ü (n=127) erkek, %99,2'si (n=496) evli, %34'ü (n=170) ilköğretim, %25,4'ü (n=127) lise, %40,6'sı (n=203) üniversite mezunu olup %45,2'si (n=226) çalışıyordu. Kronik hastalığa sahip 77 (%15,4) kişinin; %31,1'inde (n=24) endokrin ve metabolizma hastalıkları, %28,6'sında (n=22) göğüs hastalıkları ve alerjik hastalıklar, %13'ünde (n=10) kardiyovasküler hastalıklar, %27,3'ünde (n=21) ise diğer hastalıklar (romatolojik, nörolojik, gastroenterolojik) bulunmaktaydı. Kişilere mevcut psikiyatrik hastalığı sorulduğunda %1,6'sında (n=8) Eksen I Bozukluğu olduğu tespit edildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Parametreler		n	%
Yaş	30 ve altı	253	50,6
	31 ve üzeri	247	49,4
Cinsiyet	Kadın (anne)	373	74,6
	Erkek (baba)	127	25,4
Medeni durum	Evli	496	99,2
	Bekar	4	0,8
Eğitim düzeyi	İlköğretim	170	34,0
	Lise	127	25,4
	Üniversite	203	40,6
Yaşadığı yer	İl	343	68,6
	Köy-kasaba-ilçe	157	31,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	226	45,2
	Çalışmıyor	274	54,8
Kronik hastalık varlığı	Var	77	15,4
	Yok	423	84,6
Var olan kronik hastalık*	Göğüs hastalıkları ve alerji	22	28,6
	Kardiyovasküler hastalık	10	13,0
	Endokrinolojik	24	31,1
	Diğer	21	27,3
Psikiyatrik hastalık varlığı	Var	8	1,6
	Yok	492	98,4
Devamlı kullanılan ilaç	Var	56	11,2
	Yok	444	88,8

*77 kişi cevaplamıştır.

Katılımcıların %20,4'ü (n=102) aktif olarak sigara kullanmaktaydı ve bu kişilerin sigara kullanım miktarları günde 10 adet ve altı ile 11 adet ve üzeri olacak şekilde gruplandırıldı. Sigara dışında tütün ürünü kullananların oranı %2,8'di (n=14). Katılımcıların %57,2'sinin (n=286) evinde tütün ürünü kullanan kişi bulunmaktaydı ve bu kişilerin çocukla yakınlık derecesine bakıldığında %78,3'ünü (n=224) babalar oluşturuyordu. Katılımcıların %37,6'sının (n=188) evinde kimse sigara içemiyor, %57,6'sının (n=288) evinde balkon, mutfak gibi sadece belli yerlerde sigara içilmesine izin veriliyor, %4,8'inde (n=24) ise evin her yerinde sigara içilebiliyordu. Üçüncü El Sigara Dumanı kavramından haberdar olup olmadıkları sorulduğunda %12'si (n=60) bu kavramı daha önce duyduklarını, %88'i (n=440) ise hiç duymadıklarını belirtti. Katılımcıların tütün ürünü kullanım durumları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların tütün kullanımı ile ilgili durumları

Parametreler		n	%
Sigara kullanımı	Hiç kullanmamış	350	70,0
	Bırakmış	48	9,6
	Aktif kullanıyor	102	20,4
Sigara kullanım miktarı*	≤ 10 adet/gün	64	62,7
	≥ 11 adet/gün	38	37,3
Sigara dışı tütün ürünü kullanımı	Kullanmıyor	486	97,2
	Kullanıyor	14	2,8
Kullanılan sigara dışı tütün ürünü**	Nargile	12	85,7
	E-sigara	2	14,3
Evde tütün ürünü kullanan kişi varlığı	Var	286	57,2
	Yok	214	42,8
Evde tütün ürünü kullanan kişinin çocukla yakınlık derecesi***	Anne	22	7,7
	Baba	224	78,3
	Anne ve baba	22	7,7
	Diğer	18	6,3
Evde var olan sigara içme kuralı	Evde kimse sigara içemez	188	37,6
	Sadece belli odalarda içilebilir	288	57,6
	Evin her yerinde içilebilir	24	4,8
Üçüncü El Sigara Dumanı kavramından haberdarlık	Var	60	12,0
	Yok	440	88,0

*102 kişi cevaplamıştır. **14 kişi cevaplamıştır. ***286 cevaplamıştır.

Çocukların yaş ortancası 30 (min:1, maks:60) ay olup 30 ay ve altı ile 31 ay ve üzeri olacak şekilde gruplandırıldı. Çocukların %46,8'i (n=234) kadın, %53,2'si (n=266) erkek cinsiyette olup %32,4'ü (n=162) tek çocuk, %41,8'i (n=209) ise ilk çocuktur. Kronik hastalığa sahip 117 (%23,4) çocuğun; %53,9'unda (n=63) göğüs hastalıkları ve alerjik hastalıklar, %18,8'inde (n=22) nörolojik hastalıklar, %6,8'inde (n=8) endokrin ve metabolizma hastalıkları, %20,5'inde (n=24) ise diğer hastalıklar (kardiyolojik, nefrolojik, gastroenterolojik) bulunmaktaydı. Hastaneye başvuru sebeplerine bakıldığında %48,2'si (n=241) solunum yolu şikayetleri, %21,4'ü (n=107) alerjik ve immünolojik şikayetler, %2,4'ü (n=12) gelişim geriliği şikayeti, %17,6'sı (n=88) diğer olarak gruplandığımız nörolojik, nefrolojik, gastroenterolojik şikayetler olup, %10,4'ü (n=52) ise kontrol amaçlıydı. Çocukların %17'si (n=85) kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalıyordu ve maruz kaldıkları yerlerin %80,3'ünü (n=61) kendi evleri oluşturmaktaydı. Çocukların sosyodemografik özellikleri ve tütün maruziyeti ile ilgili özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Çocukların sosyodemografik özellikleri ile tütün maruziyetine ait özellikler

Parametreler		n	%
Yaş	≤ 30 ay	259	51,8
	≥ 31 ay	241	48,2
Cinsiyet	Kadın	234	46,8
	Erkek	266	53,2
Toplam kardeş sayısı	1	162	32,4
	2	206	41,2
	3	83	16,6
	4 ve üzeri	49	9,8
Kaçınıcı çocuk olduğu	1.	209	41,8
	2.	184	36,8
	3.	72	14,4
	4. ve üzeri	35	7,0
Kronik hastalık varlığı	Var	117	23,4
	Yok	383	76,6
Var olan kronik hastalık*	Göğüs hastalıkları- Alerji immünoloji	63	53,9
	Endokrinolojik	8	6,8
	Nörolojik	22	18,8
	Diğer	24	20,5
Devamlı kullanılan ilaç	Var	84	16,8
	Yok	416	83,2
Hastaneye başvuru sebebi	Solunum yolu şikayetleri	241	48,2
	Alerji-immünoloji ile ilgili şikayetler	107	21,4
	Gelişim geriliği	12	2,4
	Kontrol	52	10,4
	Diğer	88	17,6
Kapalı ortamda tütün dumanına maruziyet	Var	85	17,0
	Yok	415	83,0
Tütün dumanına maruz kalınan yer**	Kendi evi	61	80,3
	Araba	5	6,6
	Misafirlik	10	13,1

*117 kişi cevaplamıştır. **76 kişi cevaplamıştır.

Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Çalışmamızda kullanılan ÜESD ölçeği toplam puan ortalaması $38,62 \pm 5,88$, SAÖ toplam puan ortalaması ise $50,05 \pm 7,09$ bulundu. ÜESD ölçeği Cronbach's alpha değeri 0,880 iken SAÖ Cronbach's alpha değeri 0,662 idi. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri

	Madde sayısı	Ort±SS	Cronbach's alpha
ÜESD* sağlık alt boyut	5	21,55±3,23	0,787
ÜESD kalıcılık alt boyut	4	17,08±3,09	0,824
ÜESD ölçek toplam puanı	9	38,62±5,88	0,880
SAÖ** kontrol alt boyut	5	15,77±4,46	0,765
SAÖ kesinlik alt boyut	4	11,66±3,34	0,691
SAÖ öz farkındalık alt boyut	3	10,99±2,21	0,515
SAÖ sağlığın önemi alt boyut	3	11,64±2,00	0,434
SAÖ toplam puanı	15	50,05±7,09	0,662

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

*Üçüncü El Sigara Dumanı **Sağlık Algısı Ölçeği

Sosyodemografik Verilerin Ölçeklerle Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadın ebeveynlerin yani annelerin ÜESD ölçeği toplam puan ortalaması (39,20±5,79), araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin yani babaların ÜESD ölçeği toplam puan ortalamasından (36,94±5,85) yüksek bulundu ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Aktif olarak çalışan katılımcılardaki ÜESD puan ortalaması (37,65±5,80), çalışmayan katılımcılara (39,42±5,84) göre düşüktü ($p=0,001$).

SAÖ toplam puan ortalaması; annelerde (49,64±7,25), babalara (51,28±6,46) kıyasla daha düşük bulundu ve anlamlıydı ($p=0,024$), eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda (51,93±6,72), lise ve altı olanlardan (48,77±7,06) daha yüksekti ($p<0,001$), çalışma durumu ile kıyaslandığında ise çalışanlarda (51,68±7,27), çalışmayanlara (48,71±6,65) göre daha yüksek bulundu ($p<0,001$). SAÖ alt faktörü olan sağlığın önemi puan ortalamasına bakıldığında; 30 yaş ve altındaki ebeveynlerde (11,86±1,89), 31 yaş ve üzerindeki ebeveynlere (11,41±2,08) kıyasla daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,013$), ilde yaşayanlarda (11,50±2,02), köy-kasaba-ilçe gibi daha küçük yerleşim birimlerinde yaşayanlara göre (11,94±1,92) daha düşüktü ve anlamlı bulundu ($p=0,021$). Araştırmaya katılan ebeveynlerin özelliklerinin ölçeklerin ortalama puanları ile karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Ölçeklerin ortalama puanlarının katılımcıların özellikleri ile karşılaştırılması

			ÜESD* Ölçeği Toplam	ÜESD Ölçeği Sağlık	ÜESD Ölçeği Kalıcılık	Sağlık Algısı Ölçeği Toplam	SAÖ** Kontrol Merkezi	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz Farkındalık	SAÖ Sağlığın Önemi
		n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ebeveynin yaşı	30 ve altı	253	38,55±6,03	21,60±3,29	16,95±3,18	50,02±6,86	15,54±4,46	11,63±3,25	10,99±2,16	11,86±1,89
	31 ve üzeri	247	38,70±5,74	21,49±3,17	17,20±3,00	50,09±7,33	16,00±4,46	11,69±3,43	10,99±2,26	11,41±2,08
	p		0,786	0,712	0,367	0,903	0,248	0,852	0,985	0,013
Ebeveynin cinsiyeti	Kadın (anne)	373	39,20±5,79	21,85±3,17	17,35±3,06	49,64±7,25	15,37±4,59	11,59±3,34	10,96±2,28	11,72±2,04
	Erkek (baba)	127	36,94±5,85	20,66±3,26	16,28±3,07	51,28±6,46	16,93±3,87	11,87±3,33	11,09±1,99	11,39±1,84
	p		<0,001	<0,001	0,001	0,024	<0,001	0,404	0,543	0,101
Eğitim durumu	≤ Lise	297	38,61±6,21	21,51±3,38	17,09±3,23	48,77±7,06	15,00±4,59	11,12±3,40	10,99±2,30	11,66±2,08
	≥ Üniversite	203	38,65±5,38	21,60±3,00	17,05±2,88	51,93±6,72	16,89±4,03	12,44±3,09	11,00±2,07	11,60±1,88
	p		0,934	0,762	0,873	<0,001	<0,001	<0,001	0,966	0,733
Çalışma durumu	Aktif çalışıyor	226	37,65±5,80	21,01±3,24	16,65±2,98	51,68±7,27	16,80±4,31	12,15±3,35	11,22±2,08	11,51±2,00
	Çalışmıyor	274	39,42±5,84	21,99±3,16	17,43±3,14	48,71±6,65	14,91±4,42	11,25±3,27	10,80±2,30	11,74±1,99
	p		0,001	0,001	0,005	<0,001	<0,001	0,003	0,035	0,191
Yaşadığı yer	İl	343	38,48±5,93	21,51±3,27	16,97±3,09	50,10±7,23	15,92±4,59	11,71±3,35	10,98±2,23	11,50±2,02
	İlçe-köy	157	38,93±5,79	21,63±3,14	17,30±3,10	49,94±6,78	15,43±4,17	11,55±3,31	11,01±2,16	11,94±1,92
	p		0,432	0,700	0,276	0,813	0,260	0,632	0,877	0,021
Ebeveynde kronik hastalık varlığı	Var	77	39,43±6,01	21,83±3,24	17,60±3,20	50,29±7,09	15,55±4,24	11,56±3,30	11,17±2,11	12,01±1,90
	Yok	423	38,48±5,85	21,50±3,23	16,98±3,06	50,01±7,09	15,81±4,51	11,68±3,35	10,96±2,23	11,57±2,01
	p		0,193	0,404	0,108	0,756	0,638	0,772	0,441	0,074
Ebeveynde psikiyatrik hastalık varlığı	Var	8	35,25±4,95	19,50±2,56	15,75±3,01	49,25±4,13	16,50±3,42	11,50±3,54	10,00±2,87	11,25±3,01
	Yok	492	38,68±5,89	21,58±3,23	17,10±3,09	50,07±7,13	15,75±4,48	11,66±3,34	11,01±2,20	11,64±1,98
	p		0,102	0,071	0,222	0,747	0,640	0,892	0,202	0,723
Ebeveynin devamlı kullandığı ilaç	Var	56	38,54±6,55	21,41±3,47	17,13±3,53	50,14±6,69	15,79±4,02	11,64±3,49	10,84±2,31	11,88±2,14
	Yok	444	38,64±5,80	21,57±3,20	17,07±3,04	50,04±7,14	15,76±4,52	11,66±3,32	11,01±2,20	11,61±1,98
	p		0,905	0,736	0,911	0,921	0,972	0,968	0,589	0,348

*Üçüncü El Sigara Dumanı **Sağlık Algısı Ölçeği Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Independent Samples T- testi, normal dağılım varsayımını karşılamayan ikili gruplarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

ÜESD ölçeği ortalama puanı aktif olarak sigara kullananlarda ($37,45 \pm 6,62$), sigara kullanmayanlara ($38,92 \pm 5,65$) göre daha düşük bulundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,041$). ÜESD ölçeği alt boyutu olan sağlık ortalama puanı sigara kullananlarda $20,85 \pm 3,71$ iken sigara kullanmayanlarda $21,73 \pm 3,07$ saptandı ($p=0,030$).

SAÖ toplam puan ortalaması; evlerinde hiç kimsenin sigara içemediği katılımcılarda (a) $51,22 \pm 7,30$, evlerinde sadece bazı odalarda sigara içilmesine izin verilen katılımcılarda (b) $49,68 \pm 6,80$, evlerinde kural olmayan her yerde sigara içilebilen katılımcılarda (c) ise $45,38 \pm 6,52$ 'ydi ve anlamlıydı ($p: ab=0,049, ac<0,001, bc=0,011$), ÜESD kavramından haberdar olanlarda ($52,95 \pm 7,15$), ÜESD kavramını daha önce hiç duymayanlara ($49,66 \pm 6,99$) kıyasla daha yüksekti ($p=0,001$). SAÖ alt faktörü kontrol merkezi ortalama puanı; sigara kullananlarda ($16,55 \pm 4,29$), sigara kullanmayanlara ($15,57 \pm 4,49$) göre daha yüksek saptandı ($p=0,047$). SAÖ sağlığın önemi alt faktörü puan ortalaması; sigara kullanan katılımcılarda ($11,16 \pm 2,12$), sigara kullanmayanlara ($11,76 \pm 1,95$) kıyasla daha düşüktü ($p=0,006$), evlerinde tütün ürünü kullanan kişi bulunan katılımcılarda ($11,47 \pm 2,07$), evlerinde tütün ürünü kullanan kişi bulunmayan katılımcılara ($11,86 \pm 1,89$) göre düşük bulundu ve anlamlıydı ($p=0,027$). Ölçeklerin ortalama puanları ile katılımcıların tütün kullanım durumlarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir.

Çocuklara ait özellikler ile ÜESD ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$). SAÖ toplam puan ortalaması; çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerde ($48,27 \pm 7,18$), çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynlere göre ($50,60 \pm 6,98$) anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,002$), çocuğu ilaç kullananlarda $48,38 \pm 7,45$ iken çocuğu ilaç kullanmayanlarda $50,39 \pm 6,97$ idi ($p=0,018$). SAÖ kesinlik alt faktörü puan ortalaması çocuğu kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalan ebeveynlerde ($10,92 \pm 3,19$), çocuğu kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalmayan ebeveynlere ($11,81 \pm 3,35$) göre düşük bulundu ve anlamlıydı ($p=0,024$). Ölçeklerin ortalama puanlarının çocuklara ait özellikler ile karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 6. Ölçeklerin ortalama puanlarının katılımcıların tütün kullanım durumları ile karşılaştırılması

			ÜESD* Ölçeği Toplam	ÜESD Ölçeği Sağlık	ÜESD Ölçeği Kalıcılık	Sağlık Algısı Ölçeği Toplam	SAÖ** Kontrol Merkezi	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz Farkındalık	SAÖ Sağlığın Önemi
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sigara kullanım durumu	Aktif kullanıyor	102	37,45±6,62	20,85±3,71	16,60±3,18	50,36±6,91	16,55±4,29	11,40±3,57	11,25±2,04	11,16±2,12
	Kullanmıyor	398	38,92±5,65	21,73±3,07	17,20±3,06	49,97±7,14	15,57±4,49	11,73±3,27	10,92±2,25	11,76±1,95
	p		0,041	0,030	0,081	0,623	0,047	0,382	0,176	0,006
Sigara kullanım miktarı	≤10 adet/gün	64	37,94±6,44	21,09±3,52	16,84±3,21	50,36±7,13	16,75±4,35	11,25±3,39	11,25±2,10	11,11±2,20
	≥11 adet/gün	38	36,63±6,93	20,45±4,03	16,18±3,13	50,37±6,61	16,21±4,22	11,66±3,89	11,26±1,95	11,24±2,01
	p		0,338	0,399	0,315	0,995	0,542	0,580	0,975	0,772
Sigara dışı tütün ürünü kullanım durumu	Kullanıyor	14	36,21±6,33	19,93±3,87	16,29±2,84	52,21±7,73	17,21±4,28	12,64±2,89	11,21±1,71	11,14±2,44
	Kullanmıyor	486	38,69±5,86	21,59±3,20	17,10±3,10	49,99±7,07	15,72±4,47	11,63±3,35	10,98±2,22	11,65±1,99
	p		0,120	0,057	0,333	0,248	0,219	0,265	0,701	0,349
Evde tütün ürünü kullanan kişi varlığı	Var	286	38,50±6,24	21,48±3,46	17,02±3,17	49,81±7,12	15,81±4,59	11,50±3,39	11,03±2,19	11,47±2,07
	Yok	214	38,79±5,39	21,64±2,90	17,15±2,99	50,38±7,05	15,71±4,30	11,88±3,25	10,93±2,24	11,86±1,89
	p		0,576	0,582	0,626	0,370	0,810	0,206	0,600	0,027
Tütün ürünü kullanan kişinin çocukla yakınlık derecesi	Anne	22	38,05±6,05	21,09±3,23	16,95±3,13	50,45±6,46	16,36±4,30	11,55±2,52	11,18±2,03	11,36±2,40
	Baba	224	38,38±6,14	21,42±3,41	16,96±3,15	50,01±7,12	15,98±4,51	11,58±3,45	10,96±2,20	11,50±1,98
	Anne ve baba	22	38,41±7,78	21,36±4,40	17,05±3,55	47,77±7,76	15,05±5,04	10,50±3,91	11,27±2,35	10,95±2,31
	Diğer	18	40,61±5,72	22,89±2,98	17,72±3,21	48,94±7,13	13,89±5,18	11,67±2,93	11,50±2,14	11,89±2,44
	p		0,521	0,340	0,813	0,490	0,223	0,561	0,700	0,536
Evde var olan sigara içme kuralı	Evde kimse sigara içemez (a)	188	38,88±5,68	21,62±3,09	17,26±3,00	51,22±7,30	16,32±4,39	11,96±3,54	11,13±2,21	11,81±2,00
	Belli odalarda içilebilir (b)	288	38,30±6,07	21,41±3,34	16,89±3,20	49,68±6,80	15,55±4,50	11,61±3,15	10,98±2,19	11,55±1,99
	Evin her yerinde içilebilir (c)	24	40,58±4,73	22,71±2,71	17,88±2,29	45,38±6,52	14,04±4,13	9,96±3,44	10,04±2,34	11,33±2,09
	p		0,142	0,155	0,190	0,049 (ab) <0,001 (ac) 0,011 (bc)	0,048 (ac)	0,016 (ac)	0,074	0,295
ÜESD kavramından haberdarlık	Var	60	39,47±5,19	21,83±2,84	17,63±2,78	52,95±7,15	17,40±4,02	13,17±3,12	11,07±2,28	11,32±2,11
	Yok	440	38,51±5,97	21,51±3,28	17,00±3,13	49,66±6,99	15,54±4,48	11,45±3,32	10,98±2,20	11,68±1,98
	p		0,238	0,467	0,137	0,001	0,002	<0,001	0,775	0,186

*Üçüncü El Sigara Dumanı **Sağlık Algısı Ölçeği Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Independent Samples T- testi, ikiden fazla gruplarda One-Way Anova testi uygulanmıştır. Normal dağılım varsayımını karşılamayan ikili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 7. Ölçeklerin ortalama puanlarının çocukların özellikleri ile karşılaştırılması

			ÜESD* Ölçeği Toplam	ÜESD Ölçeği Sağlık	ÜESD Ölçeği Kalıcılık	Sağlık Algısı Ölçeği Toplam	SAÖ** Kontrol Merkezi	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz Farkındalık	SAÖ Sağlığın Önemi
		n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çocuğun yaşı	30 ay ve altı	259	38,87±5,77	21,70±3,20	17,17±3,07	49,62±7,16	15,43±4,59	11,60±3,32	11,01±2,18	11,58±1,18
	31 ay ve üzeri	241	38,36±6,00	21,39±3,26	16,97±3,12	50,52±6,99	16,12±4,30	11,72±3,36	10,97±2,24	11,70±2,12
	p		0,328	0,280	0,465	0,158	0,084	0,689	0,853	0,497
Çocuğun cinsiyeti	Kadın	234	38,58±5,97	21,53±3,28	17,05±3,12	50,19±7,38	16,15±4,50	11,45±3,32	11,00±2,21	11,59±1,96
	Erkek	266	38,67±5,81	21,57±3,19	17,10±3,07	49,93±6,83	15,42±4,42	11,85±3,35	10,98±2,21	11,68±2,04
	p		0,867	0,885	0,867	0,683	0,069	0,185	0,893	0,583
Toplam kardeş sayısı	1	162	38,10±6,06	21,40±3,30	16,71±3,24	49,70±6,27	15,57±4,31	11,55±3,11	10,95±2,07	11,62±2,04
	2 ve üzeri	338	38,87±5,79	21,62±3,20	17,25±3,01	50,22±7,45	15,86±4,54	11,71±3,44	11,01±2,27	11,64±1,98
	p		0,173	0,465	0,067	0,409	0,507	0,609	0,783	0,911
Kaçınıcı çocuk olduğu	1.	209	38,02±6,16	21,29±3,42	16,73±3,20	50,31±6,65	15,96±4,33	11,73±3,17	10,96±2,05	11,66±2,01
	2. ve üzeri	291	39,05±5,65	21,73±3,08	17,32±2,99	49,87±7,39	15,63±4,56	11,61±3,46	11,01±2,32	11,62±2,00
	p		0,053	0,133	0,035	0,493	0,419	0,683	0,809	0,833
Çocukta kronik hastalık varlığı	Var	117	39,04±5,70	21,65±3,11	17,39±3,02	48,27±7,18	14,53±4,46	11,10±3,53	10,91±2,38	11,74±2,17
	Yok	383	38,50±5,94	21,52±3,27	16,98±3,11	50,60±6,98	16,14±4,40	11,83±3,26	11,02±2,16	11,61±1,95
	p		0,380	0,698	0,206	0,002	0,001	0,039	0,657	0,550
Çocuğun devamlı kullandığı ilaç	Var	84	39,01±6,02	21,51±3,32	17,50±3,19	48,38±7,45	14,39±4,70	11,15±3,56	11,05±2,41	11,79±2,36
	Yok	416	38,55±5,86	21,56±3,21	16,99±3,07	50,39±6,97	16,04±4,37	11,76±3,28	10,98±2,17	11,61±1,92
	p		0,508	0,911	0,169	0,018	0,002	0,129	0,794	0,520
Çocuğun kapalı ortamda bütün dumanına maruziyeti	Var	85	38,22±6,74	21,40±3,76	16,82±3,33	49,25±6,37	15,56±4,55	10,92±3,19	10,82±2,08	11,94±1,97
	Yok	415	38,71±5,70	21,58±3,11	17,13±3,04	50,22±7,22	15,81±4,45	11,81±3,35	11,02±2,23	11,58±2,00
	p		0,492	0,644	0,410	0,250	0,649	0,024	0,447	0,126
Çocuğun bütün dumanına maruz kaldığı yer	Kendi evi	61	38,11±7,04	21,33±3,94	16,79±3,45	49,18±6,86	15,57±4,68	10,79±3,38	10,85±2,07	11,97±1,92
	Araba	5	34,40±10,43	18,80±5,49	15,60±4,98	46,80±4,76	13,60±5,81	11,00±3,46	11,00±3,08	11,20±3,56
	Misafirlik	10	40,70±3,83	22,90±2,07	17,80±2,15	49,40±4,60	15,20±4,78	11,20±1,75	10,50±2,41	12,50±1,17
	p		0,255	0,159	0,486	0,725	0,667	0,927	0,877	0,482

*Üçüncü El Sigara Dumanı **Sağlık Algısı Ölçeği Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Independent Samples T- testi, ikiden fazla gruplarda One-Way Anova testi uygulanmıştır. Normal dağılım varsayımını karşılamayan ikili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan anne ve babalara ait özelliklere bakıldığında annelerin %55,8'i 30 yaş ve altında iken babaların %64,6'sı 31 yaş ve üzerindeydi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Annelerin %64,1'inin eğitim düzeyi lise ve altı, babaların %54,3'ünün eğitim düzeyi üniversite ve üstü idi ($p<0,001$). Annelerin %18'i kronik hastalığa sahipken, babaların %7,9'unda kronik hastalık vardı ve bu fark anlamlıydı ($p=0,010$). Babaların %49,6'sı aktif olarak sigara kullanıyor iken annelerde bu oran %10,5'ti ($p<0,001$). Aktif olarak sigara kullanan annelerin %89,7'si günde 10 adet ve altında sigara kullanıyor, babaların ise %54'ü 11 adet ve üzerinde sigara kullanıyordu ($p<0,001$). ÜESD kavramından haberdarlık durumuna bakıldığında annelerin %10,2'si bu kavramı daha önce duyduklarını belirtmiş iken babaların %17,3'ü bu kavramdan haberdar idi ve bu fark anlamlı bulundu ($p=0,048$). Çalışmaya katılan anne ve babalara ait özelliklerin karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Çalışmaya katılan anne ve babalara ait özelliklerin karşılaştırılması

		ANNE		BABA		χ^2	p*
		n	%	n	%		
Yaş	≤ 30 yaş	208	55,8	45	35,4	15,667	<0,001
	≥ 31 yaş	165	44,2	82	64,6		
Toplam		373	100,0	127	100,0		
Eğitim düzeyi	≤ Lise	239	64,1	58	45,7	13,309	<0,001
	≥ Üniversite	134	35,9	69	54,3		
Toplam		373	100,0	127	100,0		
Kronik hastalık varlığı	Var	67	18,0	10	7,9	6,647	0,010
	Yok	306	82,0	117	92,1		
Toplam		373	100,0	127	100,0		
Sigara kullanım durumu	Aktif kullanıyor	39	10,5	63	49,6	89,428	<0,001
	Kullanmıyor	334	89,5	64	50,4		
Toplam		373	100,0	127	100,0		
Sigara kullanım miktarı	≤ 10 adet/gün	35	89,7	29	46,0	17,864	<0,001
	≥ 11 adet/gün	4	10,3	34	54,0		
Toplam		39	100,0	63	100,0		
ÜESD** kavramından haberdarlık	Var	38	10,2	22	17,3	3,917	0,048
	Yok	335	89,8	105	82,7		
Toplam		373	100,0	127	100,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. **Üçüncü El Sigara Dumanı

Hastaneye başvuran çocuklarda kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar ile çocuğun yaşı, yaşadığı yer, evlerinde tütün ürünü kullanan kişi varlığı, evlerinde sigara içmeyi

yasaklayan kural varlığı, araştırmaya katılan ebeveyninin ÜESD kavramından haberdarlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan çocukların %8,5'i kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalıyor iken, kronik hastalığı olmayan çocukların %19,6'sında kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti söz konusuydu ve bu fark anlamlıydı ($p=0,008$). Çocuktaki kronik hastalık durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Çocuktaki kronik hastalık durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi

		Çocukta Kronik Hastalık Varlığı				χ^2 p*	
		Var		Yok			
		n	%	n	%		
Yaş	≤ 30 ay	59	50,4	200	52,2	0,115	0,734
	≥ 31 ay	58	49,6	183	47,8		
Toplam		117	100,0	383	100,0		
Yaşadığı yer	İl	85	72,6	258	67,4	1,163	0,281
	Köy-kasaba-ilçe	32	27,4	125	32,6		
Toplam		117	100,0	383	100,0		
Evde tütün ürünü kullanan kişi varlığı	Var	70	59,8	216	56,4	0,431	0,511
	Yok	47	40,2	167	43,6		
Toplam		117	100,0	383	100,0		
Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti	Var	10	8,5	75	19,6	6,973	0,008
	Yok	107	91,5	308	80,4		
Toplam		117	100,0	383	100,0		
Evde sigara içme kuralı varlığı	Var	107	91,5	369	96,3	3,684	0,055
	Yok	10	8,5	14	3,7		
Toplam		117	100,0	383	100,0		
Ebeveynin ÜESD** kavramından haberdarlığı	Var	10	8,5	50	13,1	1,324	0,250
	Yok	107	91,5	333	86,9		
Toplam		117	100,0	383	100,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. **Üçüncü El Sigara Dumanı

Hastaneye başvuru sebebi solunum yolu şikayetleri ile alerjik-immünolojik şikayetler olan çocuklarla diğer sebeplerden ötürü hastaneye başvuran çocuklara ait özellikler karşılaştırıldığında solunum yolu şikayetleri ve alerjik-immünolojik şikayetleri olan çocukların %52,6'sının yaşı 31 ay ve üzeri iken, diğer şikayetlerle

başvuranların %61,8'inin yaşı 30 ay ve altındaydı ($p=0,003$). Solunum yolu şikayetleri ile alerjik-immünolojik şikayetleri olan çocukların %19,5'inde kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti mevcut iken diğer sebeplerden dolayı hastaneye başvuran çocukların %11,2'si kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalıyordu ($p=0,022$). Solunum yolu şikayetleri, alerjik-immünolojik şikayetleri olan çocukların ebeveynlerinin %15,5'i ÜESD kavramından haberdar iken, diğer sebeplerle hastaneye başvuran çocukların ebeveynlerinin ise %3,9'u ÜESD kavramından haberdar idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Çocuğun hastaneye başvuru sebebinin bazı parametrelere göre değerlendirilmesi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalan çocukların %61,2'sinin ebeveyni 30 yaş ve altında, kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalmayan çocukların ebeveynlerinin ise %51,6'sı 31 yaş ve üzerindeydi ($p=0,032$). Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olan çocukların ebeveynlerinin %71,8'i lise ve altı eğitim düzeyine sahipken, kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olmayan çocukların ebeveynlerinin %56,9'u lise ve altı eğitim düzeyine sahip bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,011$). Tütün dumanına maruz kalan çocukların %84,7'sinin evinde tütün ürünü kullanan kişi bulunuyordu, maruz kalmayan çocukların ise %51,6'sının evinde tütün ürünü kullanan kişi bulunmaktaydı ($p<0,001$). Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olan çocukların %84,7'sinin evinde sigara içimini yasaklayan kural varken, tütün dumanı maruziyeti olmayan çocukların %97,3'ünün evinde sigara içimi ile ilgili kural vardı ve bu fark anlamlıydı ($p<0,001$). Çocuğun kapalı ortamda tütün dumanı maruziyet durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Çocuğun hastaneye başvuru sebebinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi

		Çocuğun Hastaneye Başvuru Sebebi				χ^2 p*	
		Solunum Yolu Şikayetleri ve Alerji		Diğer			
		n	%	n	%		
Çocuğun yaşı	≤ 30 ay	165	47,4	94	61,8	8,821	0,003
	≥ 31 ay	183	52,6	58	38,2		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Çocuğun cinsiyeti	Kadın	157	45,1	77	50,7	1,306	0,253
	Erkek	191	54,9	75	49,3		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Yaşadığı yer	İl	240	69,0	103	67,8	0,071	0,790
	Köy-kasaba- ilçe	108	31,0	49	32,2		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Evde bütün ürünü kullanan kişi varlığı	Var	201	57,8	85	55,9	0,146	0,702
	Yok	147	42,2	67	44,1		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Evde sigara içme kuralı varlığı	Var	332	95,4	144	94,7	0,009	0,926
	Yok	16	4,6	8	5,3		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti	Var	68	19,5	17	11,2	5,235	0,022
	Yok	280	80,5	135	88,8		
Toplam		348	100,0	152	100,0		
Ebeveynin ÜESD** kavramından haberdarlığı	Var	54	15,5	6	3,9	12,337	<0,001
	Yok	294	84,5	146	96,1		
Toplam		348	100,0	152	100,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

**ÜESD: Üçüncü El Sigara Dumanı

Tablo 11. Çocuğun kapalı ortamda tütün maruziyetinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi

		Çocuğun Kapalı Ortamda Tütün Dumanına Maruziyeti				χ^2		p*	
		Var		Yok					
		n	%	n	%				
Çocuğun yaşı	≤ 30 ay	39	45,9	220	53,0	1,436	0,231		
	≥ 31 ay	46	54,1	195	47,0				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Çocuğun cinsiyeti	Kadın	38	44,7	196	47,2	0,180	0,671		
	Erkek	47	55,3	219	52,8				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Yaşadığı yer	İl	55	64,7	288	69,4	0,721	0,396		
	Köy-kasaba-ilçe	30	35,3	127	30,6				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Ebeveynin yaşı	≤ 30 yaş	52	61,2	201	48,4	4,583	0,032		
	≥ 31 yaş	33	38,8	214	51,6				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Ebeveynin eğitim düzeyi	≤ Lise	61	71,8	236	56,9	6,492	0,011		
	≥ Üniversite	24	28,2	179	43,1				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Ebeveynin ÜESD** kavramından haberdarlığı	Var	5	5,9	55	13,3	2,965	0,085		
	Yok	80	94,1	360	86,7				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Evde tütün ürünü kullanan kişi varlığı	Var	72	84,7	214	51,6	31,648	<0,001		
	Yok	13	15,3	201	48,4				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Evde sigara içme kuralı varlığı	Var	72	84,7	404	97,3	18,287	<0,001		
	Yok	13	15,3	11	2,7				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Toplam kardeş sayısı	1	29	34,1	133	32,0	0,138	0,710		
	2 ve üzeri	56	65,9	282	68,0				
Toplam		85	100,0	415	100,0				
Kaçınıcı çocuk olduğu	1.	39	45,9	170	41,0	0,702	0,402		
	2. ve üzeri	46	54,1	245	59,0				
Toplam		85	100,0	415	100,0				

*Ki-kare testi uygulanmıştır. **Üçüncü El Sigara Dumanı

Evde tütün ürünü kullanan kişi bulunanların %67,5'inin araştırmaya katılan ebeveyni lise ve altı eğitim düzeyinde, evde tütün ürünü kullanan kişi bulunmayanların ise %51,4'ünün araştırmaya katılan ebeveyni üniversite ve üstü eğitim düzeyindeydi ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Evinde tütün ürünü kullanan birey olanların %92,7'sinin evinde sigara içimini yasaklayıcı kural varken, evinde tütün ürünü kullanan birey olmayanların %98,6'sının evinde sigara içimini yasaklayıcı kural bulunmaktaydı ($p=0,004$). Evde tütün ürünü kullanan kişi varlığının bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Evde tütün ürünü kullanım durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi

		Evde Tütün Ürünü Kullanan Kişi Varlığı					
		Var		Yok			
		n	%	n	%		
Yaşanılan yer	İl	205	71,7	138	64,5	2,940	0,086
	Köy-kasaba-ilçe	81	28,3	76	35,5		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Ebeveynin eğitim düzeyi	≤ Lise	193	67,5	104	48,6	18,101	<0,001
	≥ Üniversite	93	32,5	110	51,4		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Ebeveynde kronik hastalık	Var	49	17,1	28	13,1	1,540	0,215
	Yok	237	82,9	186	86,9		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Çocuğun yaşı	≤ 30 ay	147	51,4	112	52,3	0,043	0,835
	≥ 31 ay	139	48,6	102	47,7		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Toplam kardeş sayısı	1	87	30,4	75	35,0	1,197	0,274
	2 ve üzeri	199	69,6	139	65,0		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Kaçınıcı çocuk olduğu	1.	113	39,5	96	44,9	1,440	0,230
	2. ve üzeri	173	60,5	118	55,1		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Evde sigara içme kuralı varlığı	Var	265	92,7	211	98,6	8,199	0,004
	Yok	21	7,3	3	1,4		
Toplam		286	100,0	214	100,0		
Ebeveynin ÜESD** kavramından haberdarlığı	Var	29	10,1	31	14,5	2,190	0,139
	Yok	257	89,9	183	85,5		
Toplam		286	100,0	214	100,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır **Üçüncü El Sigara Dumanı

Sağlık Algısı Ölçeği ile Üçüncü El Sigara Dumanı Ölçek Puanı Korelasyonu

Toplam ÜESD ölçek puanı ile; SAÖ alt faktörü olan kontrol merkezi arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,142$) ($p<0,001$), SAÖ kesinlik alt boyutu arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,103$) ($p=0,021$), SAÖ alt faktörü öz farkındalık arasında ise pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir korelasyon ($r=0,204$) ($p<0,001$) saptandı. Toplam ÜESD ölçek puanı ile SAÖ alt faktörü sağlığın önemi puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde ise pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görüldü ($r=0,270$) ($p<0,001$). ÜESD ölçeği alt boyutu olan sağlık puanı ile; SAÖ kontrol merkezi arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,139$) ($p=0,002$), SAÖ kesinlik alt boyutu arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,101$) ($p=0,024$), SAÖ alt faktörü öz farkındalık arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=0,183$) ($p<0,001$), SAÖ sağlığın önemi alt faktörü arasında ise pozitif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon ($r=0,264$) ($p<0,001$) saptandı. ÜESD ölçeği alt boyutu olan kalıcılık puanına bakıldığında; SAÖ kontrol merkezi ile arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,124$) ($p=0,005$), SAÖ kesinlik alt boyutu ile arasında negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=-0,091$) ($p=0,042$), SAÖ öz farkındalık alt boyutu ile arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon ($r=0,196$) ($p<0,001$), SAÖ sağlığın önemi alt boyutu ile arasında ise pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir korelasyon ($r=0,239$) ($p<0,001$) olduğu görüldü.

Doğrusal regresyon analizi yapıldığında sağlığın önemi toplam puanındaki yüksekliğin %7,3'ü toplam ÜESD puanındaki yüksekliğe atfedilmektedir ($R^2=0,073$) ($p<0,001$). SAÖ alt boyut skorları ile ÜESD ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasındaki korelasyon Tablo 13'te gösterilmiştir. Toplam ÜESD puanı ile toplam sağlığın önemi puanı arasındaki lineer regresyon analizi ise Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 13. ÜESD ölçek puanı ile sağlık algısının korelasyonu

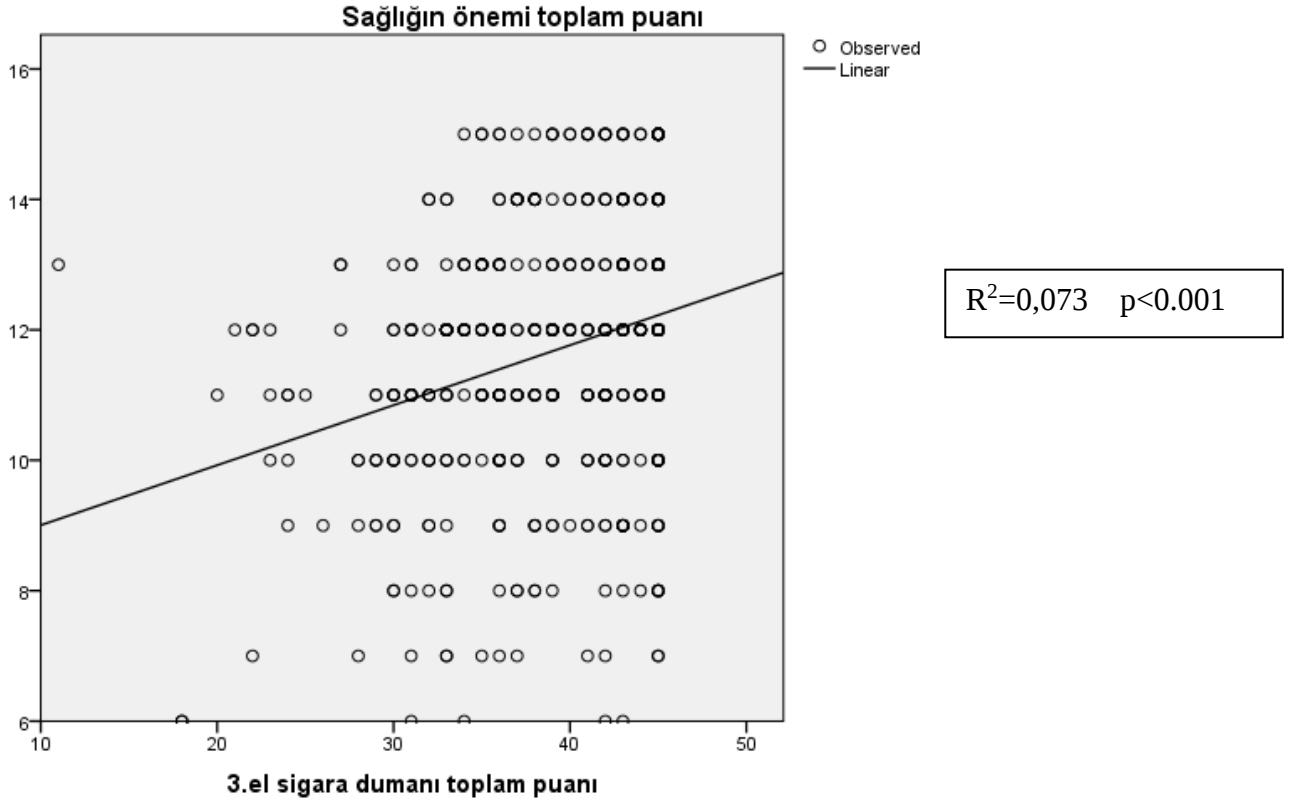
		SAÖ Kontrol Merkezi	SAÖ Kesinlik	SAÖ Öz Farkındalık	SAÖ Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam Puanı	ÜESD Ölçeği Sağlık	ÜESD Ölçeği Kalıcılık	ÜESD Ölçek Toplam Puanı
SAÖ Kontrol Merkezi	r	1							
	p								
SAÖ Kesinlik	r	0,332**	1						
	p	<0,001							
SAÖ Öz Farkındalık	r	0,055	-0,071	1					
	p	0,222	0,113						
SAÖ Sağlığın Önemi	r	-0,088*	-0,099*	0,357**	1				
	p	0,050	0,027	<0,001					
SAÖ Toplam Puanı	r	0,779**	0,631**	0,414**	0,292**	1			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
ÜESD Sağlık	r	-0,139**	-0,101*	0,183**	0,264**	-0,004	1		
	p	0,002	0,024	<0,001	<0,001	0,930			
ÜESD Kalıcılık	r	-0,124	-0,091*	0,196**	0,239**	0,007	0,730**	1	
	p	0,005	0,042	<0,001	<0,001	0,871	<0,001		
ÜESD Ölçek Toplam Puanı	r	-0,142**	-0,103*	0,204**	0,270**	0,002	0,933**	0,927**	1
	p	0,001	0,021	<0,001	<0,001	0,970	<0,001	<0,001	

Analiz olarak Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

* Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir.

** Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir.

ÜESD: Üçüncü El Sigara Dumanı, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği



Şekil 1. ÜESD toplam puanı ile sağlığın önemi toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan tütün kullanımı sadece kullanıcıya zarar vermekle kalmayıp ikinci el ve üçüncü el sigara dumanı maruziyetine yol açarak tüm toplumu etkilemektedir. Günümüzde halen İESD'nin zararlı etkileri tartışılırken ÜESD maruziyetini konu alan çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Tütün ürünlerinin olumsuz etkilerine karşı daha savunmasız olan çocukların görebileceği zararı en aza indirmek açısından özellikle ebeveynlerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte kişilerin sağlık algıları sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusundaki hassasiyetlerini etkilemekte ve dolayısı ile sağlık algılarına bağlı olarak tütün ürünü kullanımı konusundaki tutumlarında da değişiklikler olabilmektedir. Bu çalışma ebeveynlerin sağlık algıları ile üçüncü el sigara dumanına yönelik inanış ve tutumları arasındaki ilişkiyi incelemesi açısından önem taşımaktadır.

İngiltere'de yetişkinlerdeki sigara içme oranının %19,3'ten %14,4'e düştüğü gösterilmiştir. Bu oran 2030 yılına kadar %5'in altına düşürülerek İngiltere'nin "sigarasız" olması hedeflenmektedir (59). 2016 yılında yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

raporuna göre Türkiye’de yetişkinlerin %31,6’sının tütün ürünü kullandığı bildirilmiştir (24). Sunulan çalışmada ise araştırmaya katılan ebeveynlerin %20,4’ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların ebeveynlerden ve daha çok annelerden oluşması Türkiye verilerine göre oranın düşük olmasına sebep olmuş olabilir. Buna rağmen sigara içme oranı hedeflerin oldukça üstündedir.

Ebeveynler üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında babaların sigara kullanım oranlarının annelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Eskişehir’de yapılan bir çalışmada babaların %50’si, annelerin %24’ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir (60, 61). Bu çalışmada da benzer şekilde babaların yarısının, annelerin ise %10’unun sigara kullanmakta olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde yaklaşık olarak her iki erkekten biri, her beş kadından biri tütün ürünü kullanmakta olup babalardaki sigara kullanım oranı yüksekliği buna bağlanabilir (24).

Yapılan bir çalışma sonucunda günde 10’dan fazla sigara kullanan ebeveynlerin, ÜESD’nin çocukların sağlığına olan olumsuz etkilerini kabul etme olasılıklarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (62). Bu çalışmada araştırmaya katılan ve aktif olarak sigara kullanan ebeveynlerin yaklaşık %40’ının günde 10 adet üzerinde sigara içtiği gösterilmiştir. Sigara kullanım miktarı ile ÜESD ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmasa da günde 10’dan fazla sigara içenlerin ÜESD ölçek puanı daha düşük bulunmuştur.

Drehmer ve ark. tarafından ebeveynler üzerinde yapılan bir çalışmada annelerin ÜESD’nin olumsuz etkilerine olan inanışlarının, babalara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (62). 2018 yılında İsraili ebeveynler üzerinde yapılan bir başka çalışmada yine annelerin babalara kıyasla çocuklarının ÜESD maruziyetine olan inanışlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (63). Bu çalışmada da literatürü destekler nitelikte annelerin üçüncü el sigara dumanının zararlı etkilerine olan inançları babalara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda çalışmayan ebeveynlerin ÜESD ölçek puan ortalamaları çalışanlara göre yüksek bulunmuş olup bu durumun sebebi, çalışmayan grubun büyük bir kısmını annelerin oluşturması olabilir.

Sunulan çalışmada kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalan çocukların; yaklaşık olarak dörtte üçünün ebeveyni lise ve altı eğitim düzeyine sahip idi. İspanya’da ebeveynler üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda eğitim düzeyindeki artış ile birlikte ebeveynlerin ÜESD’ye bağlı oluşan zararlı etkiler konusundaki hassasiyetlerinde de artış olduğu gösterilmiştir (64). Bu durum öğrenim düzeyi düşük olan ebeveynlerin bilgilendirilmesi,

eğitilmesi ile çocukların çevresel sigara dumanı maruziyetlerinin önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Milano’da ilkokul çocukları ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içen bireylerle birlikte yaşayan çocukların idrar kotinin düzeyleri, sigara içmeyen bireylerle birlikte yaşayan çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur (65). Bu çalışmada da benzer şekilde kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olan çocuklarla aynı evi paylaşan aile üyelerinde tütün ürünü kullanım oranı anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Bu durum sigara kullanan ebeveynleri olan çocukların potansiyel olarak çevresel tütün dumanı maruziyeti açısından risk altında olduklarını göstermekte olup sigara kullanan bireylerin yeteri kadar bilinçli olmayıp çocukların çevresel tütün dumanı maruziyetini hafife almaları ile ilişkili olabilir.

Sunulan araştırmada sigara kullanan ebeveynlerin ÜESD’nin olumsuz etkilerine olan inanışları, sigara kullanmayan ebeveynlere kıyasla anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Johansson ve ark. tarafından İsveç’te yapılan çalışmada da sigara kullanan ebeveynler çevresel sigara dumanının olumsuz etkileri konusunda, sigara içmeyen ebeveynlere göre daha düşük farkındalığa sahip bulundu ve bu veri bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (66).

Winickoff ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada evde sigara içilmesini yasaklayan kuralların varlığı sigara kullanmayanların evlerinde, sigara kullananların evlerine göre daha yüksek bulunmuş olup ÜESD’nin sağlığa olan zararlı etkilerine olan inanışların evde sigara içimini yasaklayan kuralların varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (37). Benzer şekilde bu çalışmada tütün ürünü kullanan kişilerin olmadığı evlerde, aile üyelerinin tütün ürünü kullandığı evlere kıyasla daha yüksek oranda sigara içimini yasaklayan kural varlığının olduğu gösterilmiştir. Bu durum sigara kullanmayan bireylerin çevresel tütün dumanı konusunda daha bilinçli oluşları ve sigaranın zararlarına yönelik daha hassas oluşları ile açıklanabilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının evinde sadece mutfak, balkon gibi belirli yerlerde sigara içilmesine izin verildiği, yaklaşık üçte birinin evinde ise hiç kimsenin sigara içmediği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar sigara içmekten kaçınılan ortamlarda tamamen dumansız evlere göre nikotin düzeyinin 5-7 kat daha yüksek olduğunu göstermekte ve bu durum ÜESD partiküllerinin eller, kıyafetler, yüzeyler, hava sirkülasyonu aracılığı ile taşınabildiğini açıklar niteliktedir. Ev dışında sigara içmenin ÜESD maruziyetini

azalttığı fakat tam olarak ortadan kaldırmadığı da vurgulanmıştır (67). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada; yenidoğan yoğun bakımında bebeği olan annelerin ellerinden, hastanede kullandıkları mobilyaların yüzeylerinden, bebek küvözlerinden örnekler alınmış ve bebeklerin idrarları incelenmiştir. Sigara kullanan annelerin kullandığı eşyalarda, bebeklerinin küvözlerinde nikotin saptanmış ve bu annelerin bebeklerinin idrar kotinin düzeyleri diğer bebeklerden yüksek bulunmuştur. Bu durum en korunaklı alanlarda bile ÜESD maruziyetinin söz konusu olabileceğini gözler önüne sermektedir (68). Matt ve ark. tarafından yapılan çalışma sigara içmek için evin dışındaki alanları kullanan bireyler ile aynı evi paylaşan bebeklerin idrar kotinin seviyelerinin, evlerinde sigara içen birey bulunmayan bebeklerin idrar kotinin seviyelerine kıyasla daha yüksek olduğunu ve dolayısıyla ev dışında sigara içmenin aynı evde yaşamakta olan bebekleri ÜESD'nin zararlı etkilerinden koruyamadığını göstermektedir (67).

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaklaşık %90'ı ÜESD kavramını daha önce hiç duymadığı belirtti. Ancak büyük çoğunluğu bu kavram hakkında kısaca bilgi verildiğinde ÜESD'nin zararlı olduğu konusunda hemfikirlerdi. ÜESD haberdarlığının düşük olması ÜESD'nin yeni bir terim olmasına bağlanabilir. İspanya'da üç yaşından küçük çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %27'si ÜESD kavramından haberdar olduklarını belirtmiş olup yaklaşık olarak onda sekizi ÜESD'nin çocukları için zararlı olduğuna inanmaktaydı (64). Bununla birlikte ÜESD ile ilgili yapılan eğitim müdahalesinin kişilerin sigara içme tutumlarını değiştirme, içilen sigara sayısını azaltma ve sigarayı bırakma gibi tütün kontrolü üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu gösterilmiştir (69).

ÜESD ile ilgili çalışmalar oldukça yeni olup ÜESD'nin insan sağlığına özellikle de sigara dumanına karşı daha savunmasız olan çocukların sağlığı üzerine ne gibi zararları olduğu konusunda yeterli çalışma olmamakla birlikte sigaraya maruz kalan çocuklarda öksürük, balgam, hırıltılı soluma gibi semptomlar ile pnömoni, bronşit gibi alt solunum yolu enfeksiyonlarının daha fazla görüldüğü aynı zamanda astım şiddetinde de artış olduğu gösterilmiştir (43). Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada ÜESD maruziyeti sonucu nötrofil sayılarında azalma, eozinofillerde ise artış gözlenmiş olup T lenfosit fraksiyonunda değişiklik olmazken T lenfositlerin alt grubu olan süpresör T lenfosit sayısında artış olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar ÜESD'nin immün sistemde zayıflama ve alerji üzerine etkiler oluşturarak insan sağlığını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (10). Benzer şekilde bu çalışmada da hastaneye solunum yolu şikayetleri ve alerjik şikayetler nedeni ile başvuran çocukların kapalı ortamda tütün dumanı maruziyetleri anlamlı olarak daha yüksek

bulunmuştur. Bu çocukların şikayetleri maruz kaldıkları tütün dumanına bağlı oluşmuş olabilir.

Yılmaz ve ark. tarafından yapılan çalışmada 29 yaş ve altındaki katılımcıların sağlık algısı puan ortalaması diğer yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin öğrenim durumları ile sağlık algıları arasındaki ilişki incelendiğinde ise öğrenim durumu üniversite olan katılımcıların sağlık algısı puan ortalamasının, ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanların puan ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür (70). Bu çalışmada da 30 yaş ve altındaki ebeveynlerin sağlık algısı ölçeği alt boyutu olan sağlığın önemi puan ortalaması, 31 yaş ve üzeri ebeveynlere göre yüksek bulunmuştur. Bu durum ilerleyen yaşla birlikte kişilerde meydana gelen biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin sağlık algısı üzerinde olumsuz etki oluşturması ile açıklanabilir. Yine benzer şekilde sunulan çalışmada eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan ebeveynlerde, lise ve altı olanlara göre sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalaması, kontrol ve kesinlik alt boyut ortalamalarının daha yüksek saptanması; artan eğitim düzeyinin kişinin kendisi ve çevresine yönelik farkındalığını artırması ve dolayısı ile sağlığı olumlu yönde etkileyecek davranışlara yönelip, sağlığa zararlı davranışlardan kaçınmasını sağlamasına bağlanabilir.

Literatürde yer alan çalışmalar kadınların sağlık algısının erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu göstermiştir (71, 72). Bu araştırmada da benzer şekilde kadınların erkeklere göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Bu durum kadınların fizyolojik ve psikolojik olarak daha hassas oldukları için düşük sağlık algısına sahip olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Sunulan araştırmada çalışan ebeveynlerin sağlık algıları, çalışmayan ebeveynlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte Kaleta ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da işsizlerin sağlıklarını kötü olarak algılama durumlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (73). Bu durum çalışan bireylerdeki ekonomik özgürlüğün getirmiş olduğu rahatlık ve bu sayede sağlıklarını korumak, geliştirmek için gereken fırsatlara daha kolay ulaşabilmeleri ile açıklanabilir.

Idler ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayanlara göre sağlıklarını daha kötü olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir (74). Sunulan çalışmada da sigara kullanan ebeveynlerin sağlık algısı ölçeği sağlığın önemi alt boyut puan ortalaması, sigara kullanmayan ebeveynlere göre daha düşük bulunmuştur ve bu

durum sigara kullanmayan kişilerin sağlıklarını daha çok önemsemelerine bağlanabilir. Bununla birlikte kontrol alt boyut puan ortalaması sigara kullananlarda daha yüksek saptanmış olup bu yükseklik sigara kullanan kişilerin sağlıklarına yönelik kontrolü kendi ellerinde bulundurdıklarına olan inançlarından dolayı sigara içmenin zararlı etkilerini göz ardı etmeleri, görmezden gelmeleri ile ilişkili olabilir.

Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre sağlık algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte aile bireylerinde kronik hastalık olan öğrencilerin kesinlik alt boyut puan ortalamasının ailesinde kronik hastalık olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Kesinlik alt boyutu kişinin sağlıklı olması ve sağlıklı kalması için yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını göstermeye yöneliktir. Dolayısıyla bu durum ailesinde sağlık problemi olan öğrencilerin sağlıklı olmak için yapmaları gerekenler konusunda daha net fikirlere sahip olduklarını göstermektedir (75). Bir başka çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin sağlık algısı puan ortalaması kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur (70). Sunulan çalışmada ebeveynde kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı arasında anlamlı ilişki bulunmazken, çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin sağlık algısı toplam puan ortalaması ile kontrol ve kesinlik alt boyut puan ortalamalarının; çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin önceliği çocuklarına verip kendilerini ihmal etmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarına bakıldığında; tek merkezde yapılmış olması ve hastaneye herhangi bir şikayetle başvuran çocukların ebeveynlerini kapsadığı için genel popülasyonu yansıtamamış olması sayılabilir.

6. SONUÇLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında başvuran okul öncesi dönem pediatrik hastaların ebeveynleri ile yürüttüğümüz ve ebeveynlerin sağlık algıları ile Üçüncü El Sigara Dumanı hakkındaki inanışları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimiz bu çalışmada;

- Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %74,6'sını anneler, %25,4'ünü babalar oluşturmaktaydı.

- Annelerin yaş ortalamasının 30,34±5,56 yıl, babaların yaş ortalamasının ise 33,35±5,87 yıl olduğu görüldü.
- Katılımcıların %59,4'ü lise ve altı eğitim düzeyine sahip iken %40,6'sının eğitim düzeyi üniversite ve üstü idi.
- Ebeveynlerin %15,4'ü kronik bir hastalığa sahipti.
- Annelerin yaş ortalaması babalara göre daha düşük olmasına rağmen, kronik hastalık varlığı annelerde daha yüksek saptandı.
- Katılımcıların %20,4'ü sigara kullanıyordu ve sigara kullanım oranı babalarda annelere göre daha yüksek bulundu.
- Ebeveynlerin çoğunun evinde sigara içmeyi yasaklayan kuralların olduğu görüldü.
- Ebeveynlerin Üçüncü El Sigara Dumanına yönelik inançlarının iyi düzeyde olduğu fakat çoğunun (%88,0) Üçüncü El Sigara Dumanı kavramını bilmediği tespit edildi.
- ÜESD ölçek puan ortalaması annelerde babalara göre daha yüksek bulundu.
- Sigara kullanan ebeveynlerin ÜESD ölçeği toplam puan ortalaması ve sağlık alt boyut puan ortalaması sigara kullanmayan ebeveynlere kıyasla daha düşük saptandı.
- SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları; eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda lise ve altı olanlara göre daha yüksek bulundu.
- Babaların SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol merkezi puan ortalaması annelere kıyasla daha yüksekti.
- Sigara kullanan ebeveynlerin SAÖ alt boyutu olan sağlığın önemi puan ortalaması sigara kullanmayan ebeveynlere göre daha düşük saptandı bununla birlikte SAÖ kontrol merkezi puan ortalaması ise sigara kullananlarda daha yüksek tespit edildi.
- ÜESD kavramından haberdar olan ebeveynlerin SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları; haberdar olmayanlara göre daha yüksek bulundu.
- Evlerinde sigara içimini yasaklayan kural olan ebeveynlerin SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol ve kesinlik alt boyut ortalama puanları evlerinde kural olmayan ebeveynlere göre daha yüksek saptandı.
- Ebeveyndeki kronik hastalık varlığı ile SAÖ arasında anlamlı ilişki gözlenmezken, çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynlere göre daha düşük bulundu.

- Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocukların yaş ortancası 30 (min:1, maks:60) ay idi.
- Çocukların %23,4'ünde kronik hastalık mevcuttu ve bunun %53,9'unu göğüs hastalıkları ile alerjik immünolojik hastalıklar oluşturmaktaydı.
- Çocukların hastaneye başvuru sebebine bakıldığında %48,2'sinde solunum yolu şikayetleri, %21,4'ünde ise alerji ve immünoloji ile ilgili şikayetlerin olduğu görüldü.
- Çocukların %17'sinin kapalı ortamda tütün dumanına maruz kaldığı tespit edildi.
- Çocuğu kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalan ebeveynlerin SAÖ kesinlik alt boyut ortalama puanının, çocuğu kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalmayan ebeveynlere göre daha düşük olduğu görüldü.
- Hastaneye solunum yolu şikayetleri ve alerjik şikayetler nedeniyle başvuran çocukların tütün dumanı maruziyeti, diğer sebeplerle hastaneye başvuran çocuklara göre daha yüksek saptandı.
- Kapalı ortamda tütün dumanı maruziyeti olan çocukların yaklaşık olarak dörtte üçünün ebeveyni lise ve altı eğitim düzeyine sahipti ve kapalı ortamda tütün dumanına maruz kalan çocukların %84,7'sinin aynı evi paylaştığı aile üyelerinden en az bir kişinin tütün ürünü kullanmakta olduğu tespit edildi.

7. ÖNERİLER

- Dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan tütün kullanımı ile ilgili günümüzde halen İESD maruziyetinin sağlığa olan zararlı etkileri tartışılırken ÜESD maruziyeti ile ilgili bilgi oldukça azdır. Bazı bireyler sadece dumanı gördüklerinde ya da kokusunu hissedebildiklerinde tütün dumanı maruziyetinin söz konusu olabileceğini düşünmekte ve bu durum ÜESD kavramını tanımamaktan kaynaklanmaktadır. Bu algıyı değiştirmek için toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu da ancak eğitimle mümkün olabilir.
- Tütünle mücadele kapsamında ÜESD terimine de yer verilmeli, ÜESD'nin sağlık üzerine etkileri ve çevredeki kalıcılığı konularına vurgu yapılarak bireylerin farkındalığı artırılmalıdır.
- ÜESD maruziyeti açısından çocuklar büyük risk altında olup özellikle ebeveynler bu konu ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Dumansız evler teşvik edilmeli, kişisel araçlarda tütün ürünü kullanımını sonlandıracak yasal düzenlemeler getirilmeli ve böylece %100 dumansız alanların oluşması sağlanmalıdır.

- Bireylerin sigarayı bırakması konusunda motivasyonel destek sağlamak için ÜESD kavramı tanıtılmalı ve bilgilendirme yapılmalıdır.
- ÜESD ile ilgili daha fazla araştırma yapılmalı ve insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri aydınlatılmaya çalışılmalıdır.
- Kişilerin sağlık algılarını geliştirmeleri konusunda farkındalıkları artırılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelmeleri önerilmeli ve böylece tütün ürünü kullanımından kaçınarak yaşam kalitelerinin artırılması sağlanmalıdır. Bu da ancak eğitimle mümkün olabilir.



8. KAYNAKLAR

1. Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2011;66(10):847-55.
2. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh F, Drope J. The tobacco atlas 5-th edititon. Atlanta, Georgia, USA: American Cancer Society. 2015.
3. La Grutta S. L'impatto dell'esposizione al fumo di tabacco sulla salute respiratoria in età pediatrica. *Tabaccologia*; 2008.
4. Matt GE, Quintana PJ, Zakarian JM, Fortmann AL, Chatfield DA, Hoh E, et al. When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. *Tobacco control*. 2011;20(1):e1-e.
5. Kuo H-W, Rees VW. Third-hand smoke (THS): What is it and what should we do about it. *J Formos Med Assoc*. 2019;118(11):1478-9.
6. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J, Smith M, Chen J. Third-hand smoke: old smoke, new concerns. *Journal of community health*. 2016;41(3):680-7.
7. Moya J, Bearer CF, Etzel RA. Children's behavior and physiology and how it affects exposure to environmental contaminants. *Pediatrics*. 2004;113(Supplement_3):996-1006.
8. Ferrante G, Simoni M, Cibella F, Ferrara F, Liotta G, Malizia V, et al. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi archives for chest disease*. 2013;79(1).
9. McGrath-Morrow SA, Gorzkowski J, Groner JA, Rule AM, Wilson K, Tanski SE, et al. The effects of nicotine on development. *Pediatrics*. 2020;145(3).
10. Hang B, Snijders AM, Huang Y, Schick SF, Wang P, Xia Y, et al. Early exposure to thirdhand cigarette smoke affects body mass and the development of immunity in mice. *Scientific reports*. 2017;7(1):1-8.
11. Hang B, Wang P, Zhao Y, Sarker A, Chenna A, Xia Y, et al. Adverse health effects of thirdhand smoke: from cell to animal models. *International journal of molecular sciences*. 2017;18(5):932.
12. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32:47– 53.
13. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(5):557-61.

14. Brandon JE, Loftin JM. Relationship of fitness to depression, state and trait anxiety, internal health locus of control, and self-control. *Perceptual and Motor Skills*. 1991;73(2):563-8.
15. Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP. Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control, and health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1999;54(2):P85-P93.
16. Otan H, Apti R. Tütün. 1. baskı. İzmir: ETAEM yayını. 1989;9.
17. Aksu S. Tütün kimya ve teknolojisi. 1. baskı. İstanbul: Tekel Enstitüleri yayınları. 1967;4.
18. Çiçek N. Tütünde rezidü sorunları. *Tekel Dergisi*. 1998;2:44-7.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Ankara. 2010.
20. Gately I. Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization: New York Grove Press; 2004.
21. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını 1978.
22. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi Erişim Adresi: <http://www.toraks.org.tr/>. Erişim Tarihi: 01.03.2022.
23. Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, et al. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*. 2015;110(6):904-19.
24. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey. 2016.
25. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. H. Karadağ, H. Bilgiç, ZA Aytemur, Ş. Akçay, O. Elbek. Tütün ve Tütün Kontrolü. 2010:3-20.
26. Uysal Y, Mert E, Başhan İ. Tütün kullanımının sağlık üzerine etkileri ve bırakmanın yararları. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2016;7(5):20-5.
27. Siasos G, Tsigkou V, Kokkou E, Oikonomou E, Vavuranakis M, Vlachopoulos C, et al. Smoking and atherosclerosis: mechanisms of disease and new therapeutic approaches. *Current medicinal chemistry*. 2014;21(34):3936-48.
28. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *Journal of the American college of cardiology*. 2004;43(10):1731-7.
29. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *British medical journal*. 1989;298(6676):784-8.

30. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks dergisi*. 2006;7(1):51-64.
31. Jayes L, Haslam PL, Gratziou CG, Powell P, Britton J, Vardavas C, et al. SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest*. 2016;150(1):164-79.
32. Colditz GA, Sellers TA, Trapido E. Epidemiology—identifying the causes and preventability of cancer? *Nature Reviews Cancer*. 2006;6(1):75-83.
33. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
34. Harris KK, Zopey M, Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016;12(5):299-308.
35. Schick S, Glantz SA. Sidestream cigarette smoke toxicity increases with aging and exposure duration. *Tobacco control*. 2006;15(6):424-9.
36. Drehmer JE, Walters BH, Nabi-Burza E, Winickoff JP. Guidance for the clinical management of thirdhand smoke exposure in the child health care setting. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*. 2017;24(12):551.
37. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*. 2009;123(1):e74-e9.
38. Becquemin M, Bertholon J, Bentayeb M, Attoui M, Ledur D, Roy F, et al. Third-hand smoking: indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension. *Tobacco control*. 2010;19(4):347-8.
39. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P, Singer BC, Destailats H. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010;107(15):6576-81.
40. Lioy PJ. Employing dynamical and chemical processes for contaminant mixtures outdoors to the indoor environment: the implications for total human exposure analysis and prevention. *Journal of exposure science & environmental epidemiology*. 2006;16(3):207-24.
41. Szabo L. Babies may absorb smoke residue in home. *USA Today*. 2006;6(8).

42. Elliot J, Vullermin P, Robinson P. Maternal cigarette smoking is associated with increased inner airway wall thickness in children who die from sudden infant death syndrome. *American Journal of respiratory and critical care medicine*. 1998;158(3):802-6.
43. Jung JW, Ju YS, Kang HR. Association between parental smoking behavior and children's respiratory morbidity: 5-year study in an urban city of South Korea. *Pediatric pulmonology*. 2012;47(4):338-45.
44. Hang B, Mao J-H, Snijders AM. Genetic susceptibility to thirdhand-smoke-induced lung cancer development. *Nicotine and Tobacco Research*. 2019;21(9):1294-6.
45. Martins-Green M, Adhami N, Frankos M, Valdez M, Goodwin B, Lyubovitsky J, et al. Cigarette smoke toxins deposited on surfaces: implications for human health. *PloS one*. 2014;9(1):e86391.
46. Karim ZA, Alshbool FZ, Vemana HP, Adhami N, Dhall S, Espinosa EV, et al. Third-hand smoke: impact on hemostasis and thrombogenesis. *Journal of cardiovascular pharmacology*. 2015;66(2):177-82.
47. Yuan H, Shyy JY-J, Martins-Green M. Second-hand smoke stimulates lipid accumulation in the liver by modulating AMPK and SREBP-1. *Journal of hepatology*. 2009;51(3):535-47.
48. Kisfali P, Polgár N, Sáfrány E, Sumegi K, I Melegh B, Bene J, et al. Triglyceride level affecting shared susceptibility genes in metabolic syndrome and coronary artery disease. *Current medicinal chemistry*. 2010;17(30):3533-41.
49. Demarin V, Lisak M, Morović S, Čengić T. Low high-density lipoprotein cholesterol as the possible risk factor for stroke. *Acta Clinica Croatica*. 2010;49(4):429-39.
50. Kabir Z, Connolly GN, Alpert HR. Secondhand smoke exposure and neurobehavioral disorders among children in the United States. *Pediatrics*. 2011;128(2):263-70.
51. Dhall S, Alamat R, Castro A, Sarker AH, Mao J-H, Chan A, et al. Tobacco toxins deposited on surfaces (third hand smoke) impair wound healing. *Clinical Science*. 2016;130(14):1269-84.
52. Bahl V, Weng NJ-H, Schick SF, Sleiman M, Whitehead J, Ibarra A, et al. Cytotoxicity of thirdhand smoke and identification of acrolein as a volatile thirdhand smoke chemical that inhibits cell proliferation. *Toxicological Sciences*. 2016;150(1):234-46.
53. Xu B, Chen M, Yao M, Ji X, Mao Z, Tang W, et al. Metabolomics reveals metabolic changes in male reproductive cells exposed to thirdhand smoke. *Scientific reports*. 2015;5(1):1-11.

54. Hang B, Sarker AH, Havel C, Saha S, Hazra TK, Schick S, et al. Thirdhand smoke causes DNA damage in human cells. *Mutagenesis*. 2013;28(4):381-91.
55. Bilir N. Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde? *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*. 2009;10(1).
56. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use: World Health Organization; 2019.
57. Haardörfer R, Berg CJ, Escoffery C, Bundy LT, Hovell M, Kegler MC. Development of a scale assessing Beliefs About ThirdHand Smoke (BATHS). *Tobacco induced diseases*. 2017;15(1):1-8.
58. Çadırcı D, Terzi NK, Terzi R, Cihan FG. Validity and reliability of Turkish version of Beliefs About Third-Hand Smoke Scale: BATHS-T. *Central European Journal of Public Health*. 2021;29(1):56-61.
59. Hopkinson NS. The path to a smoke-free England by 2030. *British Medical Journal Publishing Group*; 2020.
60. Uğurlu ES. Ebeveynlerin Çocuklarının Yanında Sigara İçme Durumlarının İncelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018;27(2):86-91.
61. Ayçiçek A. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne-babalarının sigara kullanma alışkanlıkları. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*. 2014;57(4).
62. Drehmer JE, Ossip DJ, Rigotti NA, Nabi-Burza E, Woo H, Wasserman RC, et al. Pediatrician interventions and thirdhand smoke beliefs of parents. *American journal of preventive medicine*. 2012;43(5):533-6.
63. Myers V, Shiloh S, Rosen L. Parental perceptions of children's exposure to tobacco smoke: development and validation of a new measure. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-11.
64. Díez-Izquierdo A, Cassanello P, Cartanyà A, Matilla-Santander N, Balaguer Santamaria A, Martinez-Sanchez JM. Knowledge and attitudes toward thirdhand smoke among parents with children under 3 years in Spain. *Pediatric Research*. 2018;84(5):645-9.
65. Campo L, Boniardi L, Polledri E, Longhi F, Scuffi C, Fustinoni S. Smoking habit in parents and exposure to environmental tobacco smoke in elementary school children of Milan. *Science of The Total Environment*. 2021;796:148891.
66. Johansson A, Hermansson G, Ludvigsson J. Parents' attitudes to children's tobacco smoke exposure and how the issue is handled in health care. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004;18(5):228-35.

67. Matt G, Quintana P, Hovell M, Bernert J, Song S, Novianti N, et al. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tobacco control*. 2004;13(1):29-37.
68. Northrup TF, Khan AM, Jacob P, Benowitz NL, Hoh E, Hovell MF, et al. Thirdhand smoke contamination in hospital settings: assessing exposure risk for vulnerable paediatric patients. *Tobacco control*. 2016;25(6):619-23.
69. Patel S, Hendry P, Kalynych C, Butterfield R, Lott M, Lukens-Bull K. The impact of third-hand smoke education in a pediatric emergency department on caregiver smoking policies and quit status: A pilot study. *International Journal on Disability and Human Development*. 2012;11(4):335-42.
70. Yılmaz AT., Çulha İ., Kersu Ö., Gümüş D., Ünsal A, N. K. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *J Acad Soc Sci*. 2018;68:89–99.
71. GÜR G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *HSP*. 2019;6(2):210-9.
72. Kraja F, Këlliçi I, Çakërri L. Determinants of self-perceived health status in population-based studies. *Albanian Medical Journal*. 2013;2:106-8.
73. Kaleta D, Polanska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Central European journal of public health*. 2009;17(3):122.
74. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *American journal of public health*. 1990;80(4):446-52.
75. Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14(3):275-82.

Ek-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sayın katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular "Okul Öncesi Dönem Pediatrik Hasta Ebeveynlerinin Sağlık Algısı ve Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışları" konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1-) Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

2-)Yaşınız:.....

3-) Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli

4-)Öğrenim durumunuz: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri

5-) Mesleğiniz nedir?.....

6-) Yaşadığınız yer? ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy-kasaba

7-) Sigara içiyor musunuz?

☐ Hayır, hiç içmedim ☐ Hayır, bıraktım

☐ Evet, evet ise günde kaç adet?.....

8) Elektronik sigara ya da nargile gibi tütün ürünleri kullanıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet, evet ise hangisi?.....

9-)Evinizde sigara, elektronik sigaraya da nargile gibi tütün ürünleri kullanan var mı?

☐ Hayır ☐ Evet, evet ise çocuğunuzla yakınlık derecesi?.....

10-) Hangi durum evinizde sigara içmenin kurallarını daha iyi tanımlar?

☐ Evimizde kimse sigara içemez.

☐ Sadece evin içindeki bazı yerlerde (mutfak, tuvalet, balkon gibi) sigara içilebilir.

☐ Evin her yerinde sigara içilebilir.

11-) Tanı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet, nedir?.....

12-) Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet, nedir?.....

13-) Sürekli kullandığınız ilacınız/ilaçlarınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

14-) Velisi bulunduğunuz çocukla yakınlık dereceniz:

☐ Annesiyim ☐ Babasıyım ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)

15-) Çocuğunuzun yaşı?.....

16-) Çocuğunuzun cinsiyeti?.....

16-) Kaç çocuğunuz var?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üzeri

17-)Şu anda hasta olan çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuz?.....

18-) Bu çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı?

☐ Hayır ☐ Evet, nedir? ?.....

19-) Bu çocuğunuzun sürekli kullandığı ilacı var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

20-)Bu çocuğunuzun hastaneye başvurma sebebi (şikayeti) nedir?.....

21-)Bu çocuğunuz herhangi bir kapalı ortamda sigara ya da tütün dumanına maruz kalıyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet, nerede?.....

22-)Daha önce “üçüncü el sigara dumanı” kavramını duydunuz mu?

☐ Evet, duydum ☐ Hayır, duymadım

Aşağıdaki sorular, kapalı ortamlarda sigara içmenin etkileri hakkında görüşlerinizi sormaktadır. Sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum
1. Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir.					
2. Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir.					
3. Dün insanların sigara içtiği odalardaki partiküller kansere neden olabilir.					
4. Sigara dumanı partikülleri günlerce odada kalabilir.					
5. Sigara dumanı partikülleri haftalarca odada kalabilir.					
6. Sigara dumanı partikülleri mobilyalar ve duvarların içine işler.					
7. Sigara içtikten sonra deride, saçta ve kıyafetlerde kalan sigara dumanı partikülleri temas ile başkalarına geçebilir.					
8. Sigara dumanının çıktığı yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir.					
9. Camları açmak veya klimaları çalıştırmak bir odadaki tüm sigara dumanı partiküllerini yok etmez.					

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.					
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12. Sağlıklı olmak şans işidir.					
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14. İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					