T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgün ARSLAN

TEZ DANIŞMANI
Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

Çanakkale, 2020

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgün ARSLAN

TEZ DANIŞMANLARI
Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN
Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2020

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği ... uzmanlık
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Dr. Özgür ARSLAN 'ın **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/01/2025

TEZ KONU BAŞLIĞI

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nikotin Bağımlılığı ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tez Danışmanı: Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar EDTEKİN

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı Soyadı	**İmzası**
Prof. Dr. Erkan Metin SAHİN	
Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar EDTEKİN	
Prof. Dr. Ali ÖZAKIR	

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 22/10/2025 tarih ve 39/03 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Taner DEMİR
Dekan

Dekan

ÖZGEÇMİŞ

Doğum Tarihim ve Yerim:
11 Ocak 1990 – İzmit/Kocaeli

Eğitim aldığım okullar:
Kocaeli 50. Yıl Cumhuriyet İlköğretim Okulu (09.1997 – 06.2004)
Kocaeli 24 Kasım Anadolu Lisesi (09.2004 – 06.2008)
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi (09.2008 – 06.2014)

Çalıştığım kurumlar:
Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Acil Servis Birimi (09.2014 – 12.2014)
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı ABD (01.2015 – 02.2016)
Rize Üniversitesi Halk Sağlığı ABD (03.2016 – 11.2017)
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği ABD (12.2017 – …)

TEŞEKKÜR

Birlikte geçirdiğimiz süreci her daim keyifle hatırlayacağım, bir iş arkadaşından çok daha fazlası olan arkadaşlarıma, yani Çanakkale'deki aileme;

Bu aşamaya gelmemde çok emeği olan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her kararımda yanımda olan aileme;

Uzmanlık eğitimime ve bitirme tezime katkıları büyük olan, hiçbir konuda yardımını esirgemeyen anabilim dalı başkanımız ve yardımcı tez danışmanım olan Prof. Dr. Erkan Melih Şahin'e ve tez danışmanım olan Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar Ertekin'e; tez sınavımda misafir jüri üyesi olan Prof. Dr. Alis Özçakır'a;

hayatıma kattıkları için teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER I
ÖZET II
ABSTRACT III
KISALTMALAR ve SİMGELER IV
TABLOLAR ve ŞEKİLLER V
GİRİŞ ve AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
2.1. Sigara 3
2.1.1. Sigara Tanımı 3
2.1.2. Sigara Tarihçesi 4
2.1.3. Dünya Sigara Epidemiyolojisi 5
2.1.4. Türkiye Sigara Epidemiyolojisi 6
2.1.5. Sigara İçeriği 7
2.1.6. Sigaranın Sağlığa Etkileri 7
2.1.7. Nikotin 9
2.1.8. Nikotin Bağımlılığı 9
2.1.9. Nikotin Yoksunluğu 11
2.1.10. Nikotin Bağımlılığı Ölçekleri 12
2.2. Uyku 13
2.2.1. Uyku Tanımı ve Önemi 13
2.2.2. Uyku Epidemiyolojisi 14
2.2.3. Uyku İşlevi ve Fizyolojisi 14
2.2.4. Uyku Evreleri 14
2.2.5. Uyku Uyanıklık Döngüsü 15
2.2.6. Uyku Kalitesi 16
2.2.7. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler 16
2.2.8. Uyku Hijyeni 18
2.2.9. Uyku Bozuklukları 20
2.2.10. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi 21
GEREÇ ve YÖNTEM 22
3.1. Araştırma Bölgesi ve Tipi 22
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi 22
3.3. Araştırma Değişkenleri 22
3.4. Veri Toplama Araçları 23
3.5. Uygulama Yöntemi 24
3.6. Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi 25
3.7. Etik ve İzinler 25
3.8. Çalışma Takvimi 25
BULGULAR 26
TARTIŞMA 45
SONUÇ ve ÖNERİLER 51
KAYNAKLAR 52
EKLER 57

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı tıp fakültesi öğrencilerinin nikotin bağımlılık düzeyini, uyku kalite düzeyini saptamak, sosyodemografik özelliklerin nikotin bağımlılığı ve uyku kalitesiyle ilişkisini incelemek, nikotin bağımlılığının uyku kalitesine etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel desende analitik çalışmamıza 830 tıp öğrencisi katıldı. Öğrencilerin tamamına ulaşmak hedeflendi, %88'ine ulaşıldı. Sosyodemografik veri anketi, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ölçekleri araştırmacıların denetiminde uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %27,8'i aktif sigara kullanıcısı, %19,5'i düzenli alkol kullanıcısıydı. Erkeklerde, alkol kullananlarda sigara kullanımı daha sıktı. Aktif sigara kullanıcılarının %52,6'sı günde 11-20 arası sigara tüketmekteydi. FNBT puan ortalaması 3,1±2,4 idi. %58,5'i düşük düzeyde, %30,8'i orta düzeyde, %10,7'si ağır düzeyde nikotin bağımlısıydı. Katılımcıların PUKİ puan ortalaması 5,9±2,7 idi. %66,6'sının uyku kalitesi kötüydü. Kadınlarda, biriyle aynı odayı paylaşanlarda, aktif sigara kullananlarda, düzenli alkol kullananlarda, düzenli çay/kahve tüketenlerde uyku kalitesi daha kötüydü. Orta/ağır derecede nikotin bağımlılığı olanların uyku kalitesi daha kötüydü. Nikotin bağımlılığı ile uyku kalitesi arasında negatif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu.

Sonuç: Çalışmamız hem sigara kullanımının hem de nikotin bağımlılık düzeyinin, uyku kalitesini kötü yönde etkilediğini göstermiştir. Nikotin bağımlılığı arttıkça uyku kalitesi düşmektedir. Öğrencilerin dörtte birinden fazlası aktif sigara kullanmaktadır. Sigara kullanım sıklığı ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılmış çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Öğrencilerin üçte ikisinin uyku kalitesi kötü bulunmuştur. Öğrencilerin uyku kalitesi ülkemizde yapılmış diğer çalışmalara kıyasla daha kötü bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: nikotin bağımlılığı, sigara, uyku, uyku kalitesi, tıp öğrencileri

ABSTRACT

Objective: The aim of our study was to determine the nicotine addiction level and sleep quality level of medical students, to examine the relationship between sociodemographic characteristics with nicotine addiction and sleep quality, and to evaluate the effect of nicotine addiction on sleep quality.

Method: 830 medical students participated in our cross-sectional designed analytical study. It was aimed to reach all of the students, 88% of them were reached. Sociodemographic data questionnaire, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scales were administered under the supervision of the researchers.

Results: 27.8% of the participants were active smokers, 19.5% were regular alcohol users. 52.6% of active smokers consumed between 11-20 cigarettes a day. The mean FNBT score was 3.1 ± 2.4. 58.5% were low, 30.8% were moderately addicted, 10.7% were severely addicted to nicotine. The PSQI mean score of the participants was 5.9 ± 2.7. 66.6% of them had poor sleep quality. Sleep quality was worse in women, those who shared the same room, active smokers, regular alcohol users, and regular tea / coffee drinkers. Sleep quality of those with moderate/severe nicotine addiction was worse. There was a significant negative correlation between nicotine addiction and sleep quality.

Conclusion: Our study has shown that both smoking and nicotine addiction levels negatively affect sleep quality. As nicotine addiction increases, sleep quality decreases. More than a quarter of the students smoke actively. The frequency of smoking has been found to be consistent with studies conducted in our country and other countries. Two-thirds of the students had poor sleep quality. Students' sleep quality was found to be worse compared to other studies conducted in our country.

Keywords: nicotine addiction, smoking, sleep, sleep quality, medical students

KISALTMALAR ve SİMGELER

ÇOMÜ:	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FNBT:	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)
HbA1C:	HemoglobinA1C
ICSD:	Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders)
NonREM:	Hızlı Göz Hareketleri Olmayan Evre (Non Rapid Eye Movement)
PUKİ:	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Pittsburgh Sleep Quality Index)
REM:	Hızlı Göz Hareketleri (Rapid Eye Movement)
SPSS:	Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı Statistics Package for Social Sciences
VKİ:	Vücut kitle indeksi (Body Mass Index)

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

Tablo 2.1 DSM-5'e göre Tütün Kullanım Bozukluğu Kriterleri

Tablo 2.2 DSM-5'e göre Tütün Yoksunluğu Kriterleri

Tablo 2.3 ICSD-3 Uyku Bozuklukları Sınıflaması (2014)

Tablo 4.1 Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2 Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık varlığı

Tablo 4.3 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli ilaç kullanımı

Tablo 4.4 Sosyodemografik özelliklere göre sigara kullanımı

Tablo 4.5 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli alkol kullanımı

Tablo 4.6 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli çay/kahve tüketimi

Tablo 4.7 Sosyodemografik özelliklere göre akıllı telefon kullanımı

Tablo 4.8 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli egzersiz durumu

Tablo 4.9 Sosyodemografik özelliklere göre VKİ değerleri

Tablo 4.10 Fagerstrom Testi'ne göre sigara kullanım özellikleri

Tablo 4.11 Sosyodemografik özelliklere göre FNBT puan ortalamaları

Tablo 4.12 Sosyodemografik özelliklere göre FNBT bağımlılık düzeyleri

Tablo 4.13 Pittsburgh İndeksi'ne göre uyku özellikleri

Tablo 4.14 Sosyodemografik özelliklere göre PUKİ puan ortalamaları

Tablo 4.15 Sosyodemografik özelliklere göre PUKİ uyku kaliteleri

Tablo 4.16 PUKİ uyku kalitelerine göre bazı alışkanlıkların özellikleri

Tablo 4.17 FNBT bağımlılık düzeylerine göre PUKİ puan ortalamaları

Tablo 4.18 FNBT bağımlılık düzeylerine göre PUKİ uyku kaliteleri

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Özellikle üniversite döneminde öğrenciler aile ortamından uzaklaşıp, farklı ve yeni ortamlara girdiğinden riskli sağlık davranışlarına daha meyilli olurlar. Sigara da kolay ulaşılabilen bir madde olarak bu riskli sağlık davranışlarından biri olup uzun süreçte ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar bu dönemde sigara içmeye başlayanların daha yüksek oranda bağımlı olduğunu ve yetişkinlik döneminde de içmeye devam ettiğini göstermektedir (1).

Uyku, insanın varlığını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerden biridir. Uyku, uyku süresi, uyku latansı, uyku düzeni gibi parametrelerle değerlendirilir. Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların çokluğu ve uyku kalitesindeki bozulmaların tıbbi hastalıkların habercisi olabilmesi bu konunun önemini göstermektedir (2). Kaliteli bir uyku öğrencinin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı için değerlidir. Özellikle üniversite öğrencilerinde uyku sorunları daha sık görülmekte olup uyku kalitesi daha düşüktür. Uyuma zamanları düzensiz ve yetersizdir. Alkol, sigara ve kafein kullanımları daha yaygın ve düzensiz olduğundan uyku kaliteleri etkilenmektedir (3). Uyku kalitesi daha kötü olan öğrenciler, fiziksel ve psikososyal sağlık sorunlarıyla daha sık karşılaşmaktadırlar. Az uyuyan kişiler, iyi uyuyanlara kıyasla gün içinde daha çok zorlanmaktadırlar. (4).

Sigaranın içerdiği nikotin nedeniyle uyarıcı etkisinin olduğu bilinmekte ve bu nedenle özellikle uykudan önce içilen sigaranın uykuya dalmayı zorlaştırdığı ve uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çalışmalar, sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla uyku kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca nikotin yoksunluğu ve çekilmesi disfori, korku, anhedoni, irritabilite, yorgunluk, iştah artışı yapabildiği gibi sıklıkla uyku bozukluklarına da sebep olabilmektedir. Ayrıca uyku bozukluklarının, depresyon ve bağımlılık için de ciddi bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (5).

Sağlık çalışanları söyledikleri kadar yaptıklarıyla da topluma örnek olduğundan, zararları bilinmesine ve kullanılmaması/bırakılması önerilmesine rağmen sigaranın hekim ya da tıp öğrencisi tarafından kullanılması, hem öğrencinin/hekimin sağlığına, hem de hasta hekim arasındaki güven ilişkisine zarar verebilir. Ek olarak nikotin bağımlılığı neticesinde gelişen nikotin yoksunluğu, hekimin ve tıp öğrencisinin hayat kalitesinde ve çalışma performansında düşüşe, kesintilere sebep olabilir.

Kalitesiz uyku, gün içi uykuluk hali, yorgunluk, dikkatsizlik, hassasiyet, asabiyet gibi semptomlara sebep olabildiğinden hekim ya da tıp öğrencisinde konsantrasyon ve dikkat kayıplarına, bunun sonucunda da gün içi performansta azalmaya, öğrencide eğitim başarısında düşüklüğe, hekimde ise yanlış mesleki uygulamalara sebep olabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin, kendi sağlıkları ve topluma örnek olabilmeleri için sigarayı hayatlarına sokmamaları/hayatlarından çıkarmaları, mesleklerini dikkatle icra edebilmeleri için uyku kalitelerinin iyi olması gerekmektedir. Tıp eğitimi uzun ve yorucu bir süreç olduğundan, öğrencinin temel bilimlerde derslerine, klinik bilimlerde ise hastalarına tam konsantrasyonunu gerektirdiğinden, gün içi konsantrasyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri bilinen sigara ve uyku kalitesinin geleceğin hekimleri üzerinde değerlendirilmesi çok önemlidir.

Bu çalışmayla Tıp Fakültesi öğrencilerinde nikotin bağımlılığı ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle nikotin bağımlılıkları ve uyku kaliteleri arasındaki olası ilişkilerin ortaya konması, nikotin bağımlılığının uyku kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara

Sigara dünyadaki en yaygın sağlık sorunlarından birisi olup, önlenebilir ölümlerin en sık sebebidir. Vücuttaki neredeyse her organa zarar vermekte olup birçok hastalığa sebep olmaktadır. Sigara sebebiyle ölen her 1 kişiye karşılık en az 30 kişi sigara ilişkili ciddi bir hastalıkla yaşamaktadır (6). Sigara içenler, içmeyenlere kıyasla ortalama 10 yıl daha erken ölmektedirler (7). 20. yüzyıl içinde yaklaşık 100 milyon kişinin ölümüne sebep olmuştur. Her gün 18 yaşından küçük yaklaşık 2000 genç ilk sigarasını denerken, bunların yaklaşık 300'ü düzenli içici haline gelmektedir (8).

2.1.1. Sigara Tanımı

Tütünden üretilen ve tüttürme, emme, çiğneme ya da burundan çekme yöntemiyle kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen ya da kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeler tütün ürünü olarak kabul edilir. Dünya genelinde sıklıkla kullanılan başlıca tütün ürünleri, sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, reteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütündür. Tütünün en yaygın kullanım şekli sigaradır (9).

Sigara, tütünün ince şekilde kıyılıp kâğıda sarılmasıyla hazırlanır. Filtreli ya da filtresiz şekilde tüketilebilir. Sigara, içerdiği tütün tiplerine göre Şark (Türk), Virginia (İngiliz), Dark (Fransız), Amerikan blend ve Kretek şeklinde beş gruba ayrılır. Şark ve Virginia gibi sigaralarda tek tip tütün kullanılırken, diğerlerinde farklı tip tütün karışımları kullanılabilmektedir. Karışımlar oluşturulurken tütün tiplerinin ne oranda katılacağı konusunda bir sınırlama yoktur. Küflenmemesi için koruyucu maddeler ve özel sos ve kokular da eklenir (10).

2.1.2. Sigara Tarihçesi

Tütün tarımının Milattan Önce 6000li yıllarda Amerika kıtasında başladığı düşünülmektedir. Orta Amerika yerlileri Mayaların, tütünü tedavi ve dini ritüeller için kullandığı bilinmektedir. Daha sonra Kuzey Amerika yerlileri Kızılderililer ve Güney Amerika yerlileri İnkalar da tütünü hızla benimsemiştir (11).

Amerika yerlilerinden "barış çubuğu" tüttürmeyi öğrenen Avrupalı kaşiflerin, yanlarında barış çubuklarıyla dönmeleriyle Avrupa tütünle tanışmıştır. 1492'de İtalyan kâşif Christopher Colombus Amerika'dan Avrupa'ya dönerken yanında tütün yaprakları ve tohumları da getirmiştir. Tütün kullanımı, Fransız diplomat Jean Nicot'nun 1556'da Fransa kraliyetini tütünle tanıştırmasıyla Avrupa'da halk düzeyinde yaygınlaşmıştır. Nicot'ya ithafen tütün bitkisine "Nicotine" adı verilmiştir (11).

Osmanlı'da tütün içimi 1500lü yıllarda başlamıştır. 1600lü yıllarda batılı denizcilerin tütünü İstanbul'a getirmesiyle tütün kullanımı yaygınlaşmıştır. Bunun üzerine dönemin şeyhülislamı yayınladığı fetva ile tütün kullanımını yasaklamış, kullananlara ağır cezalar verilmesine neden olmuştur. Taht sahibinin değişmesi sonrası tekrar serbest bırakılmış ve daha da yaygınlaşmıştır (11).

İlk tütün ekimi 1531 yılında başlamış olsa da ticari olarak ilk kez 1612'de Virginia'da başlamıştır. 1881 yılında Amerika'da sigara makinesinin icadıyla üretim maliyeti düşmüş ve kibritin de icadıyla sigara tüketimi yaygınlaşmıştır (11).

1903 yılında sigaranın zararları ve yasaklanması gündeme gelmiş olsa da Birinci Dünya Savaşı'nın etkisiyle bu girişimler sonuçsuz kalmış ve sigara tüketim oranları %60-80'lere kadar yükselmiştir. 1939 yılında dünyada ilk kez sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki gündeme gelmiştir. 1964 yılında da sigaranın akciğer kanseri yaptığı açıklanmıştır (11).

2.1.3. Dünya Sigara Epidemiyolojisi

Tütün ürünleri dünya genelinde yaygın olarak kullanılmakta olsa da son 50-60 yıl içinde yapılan araştırmalarla tütün kullanımının sağlık üzerine olumsuz etkilerinin ortaya konmasıyla tütün kullanım sıklığında önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı düşüş eğilimindeyken, gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır (9).

Sigara içenlerin yaklaşık %65'i 10 ülkede toplanmış olup Türkiye'de bu listede 10. sıradadır. Tütün tüketimi en fazla olan 5 ülke, Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya ve Amerika Birleşik Devletleri'dir. Türkiye, dünya genelindeki tütün tüketiminin %2'sini, Avrupa genelindeki tüketimin ise %14'ünü oluşturmaktadır (12).

Dünya genelinde 1,1 milyar sigara kullanıcısı bulunmaktadır ve bunların yaklaşık %80'i düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Sigara, kullanıcılarının yarısının ölümüne sebep olmaktadır. Her yıl 8 milyondan fazla kişi sigara sebebiyle ölmektedir. Bu ölümlerin 7 milyonundan fazlası direkt olarak sigara kullanımıyla ilişkiliyken, 1,2 milyonu ise sigara içmemesine rağmen pasif olarak sigara dumanına maruziyetle ilişkilidir. Çocukların neredeyse yarısı düzenli olarak umuma açık alanlarda sigara dumanıyla kirletilmiş havayı solumaktadır. Pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı gelişen hastalıklar dolayısıyla her yıl 65,000 çocuk hayatını kaybetmektedir. Dumansız hava sahası her insanın yaşam hakkıdır. Dünya nüfusunun %22'si, toplamda 1,6 milyar insan, yasalar sayesinde dumansız hava sahasıyla korunmaktadır (13).

Yapılan çalışmalar sigaranın sağlık riskleri açısından insanların bilinçsiz olduğunu göstermektedir. Çin'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2015 verilerine göre nüfusun sadece %26,6'sı sigaranın akciğer kanserine, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklara sebep olabileceğini bilmektedir (13).

2.1.4. Türkiye Sigara Epidemiyolojisi

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre ülke nüfusunun %31,6'sı, yani 19,2 milyon kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Erkeklerde bu oran %44,1 iken, kadınlarda %19,2'tir. Her gün düzenli olarak tütün kullananların oranı ise %29,6'dır. Erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5'i her gün düzenli olarak tütün kullanmaktadır. Kullanıma 18 yaş ve altında başlayanların yüzdesi 57,5 iken, ortalama başlama yaşı 17'dir. Tütün kullananların %15'i her gün düzenli kullanıma 15 yaş altında başlamıştır (14).

2018 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre ülkemizde düzenli sigara içenlerin oranı %28,5 saptanmıştır. Kadınlarda bu oran %14,1 iken, erkeklerde %44,1 idi (15).

Yapılan çalışmalara göre gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16 arası olup, 13-15 yaş arası gençlerde sigara içme oranı %10-33 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar sigaraya başlama yaşının 11-18 arası olduğunu göstermektedir. Sigara içme oranları ortaokul ve lise öğrencilerinde %10-43, üniversite öğrencilerinde %21-48 arasında değişmektedir (16).

Ulukoca ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre üniversite öğrencilerinin %34,9'u, Pekşen ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmaya göre öğrencilerin %14'ü, Şimşek ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmaya göre %25'i, Turhan ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre %39'u, Mayda ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre %26'sı, Avcı ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre %19'u, Dayı ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmaya göre %34,3'ü, Songül ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmaya göre ise %25,4'ü düzenli sigara içmektedir (17).

2.1.5. Sigara İçeriği

Amerikan Akciğer Derneği'ne göre sigarada yaklaşık 600 madde mevcutken, sigara dumanı 7000'den fazla kimyasal madde içermekte olup, bunların en az 250'sinin zararlı, en az 69'unun da kanserojen olduğu bilinmektedir (18).

Aseton (tırnak cilası çıkarıcı bileşeni), asetat (saç boyayıcı bileşeni), arsenik (fare zehri bileşeni), amonyak (temizleyici bileşeni), benzen (yapıştırıcı ve benzin bileşeni), butan (çakmak gazı bileşeni), kadmiyum (batarya bileşeni), karbon monoksit (egzos bileşeni), formaldehit (mumyalama bileşeni), hekzamin (çakmak gazı bileşeni), kurşun (batarya bileşeni), naftalin (güve ilacı bileşeni), nikotin (insektisit bileşeni), katran (asfalt bileşeni) ve toluen (boya bileşeni) bu kimyasal maddelerden bazılarıdır. Parentez içinde kullanıldıkları diğer yerlerden örnekler verilmiştir (18).

2.1.6. Sigaranın Sağlığa Etkileri

Sigara yaklaşık 50 kronik hastalık ve 20 mortal hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Sigara içenler içmeyenlere kıyasla akut ve kronik hastalıklara daha fazla yakalanmakta olup gündelik yaşamdan daha fazla yoksun kalmaktadırlar. Uzun süredir sigara içenlerde beklenen yaşam süresinin içmeyenlere kıyasla 20-25 yıl daha kısa olduğu bilinmektedir (16).

Kanserojen Etkiler: İnsanlarda kanserlerin en az 10 tanesinin gelişiminde sigaranın önemli rolü bulunmaktadır. Bu kanserlerin en başında akciğer kanseri gelmektedir. Akciğer kanseri vakalarının %90'undan primer sebebin sigara olduğu bilinmektedir. Akciğer kanseri dışında ağız boşluğu, farinks, larinks, özofagus, mide, pankreas, kolon, böbrek, mesane, meme, serviks kanserleriyle de ilişkili bulunmuştur. İnsanlarda görülen kanserlerin yaklaşık 1/3'ünden sigara sorumlu tutulmaktadır (9).

Respiratuvar Etkiler: Sigara, mukosiliyer aktiviteyi ve alveolar makrofaj aktivitesini bozmakta, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofiye sebep olmaktadır. Peribronşiyal enflamasyona, fibrozise, epitel yapı ve fonksiyonlarında değişikliklere, vasküler intibal kalınlaşmaya, alveolara harabiyete sebep olmaktadır. Bronşiyal kasların kasılmasına sebep olarak hava yolu direncini artırmaktadır. Zamanla kronik obstrüktif akciğer hastalığı tablosu gelişmesine neden olabilmektedir (9).

Kardiyovasküler Etkiler: Yetişkinlerde en sık mortalite sebebi koroner kalp hastalıkları olup bu grup üzerinde en etkili risk faktörlerinden birisi de sigaradır. Sigara koroner kalp hastalığı gelişme riskini 2-4 kat arasında artırmaktadır. Bunun dışında sigaranın koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri olan hipertansiyon ve hiperlipidemi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerin varlığı durumunda sigara içilmesi, koroner kalp hastalığı gelişme riskini daha da artırmaktadır. Akut etki olarak miyokard iskemisine yol açıp koroner arter spazmına neden olabilirken, disritmilerin eşiğini düşürerek ani ölüme sebep olabilir. Kronik etki olarak tekrarlayan endotel hasarı yaratarak ateroskleroza sebep olabilir. Yaşla birlikte kan dolaşımı bozulmaktadır. Sigara da ateroskleroz gelişimi açısından risk faktörü olduğundan periferik vasküler yetersizliğe sebep olabilmektedir. Sigara içenlerde periferik vasküler yetersizliğe bağlı derinin beslenmesi bozulacağından erken yaşlanma meydana gelebilir (9).

Gastrointestinal Etkiler: Gingivit, diş çürüğü, özofajit, peptik/duodenal ülser, crohn, kolon polipleri gibi hastalıklara neden olabilmektedir (9).

Kas-İskelet Etkileri: Özellikle postmenopozal kadınlarda osteoporoz gelişimine sebep olabilmektedir. Kalça kırığı riskini artırmaktadır (9).

Obstetrik Etkiler: İnfertilite, spontan düşük, akut ve kronik fetal distress, artmış infant mortalitesi, intrauterin büyüme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum, plasenta previa, ablatio plasenta, erken membran rüptürü sıklığını artırabilmektedir. (9).

2.1.7. Nikotin

Kullanılan tüm tütün ürünleri nikotin içermektedir. Ağız burun mukozası, solunum yolları ve alveoller, hatta deriden kolaylıkla emilebilen bir madde olan nikotinin beyne ulaşması 10-20 saniye içinde gerçekleşir. Yarılanma ömrü 2 saatten kısadır. Kan beyin bariyerini hızla geçerek nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanan nikotin, dopamin salınımına neden olur. Dopaminin kişi üzerindeki keyif verici, rahatlatıcı etkisi bağımlılığa neden olur. Zamanla azalan dopamin kişide strese neden olarak nikotin açlığı semptomları oluşturur ve bağımlılığı güçlendirir (16).

2.1.8. Nikotin Bağımlılığı

Kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi bağımlılık şeklinde ifade edilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre madde bağımlılığı, kişinin kullanılan bir psikoaktif maddeye diğer uğraşlara ve nesnelere kıyasla belirgin derecede yüksek bir öncelik tanıma davranışıdır (19).

Nikotin, sigara bağımlılığının temel unsurudur. Sigara dumanının solunmasıyla zamanla hem psişik hem de fiziksel bağımlılık gelişir. Diğer maddelere kıyasla alışkanlık unsuru bağımlılık yapıcı etkisinde zevk unsuruna göre daha ön plandadır. DSM-4'te "Nikotin Bağımlılığı" olarak ele alınırken DSM-5'ten itibaren "Tütün Kullanım Bozukluğu" şeklinde değiştirilmiştir. 1 yılık sigara kullanım dönemi içinde aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin olduğu ve belirgin düzeyde klinik bozulmanın ve işlevselliğin görüldüğü durumlarda "Tütün Kullanım Bozukluğu" teşhisi konur (20).

Nikotin bağımlılık düzeyi vücut sıvılarında nikotin metaboliti olan kotin düzeyi ya da ekspiryum havasında karbonmonoksit düzeyi ölçülerek de değerlendirilebilir (21).

Tablo 2.1'de tütün kullanım bozukluğu kriterleri verilmiştir (20).

Tablo 2.1 DSM-5'e göre Tütün Kullanım Bozukluğu Kriterleri

• Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı
• Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için süreli bir istek ya da sonuç vermeyen çaba
• Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
• Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
• İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı
• Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme
• Tütün kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, mesleki etkinliklerin ya da eğlenme dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
• Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma
• Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürme
• Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması: o İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi o Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
• Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması: o Tütüne özgü yoksunluk sendromu o Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı

2.1.9. Nikotin Yoksunluğu

Uzun süreli kullanım sonucu nikotinik reseptörler artar ve nöroadaptasyon gelişir. Tolerans şeklinde ifade edilen bu adaptasyon nikotin eksikliğinde yoksunluk belirtilerine sebep olur. Bu belirtiler ilk 3 gün çok şiddetli yaşansa da 3-4 hafta içinde sonlanır (20).

Maddeye bağlı problemlere rağmen kişinin madde almaya devam etmesi nikotin yoksunluğu şeklinde tanımlanır. Tablo 2.2'de DSM-5'te tütün yoksunluğu olarak geçen yoksunluk sendromu tanı kriterleri belirtilmiştir (20).

Tablo 2.2 DSM-5'e göre Tütün Yoksunluğu Kriterleri

- En az birkaç hafta, her gün tütün kullanılması
- İlk maddede tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki belirti ve bulgulardan en az dördünün gelişmesi
  - Kolay kızma, katlanamazlık duygusu ya da öfke
  - Bunaltı
  - Odaklanma güçlüğü
  - Yeme isteğinde artma
  - Huzursuzluk
  - Çökkün duygudurum
  - Uykusuzluk
- İkinci maddedeki belirtiler ve bulguların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olması
- Bu belirtiler ve bulguların başka sağlık durumuna bağlanamaması, intoksikasyon ya da başka madde yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması

2.1.10. Nikotin Bağımlılığı Ölçekleri

DSM 5 Tanı Kriterleri: 11 maddeden oluşan belirtilerden en az 2 tanesinin olması ve belirgin düzeyde klinik bozulmanın ve işlevselliğin görülmesi “Tütün Kullanım Bozukluğu” tanısı aldırır (22).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (FNBT): Fagerstrom tarafından nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için geliştirilmiş 6 soruluk bir ölçektir. Sigara bağımlılığı için en sık kullanılan ölçektir (22).

Sigara Ağırlık İndeksi (Heaviness of Smoking Index): Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin birinci ve dördüncü soruları kullanılarak oluşturulan 2 soruluk bir ölçektir (22).

Tütün Bağımlılığı Tarayıcı (Tobacco Dependence Screener): Nikotin bağımlılığını değerlendirmek için oluşturulmuş 10 soruluk bir ölçektir (22).

Sigara Bağımlılık Skalası (Cigarette Dependence Scale): Jean-Francois Etter tarafından bağımlılığı değerlendirmek için oluşturulmuş 12 soruluk bir ölçektir. 5 soruluk kısa bir versiyonu da vardır (22).

Nikotin Bağımlılık Sendromu Skalası (Nicotine Dependence Syndrome Scale): Shiffman ve arkadaşları tarafından oluşturulan çok yönlü 19 soruluk bir ölçektir. 5 alt ölçeği mevcuttur (22).

Wisconsin Sigara Bağımlılık Kaydı (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives): Piper ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş 68 soruluk bir ölçektir. 13 alt ölçeği mevcuttur (22).

2.2. Uyku

Uyku, insan ömrünün 1/3'ünün oluşturmakta olup bedenin kendisini yenilediği yaşamsal bir gerekliliktir. Sağlıklı ve uzun yaşamın temellerinden biri olan uyku hem fiziksel hem de ruhsal iyilik halinin temel koşuludur (23).

Uyku, vücudun dinlenebilmesi için en iyi yöntemdir. Düzenli olarak uyunmadığında vücut kendini hazırlayamaz ve yorgunluk, dikkatsizlik, hassasiyet, sinirlilik gibi semptomlar gelişir. Düşünme, duygulanım ve motivasyonda da bozulmalar görülebilir. Hem bedensel hem bilişsel hem de ruhsal yönden sorunlara sebep olabilmektedir (23).

2.2.1. Uyku Tanımı ve Önemi

Uyku, herhangi bir uyaranla uyandırılabilecek bir bilinçsizlik durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Herhangi bir uyarana yanıtın alınamadığı koma durumundan ayırt edilmelidir (24).

Sağlıklı bir yaşam için yetişkin bir insanın günde en az 7 saat uyuması gerekmektedir. 24 saatlik periyot içinde 7 saatten az uyku, kısa uyku süresi olarak tanımlanmaktadır (25).

Kalitesiz ve yetersiz uykunun, bazı kronik hastalık ve durumların gelişmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda uyku süresi ve kalitesinin HbA1c seviyesini etkilediği ve buna bağlı olarak kan glukozunun bozulduğu gösterilmiştir (26). Uyku apnesi olan hastalarda hipertansiyon, inme, koroner kalp hastalıkları, kardiyak aritmi riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (27). Çocukluk döneminde uykunun beyin gelişiminde önemli olduğu, yetersiz ve kalitesiz uykunun hipotalamus gelişimi etkileyebildiği, buna bağlı olarak da açlık hissinin bozulabildiği ve obezite gelişebildiği gösterilmiştir (28).

2.2.2. Uyku Epidemiyolojisi

Türkiye'de yapılmış bir çalışma Türk toplumunun %21,8'inde uyku kalitesinin kötü olduğu, %34'ünde uykuya dalmada zorluk ve erken uyanma sorunu olduğu belirtilmiştir (29).

Türkiye'de yapılmış bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerin %46,4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu ortaya konmaktadır (30).

Brezilya'da yapılmış bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %38,9'unda uyku kalitesinin kötü olduğu ortaya konmaktadır (31). İspanya'da yapılan benzer bir çalışmada da bu oran %60,1 bulunmuştur (32). Çin'de yapılan çalışmada tıp öğrencilerinin %27,9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmektedir (33).

2.2.3. Uyku İşlevi ve Fizyolojisi

Uykunun fizyolojik işlevleri halen gizemini sürdürmekte olup araştırma konusudur. Uykunun temel işlevinin nöron merkezleri arasındaki doğal dengeyi yenilemek olduğu kabul edilmektedir. Her ne kadar destekleyen kanıtlar tartışmalı olsa da uykunun nöral olgunlaşma, öğrenme ve belleğin kolaylaştırılması, biliş, metabolik enerjinin korunmasını da içeren birçok işleve sahip olduğu bilinmektedir (24).

2.2.4. Uyku Evreleri

Uykunun birçok farklı aşaması olsa da temelde NonREM ve REM olmak üzere iki evreden oluşmaktadır. Uykunun büyük kısmını oluşturan nonREM uykusu, uzun süren uyanıklık durumundan sonra zihnin dinlenmesini sağlar. Yaklaşık dörtte birlik kısmını oluşturan REM uykusu ise nonREM'in aksine pek sakin değildir ve rüyalarla ilişkilidir. Bu iki evre 90 dakikalık periyotlarla değişmekte ve birbirini izlemektedir (24).

NonREM (Yavaş dalga uykusu): Bazal metabolizmada azalmayla seyreden NonREM uykusu genellikle rüyasız uyku olarak tanımlanır, dinlendirici özelliği ön plandadır. Genel olarak vücut fonksiyonlarında azalma söz konusudur. Bu dönemde de rüya görülebilir ancak görülen rüyalar kas aktivitesiyle bağlantılı değildir ve bellekte pekiştirilmezler bundan dolayı da genelde hatırlanmazlar (24).

REM (Paradoksal uyku): Bazal metabolizmada artmayla seyreden REM uykusu aktif rüya görmeyle ilişkilendirilir. Genel olarak vücut fonksiyonlarında artmayla seyreder. Aktif kas hareketleri ve hızlı göz hareketleri mevcuttur. Beyin oldukça aktif olmasına rağmen NonREM uykuya göre dış uyaranlara cevap oldukça azalmıştır. Ancak kişi sabahları genelde REM uykusu sırasında kendiliğinden uyanır. Kişinin çok yorgun ve uykusuz olduğu durumlarda REM uykusu kısalır. Gece boyunca kişi dinlendikçe REM uykusu da artar (24).

2.2.5. Uyku Uyanıklık Döngüsü

Uyku siklusunun kontrolünde iki sistemin etkisi vardır: Retiküler Aktive Edici Sistem ve Bulbar Senkronize Edici Sistem (24).

Uyku merkezlerinin pasif duruma geçmesiyle, mezensefalon ve üst ponsun retiküler çekirdekleri üzerindeki inhibisyon ortadan kalkar ve retiküler çekirdekler kendiliğinden aktive olur. Bu aktivasyonun etkisiyle uyarılan serebral korteks ve periferik sinir sistemi, pozitif geribildirim şeklinde retiküler çekirdeklerin aktivasyonunu artırarak uyanıklık durumunun sürdürülebilir kalmasını sağlar (24).

Saatler süren aktivasyonun ardından nöronların yorulması sonucu, bulbar senkronize edici sistem aktive olmaya başlar. Retiküler aktive edici sisteme gelen uyarıların azalmasıyla retiküler çekirdekler ile serebral korteks arasındaki pozitif geribildirim döngüsü zayıflar, uyku merkezleri aktive olur ve uyku durumuna geçilir (24).

2.2.6. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, kişinin sabah uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni güne hazır hissetmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Uyku kalitesi, niceliksel ve niteliksel açılardan değerlendirilir. Uyku bozukluklarıyla ilişkilendirilen bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarının önlenmesinde kaliteli uykunun önemi büyüktür (4).

2.2.7. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini etkileyen fiziksel, ruhsal, çevresel birçok faktör vardır. Yaş, cinsiyet, beslenme, kafein, sigara, alkol, fiziksel aktivite, hastalık durumu, ilaç kullanımı, ekonomik durum, emosyonel durum, çalışma düzeni, çevresel etmenler gibi faktörler uyku kalitesini direkt olarak etkilemektedir (4).

Yaş: Yaş ilerledikçe vücudun uyku ihtiyacı azalmakla birlikte uyku bozuklukları artmaktadır. Yaş ilerledikçe uykunun süresi azaldığı gibi kalitesi de düşmektedir. Yaşlılarda gençlere kıyasla uyku daha yüzeyeldir, uyku bölünmeleri daha sık görülür (4).

Cinsiyet= Kadınlar daha fazla uyumalarına rağmen, uyku bozuklukları ile daha sık karşılaşmaktadırlar. Kadınlarda ergenlik, menstruasyon, gebelik, menapoz gibi dönemsel hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlı olarak uyku kalitesi değişmektedir (4).

Beslenme: Yüksek karbonhidrat içerikli beslenmenin uykuyu, yüksek protein içerikli beslenmenin ise uyanıklığı artırdığı gösterilmiştir. Serbest yağ asitlerinin uyku üzerinde önemli etkileri olduğu gösterilmiştir. Yatmadan hemen önce ağır porsiyonlarda yemek yemenin uyku kalitesini düşürdüğü, fazla sıvı almanın uyku bölünmelerini artırdığı bilinmektedir. Aşırı miktarlarda kola, çay, kahve, çikolata tüketmek uyku kalitesini düşürmektedir (34).

Hastalık: Hem fizyolojik hem de psikiyatrik hastalıklar uyku düzenini ve kalitesini etkileyebilir. Hastalıktan bağımsız olarak hasta kişiler daha fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Ağrı ve acı varlığı uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi zorlaştırabilmektedir. Solunum sıkıntısına sebep olabilecek hastalıkların varlığı uykuyu sürdürmeyi zorlaştırmaktadır. Hipertiroidizm metabolizmayı hızlandırarak uyku kalitesini düşürmektedir. Prostat hastalıkları uyku bölünmelerini artırarak uyku kalitesini bozmaktadır. Duygudurum bozukluklarının da uyku düzenini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Obezite de solunum sorunlarına sebep olarak uyku kalitesini ve düzenini bozmaktadır (4).

İlaç: Diüretik, betabloker, digoksin kullanımı uyku bölünme sıklığını artırarak uyku kalitesini etkiler. Sedatifler, antidepresanlar, hipnotikler, amfetaminler uyku süresini artırırlar. Psikoaktif ilaçların çoğu uyku süresini azaltmaktadır. Proton pompa inhibitörleri ve H_2 reseptör antagonistleri uyku bozukluklarına sebep olabilmektedir. Kortikosteroidlerin de yüksek dozlarda uyku süresini azalttığı gösterilmiştir. Alkol yatmadan hemen önce alındığında uykuya dalmayı kolaylaştırsa da toplamda uyku kalitesini düşürmektedir (4).

Egzersiz: Uyumadan en az üç saat önce yapılan fizik aktivite bedeni yorarak uykuya dalmayı kolaylaştırıp uyku süresini uzatırken, daha yakın zamanda yapıldığında vücutta adrenerjik aktiviteyi artırmış olduğundan uykuya dalmayı zorlaştırabilmektedir. Düzensiz, aşırı yoğun yapılan egzersizin uyku kalitesini azalttığı düşünülmektedir (35).

Diğer faktörler: Vardiya sisteminde ya da nöbetli sistemde çalışıyor olmak uyku düzenini bozduğundan uyku kalitesini düşürmektedir. Gündelik stres, anksiyete, endişe, mutsuzluk uyku kalitesini etkilemekte ve uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır. Ses, sıcaklık, ışık, konfor, uyaran varlığı gibi çevresel faktörler uyku sürekliliğini ve kalitesini etkileyen faktörlerdir (4).

2.2.8. Uyku Hijyeni

Uyku kalitesini artırmaya yönelik ilke ve uygulamalar, uyku hijyeni olarak tanımlanmakta olup davranışsal tedaviler kapsamında ele alınmaktadır. Uyku hijyen eğitimi, uyku bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılmakta olup uyku çevresi, uyku zamanı, günlük aktivite, besin alımı ve zihinsel kontrol üzerine düzenleme ve geliştirmeler şeklinde ele alınmaktadır. Bu uygulamalar bireyler tarafından kolaylıkla uygulanabilirler, ucuzdurlar, uyku kalitesini artırırlar (36) (37).

Uyku çevresi düzenlemeleri: Uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi etkileyen en önemli çevresel faktörler; ortamdaki ses, ışık, sıcaklık ve uyaran varlığıdır (36) (37).

Yatılan oda karanlık ve sessiz olmalıdır. Oda sıcaklığı 24^0C'nin üstünde olmamalıdır. Odaya hayvan alınmamalıdır. Yatağa uyunacağı zaman geçilmelidir. Yattıktan sonra teknoloji kullanımından sakınılmalıdır (36) (37).

Uyku zamanı düzenlemeleri: Yeterli miktarda uyuyor olmak çok önemlidir. Toplamda uyunması gereken zaman yaş gruplarına özel olarak planlanmalıdır. Yetişkin bir birey günde ortalama 7-8 saat, okul dönemi çocukları 10 saat, okul öncesi dönemi çocukları 11-12 saat, yenidoğanların ise 16-18 saat uyuması önerilmektedir. Yatma ve kalkma saatlerinin benzer olacak şekilde düzenlenmesi sirkadyen ritmin düzenine etki ederek ve uyumayı kolaylaştırmaktadır. Yatma zamanı ertelendikçe uykuya dama süresi de geciktirilmektedir, bu durum uyku süresini kısaltmaktadır (36) (37).

Her gün benzer saatlerde yatılıp benzer saatlerde kalkılmalıdır. Günlük uyku süresi ihtiyaca yönelik olarak düzenlenmelidir. Gün içinde uyunmamalıdır. Uykuya dalma süresi 20 dakikayı geçtiğinde yatak odasından çıkılmalı, tekrar uyku gelinceye kadar sakin bir şeylerle zaman geçirilmelidir (36) (37).

Günlük aktivite düzenlemeleri: Düzenli egzersiz vücutta stresör faktör olarak algılanır ve yanıt olarak derin uyku süresini artırır. Ayrıca egzersiz sırasında artan vücut ısısı, üç saat içinde düşer ve uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak egzersizden hemen sonra vücutta sempatik aktivite artacağından uykuya dalma zorlaşmaktadır. Masaj eşliğinde TaiChi egzersizinin de uyku kalitesini artırdığı gösterilmiştir (36) (37).

Haftada en az 4-5 kez 20-30 dakika olacak şekilde düzenli aerobik egzersiz yapılmalıdır. Yatma zamanından önceki üç saat içinde egzersizden sakınılmalıdır (36) (37).

Besin alımı düzenlemeleri: Süt ve süt ürünleri kazein, triptofan ve magnezyumdan zengin olduğu için uyumaya yardımcı olur. Sigara ve alkol tüketimi ise aksine uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır. Kafein uykuya dalma süresini, toplam uyku zamanını ve uyku kalitesini azaltmaktadır. Yatmadan hemen önce öğün yemek de uykuya dalmayı güçleştirir (36) (37).

Yatmadan 4-6 saat önce kafeinli içecekler kısıtlanmalıdır. Yatmadan önce ve gece uyanıldığında sigara içilmemelidir. Gece uyku bölünmesine neden olacak miktarda alkol kullanılmamalıdır. Yatmadan önce süt içilmelidir. Yatmadan önce büyük öğünler alınmamalı, gerekliyse atıştırmalık tüketilmelidir (36) (37).

Zihinsel kontrol düzenlemeleri: Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin baskılanmasıyla uykuya dalma kolaylaşır. Stres bu eksen üzerinde uyarıcı etki yaparak uykuya dalmayı zorlaştırmakta ve uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Yüksek düzeyde stres, depresyona, uyku zamanında kısalmaya sebep olurken, yoga stresi azaltarak uyku kalitesini artırır (36) (37).

Yatmadan önce zihni yoracak aktivitelerden kaçınılmalıdır. Fazla efor sarf edilmemeli, sakin kalınmalıdır. Dinlendirici müzikler dinlenmelidir. Gevşeme ve görsel imgeleme egzersizleri yapılmalıdır (36) (37).

2.2.9. Uyku Bozuklukları

Tablo 2.3'te ICSD-3'e göre uyku bozuklukları sınıflaması verilmiştir (38).

Tablo 2.3 ICSD-3 Uyku Bozuklukları Sınıflaması (2014)

İnsomniler	
Kronik İnsomni Kısa süreli İnsomni	Diğer insomniler
Uyku ile ilişkili Solunum Bozuklukları	
Hipoventilasyon Sendromu Hipoksemi Sendromu	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Santral Uyku Apne Sendromu
Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar	
Narkolepsi Tip 1 Narkolepsi Tip 2 İdyopatik Hipersomni Kleine-Levin Sendromu	Tıbbi Hastalıklara Bağlı Hipersomni İlaç Madde Kull. Bağlı Hipersomni Psikiyatrik Hast. Bağlı Hipersomni Yetersiz Uyku Sendromu
Sirkadyen Ritm Uyku Uyanıklık Bozuklukları	
Vardiyalı Çalışma Jet-lag 24 Saatlik Olmayan Sirkadyen Ritm Bozukluğu	Gecikmiş Sirkadyen Fazı Bozukluğu İleri Sirkadyen Faz Bozukluğu Düzensiz Sirkadyen Ritm Bozukluğu Nonspesifik Sirkadyen Ritm Bozukluğu
Parasomniler	
REM ilişkili Parasomniler	NonREM ilişkili Parasomniler
Uyku ile ilişkili Hareket Bozuklukları	
Huzursuz Bacak Sendromu Periyodik Bacak Hareketleri Uyku İlişkili Bacak Krampları Uyku başlangıcında propriospinal myoklonus Nonspesifik uyku ilişkili hareket bozuklukları	Uyku ilişkili ritmik hareket bozuklukları İnfantların benign uyku myoklonusu Medikal hastalıklara bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları İlaç veya madde kullanımına bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları Uyku İlişkili Bruksizm
Diğer Uyku Bozuklukları	
Uyku İlişkili Medikal ve Nörolojik Hastalıklar	Madde Kullanımına Bağlı Uyku Bozuklukları

2.2.10. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Polisomnografi: Uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde ve tanılanmasında altın standart polisomnografidir. Başta solunumla ilişkili uyku bozuklukları olmak üzere birçok uyku bozukluğunun saptanmasında kullanılabilmektedir. Polisomnografi ile başta nörofizyolojik aktivite olmak üzere kardiyak, respiratuvar birçok parametre kayıt edilebilmektedir (39).

Ancak uyku laboratuvarları çok yaygın olmadığından ve işlem pratik olmadığından her hastaya uygulanamamakta, bu durum da uyku bozukluklarına yönelik uyku ölçeklerini ön plana çıkarmaktadır. Uyku ölçekleriyle semptomatik hastanın taranması, şüpheye düşülüyorsa polisomnografi testine geçilmesi önerilmektedir (39). Uyku kalitesini değerlendirmede kullanılan bazı ölçekler:

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Pittsburgh Sleep Quality Index) (PUKİ): Buyyse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 24 soruluk bir ölçek olup uyku kalitesinin niceliksel değerlendirilmesinde kullanılır. Türkiye'de en sık kullanılan ölçektir (39).

Richard-Campbell Uyku Ölçeği (Richard-Campbell Sleep Questionnaire): Richards tarafından geliştirilmiş 6 maddeden oluşan bir ölçek olup uykunun derinliğinin, uykuya dalma süresinin, uyanma sıklığının değerlendirilmesinde kullanılır (39).

Epworth Uykululuk Ölçeği (Epworth Sleepiness Scale): Dr Johns tarafından geliştirilmiş 8 maddeden oluşan bir ölçek olup gündüz uykululuk durumunun değerlendirilmesinde kullanılır (39).

Stanford Uykululuk Ölçeği (Stanford Sleepiness Scale): MacLean ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 7 maddeden oluşan bir ölçek olup gündüz uykululuğunun değerlendirilmesinde kullanılır (39).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Tipi

Kesitsel desende analitik tasarlanan araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Tıp Fakültesi'nde yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, ÇOMÜ Tıp Fakültesi öğrencileridir. 2019-2020 eğitim öğretim döneminde ÇOMÜ tıp fakültesinde 941 öğrenci eğitim görmektedir. Örneklem seçilmeyip öğrencilerin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. 941 öğrenciden 830'unun (%88) verileri elde edilmiştir. Çalışmaya katılmaya onam vermiş, 18 yaşından büyük olan herkes çalışmaya alınmıştır. Dönem 1'de eğitim gören 184 öğrenciden 175'inin (%95), dönem 2'de eğitim gören 197 öğrenciden 167'sinin (%85), dönem 3'te eğitim gören 158 öğrenciden 135'inin (%85), dönem 4'te eğitim gören 124 öğrenciden 106'sının (%85), dönem 5'te eğitim gören 140 öğrenciden 119'unun (%85), dönem 6'da eğitim görmekte olan 140 öğrenciden 128'inin (%91) verileri toplanmıştır.

3.3. Araştırma Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim gördüğü dönem, medeni durum, maddi durum algısı, ev/oda/yatak paylaşım durumu, bedensel/ruhsal hastalıklar, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, çay/kahve tüketimi, fiziksel aktivite durumu, akıllı telefonda geçirilen ortalama zaman, internette geçirilen ortalama zaman, vücut kitle indeksi, nikotin bağımlılık düzeyi

Bağımlı değişkenler: Nikotin bağımlılık düzeyi, uyku kalitesi düzeyi, akıllı telefonda geçirilen ortalama zaman, internette geçirilen ortalama zaman

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplarken kullanılan anket; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, okudukları dönemi, maddi durum algılarını, sigara, alkol, çay, kahve, fiziksel aktivite alışkanlıklarını, hastalık ve ilaç kullanım özelliklerini, bazı antropometrik ölçümlerini, internet ve akıllı telefon kullanım özelliklerini sorgulayan sorular içermektedir.

Ek olarak katılımcıların uyku kalitelerini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), nikotine fiziksel bağımlılıklarını değerlendirmek için Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır.

Katılımcılarla iletişime geçmeden önce anket sorularının okunabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla ÇOMÜ Aile Hekimliği polikliniğine başvurmuş, araştırma evreniyle benzer özellikleri taşıyan 10 kişi üzerinde anket uygulanmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): Fagerstrom ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiş, sıklıkla nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için kullanılmakta olan bir testtir. FNBT'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmıştır (41).

Test, uyandıktan sonraki ilk sigara, sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigarasız olma durumu, içmeden yapılamayan sigara, günde içilen sigara sayısı, sabah saatlerinde içilen sigara miktarı, hasta olunduğunda sigara içme durumu ile ilgili 6 sorudan oluşmakta olup her soruya farklı puan verilmektedir. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥7 puan) şeklinde üç grupta derecelendirilmiştir (42).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, uyku kalitesi ve bozukluklarının tipi ve şiddetinin tanımlanması amacıyla uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. PUKİ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (43).

Toplamda 24 sorudan oluşan indeksin 19 sorusu bireyin kendisini değerlendirmesini, 5 sorusu bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından değerlendirilmesini içerir. Eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorular indeks puanı hesaplanırken dâhil edilmez. Kendini değerlendirme soruları uyku kalitesiyle ilgili bazı maddeler içerir. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplanır. Bazı bileşenler tek bir maddeden oluşurken, bazıları birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilir. Bu bileşenler öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı toplam indeks puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksekliği uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. İndeks, uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Toplam puanın 5'in üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir (44).

3.5. Uygulama Yöntemi

Araştırma verileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2019-2020 eğitim öğretim yılının Aralık 2019 – Ocak 2020 aralığında toplanmıştır. Eğitim müfredatlarına göre belirlenen günlerde her dönemin eğitim gördüğü sınıflara tek sefer olmak üzere gidilip o sırada sınıfta olan, çalışmaya katılmaya onam vermiş öğrencilerle temasa geçilmiştir. Sınıfta olmayan öğrencilere sonradan tekrar ulaşılmamıştır. Çalışmaya katılanlardan isim alınmamıştır. Araştırma hakkında bilgi verilip onamlar alındıktan sonra araştırma anket formu araştırmacıların eşliğinde uygulanmıştır. Bir anketin uygulaması ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verileri Statistics Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 20.0 istatistik programı üzerinden değerlendirilmiştir. Boy ve kilo şeklinde toplanan veriler, VKİ hesaplanıp DSÖ'ye göre zayıf, normal, fazla kilolu, obez şeklinde sınıflandırılarak kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler, kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma şeklinde verilmiştir. Örneklem sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda santral limit teoremine dayanılarak parametrik testlerde normal dağılım gerekliliği ihmal edilmiştir (45). Gruplar arası analizlerde; numerik verilerin ortalama kıyaslarında Student T ve ANOVA, kategorik verilerin kıyaslarında Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact, numerik verilerin korelasyonunda Pearson ve ordinal verilerin korelasyonunda Kendall Tau kullanılmıştır. Genel istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiş, tüm testler için mutlak p değerleri verilmiştir.

3.7. Etik ve İzinler

Çalışmaya başlanmadan önce 13.11.2019 tarihinde 2011-KAEK-27/2019-E.1900152848 nolu çalışmamız için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmiş, sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

3.8. Çalışma Takvimi

Konunun belirlenmesi ve hazırlık çalışmaları:	01.09.2019 – 31.10.2019
Etik ve Gerekli izinlerin alınması:	01.11.2019 – 30.11.2019
Verilerin toplanması:	01.12.2019 – 31.01.2020
Verilerin işlenmesi ve analizi:	01.02.2020 – 29.02.2020
Rapor oluşturulması:	01.03.2020 – 31.08.2020

4. BULGULAR

Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş 830 öğrenci üzerinde yürütüldü.

Tüm katılımcılarda yaş ortalaması 21,1±2,1 (18-34), kadınlarda 21,0±2,1 (18-28), erkeklerde 21,2±2,2 (18-34) idi. Yaş ortalaması açısından cinsiyetler arası fark anlamsızdı (t=-1,702; p=0,089). Katılımcıların %53,4'ü kadın, %99,5'i bekardı, %34,8'i yalnız yaşıyordu. Katılımcıların %74,1'i maddi durumlarını orta olarak değerlendirmekteydi. Tablo 4.1'de sosyodemografik özellikler verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	443	53,4
	Erkek	387	46,6
Medeni durum	Bekar	826	99,5
	Evli	4	0,5
Eğitim dönemi	Dönem 1	175	21,1
	Dönem 2	167	20,1
	Dönem 3	135	16,3
	Dönem 4	106	12,8
	Dönem 5	119	14,3
	Dönem 6	128	15,4
Maddi durum algısı	İyi	165	19,9
	Orta	615	74,1
	Kötü	50	6,0
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	289	34,8
	Aynı evi paylaşma	243	29,3
	Aynı odayı paylaşma	275	33,1
	Aynı yatağı paylaşma	23	2,8

Katılımcıların %9,2'si (n:76) kronik hastalığı olduğunu belirtmişti. Kronik hastalık varlığı; kadınlarda, dönem 4'lerde, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda, düzenli egzersiz yapanlarda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Kronik hastalık varlığı; sigarayı bırakmış olanlarda sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Kronik hastalık varlığı; alkol kullananlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Tablo 4.2'de sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık durumları verilmiştir.

Tablo 4.2 Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık varlığı

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	45	10,2	χ2=1,145
	Erkek	31	8,0	p=0,285*
Eğitim dönemi	Dönem 1	12	6,9	
	Dönem 2	9	5,4	
	Dönem 3	14	10,4	χ2=7,991
	Dönem 4	15	14,2	p=0,157*
	Dönem 5	12	10,1	
	Dönem 6	14	10,9	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	33	11,4	
	Aynı evi paylaşma	21	8,6	χ2=4,196
	Aynı odayı paylaşma	19	6,9	p=0,227**
	Aynı yatağı paylaşma	3	13,0	
Sigara kullanımı	Aktif kullanıcı	26	11,3	χ2=7,666
	Bırakmış	7	20,6	p=0,018**
	Kullanmıyor	43	7,6	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	25	15,4	χ2=9,530
	Kullanmıyor	51	7,6	p=0,002*
Egzersiz yapma	Yapıyor	22	10,1	χ2=0,311
	Yapmıyor	54	8,8	p=0,577*

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Katılımcıların %8,1'i (n:67) düzenli ilaç kullandığını belirtmişti. Düzenli ilaç kullanımı; kadınlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Düzenli ilaç kullanımı; dönem 6'larda, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda, düzenli alkol kullananlarda, düzenli egzersiz yapanlarda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Düzenli ilaç kullanımı; sigarayı bırakmış olanlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Tablo 4.3'te sosyodemografik özelliklere göre düzenli ilaç kullanımları verilmiştir.

Tablo 4.3 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli ilaç kullanımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	44	9,9	χ2=4,429
	Erkek	23	5,9	p=0,035*
Eğitim dönemi	Dönem 1	11	6,3	χ2=3,865 p=0,569*
	Dönem 2	12	7,2	
	Dönem 3	9	6,7	
	Dönem 4	10	9,4	
	Dönem 5	10	8,4	
	Dönem 6	15	11,7	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	26	9,0	χ2=3,753 p=0,266**
	Aynı evi paylaşma	22	9,1	
	Aynı odayı paylaşma	16	5,8	
	Aynı yatağı paylaşma	3	13,0	
Sigara kullanımı	Aktif kullanıcı	16	6,9	χ2=11,737 p=0,002**
	Bırakmış	9	26,5	
	Kullanmıyor	42	7,4	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	19	11,7	χ2=3,626 p=0,057*
	Kullanmıyor	48	7,2	
Egzersiz yapma	Yapıyor	18	8,3	χ2=0,014 p=0,907*
	Yapmıyor	49	8,0	

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Katılımcıların %27,8'i (n:231) aktif olarak sigara kullanırken, %4,1'i (n:34) sigarayı bırakmış olup bırakanların %50'si (n:17) son 6 ay içinde bırakmıştı. Sigara kullananların kullanma süresi ortalama 4,1±2,3 (4 ay-11 yıl) yıl idi. Sigarayı bırakmış olanların bırakma süresi ortalama 1,0±1,2 (1 ay-5 yıl) yıl idi. Sigara kullanımı; erkeklerde daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Sigara kullanımı; dönem 4'lerde, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda, alkol kullananlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Sigara kullanımı; egzersiz yapmayanlarda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Tablo 4.4'te sosyodemografik özelliklere göre sigara kullanımları verilmiştir.

Tablo 4.4 Sosyodemografik özelliklere göre sigara kullanımı

		Aktif n (%)	Terk n (%)	
Cinsiyet	Kadın	79 (17,8)	18 (4,1)	χ2=48,175
	Erkek	152 (39,3)	16 (4,1)	p<0,001*
Eğitim dönemi	Dönem 1	32 (18,3)	1 (0,6)	
	Dönem 2	48 (28,7)	5 (3,0)	
	Dönem 3	43 (31,9)	4 (3,0)	χ2=29,746
	Dönem 4	37 (34,9)	6 (5,7)	p=0,001*
	Dönem 5	32 (26,9)	9 (7,6)	
	Dönem 6	39 (30,5)	9 (7,0)	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	79 (27,3)	17 (5,9)	
	Aynı evi paylaşma	94 (38,7)	12 (4,9)	χ2=59,377
	Aynı odayı paylaşma	43 (15,6)	5 (1,8)	p<0,001**
	Aynı yatağı paylaşma	15 (65,2)	0 (0,0)	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	90 (55,6)	9 (5,6)	χ2=81,820
	Kullanmıyor	141 (21,1)	25 (3,7)	P<0,001*
Egzersiz yapma	Yapıyor	54 (24,8)	10 (4,6)	χ2=1,456
	Yapmıyor	177 (28,9)	24 (3,9)	p=0,483*

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Katılımcıların %19,5'i (n:162) düzenli alkol kullandığını belirtmişti. Katılımcıların haftalık alkol tüketim ortalaması 1,6±2,1 (0-18) standart içki idi. Alkol kullanımı; erkeklerde, dönem 4'lerde daha yüksek olmasına karşın aradaki farklar anlamsızdı. Alkol kullanımı; biriyle aynı yatağı paylaşanlarda, sigara kullananlarda, düzenli egzersiz yapanlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Yaş ve eğitim dönemi ile haftalık tüketilen alkol miktarı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Tablo 4.5'te sosyodemografik özelliklere göre alkol kullanımları verilmiştir.

Tablo 4.5 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli alkol kullanımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	76	17,2	χ2=3,375
	Erkek	86	22,2	p=0,066*
Eğitim dönemi	Dönem 1	29	16,6	χ2=10,848 p=0,054*
	Dönem 2	30	18,0	
	Dönem 3	28	20,7	
	Dönem 4	32	30,2	
	Dönem 5	24	20,2	
	Dönem 6	19	14,8	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	67	23,2	χ2=13,854 p=0,003**
	Aynı evi paylaşma	51	21,0	
	Aynı odayı paylaşma	36	13,1	
	Aynı yatağı paylaşma	8	34,8	
Sigara kullanımı	Aktif kullanıcı	90	39,0	χ2=81,820 p<0,001*
	Bırakmış	9	26,5	
	Kullanmıyor	63	11,2	
Egzersiz yapma	Yapıyor	54	24,8	χ2=5,193 p=0,023*
	Yapmıyor	108	17,6	

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Katılımcıların %79,5'i (n:660) düzenli çay/kahve tükettiğini belirtmişti. Katılımcıların günlük çay/kahve tüketim ortalaması 2,7±2,1 (1-28) idi. Çay kahve tüketimi; kadınlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Çay kahve tüketimi; dönem 1'lerde daha düşük olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Çay/kahve tüketimi; biriyle aynı odayı veya aynı yatağı paylaşanlarda, biriyle aynı evi paylaşanlara veya yalnız yaşayanlara kıyasla daha düşüktü ve aradaki fark anlamlıydı. Yaş veya eğitim dönemi arttıkça günlük tüketilen çay/kahve miktarı da anlamlı oranda artmaktaydı (r:0,230; p<0,001) (tau-b:0,232; p<0,001). Tablo 4.6'da sosyodemografik özelliklere göre çay/kahve tüketim oranları verilmiştir.

Tablo 4.6 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli çay/kahve tüketimi

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	370	83,5	χ2=9,349
	Erkek	290	74,9	p=0,002*
Eğitim dönemi	Dönem 1	129	73,7	
	Dönem 2	130	77,8	
	Dönem 3	108	80,0	χ2=7,299
	Dönem 4	85	80,2	p=0,199*
	Dönem 5	100	84,0	
	Dönem 6	108	84,4	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	239	82,7	
	Aynı evi paylaşma	202	83,1	χ2=10,251
	Aynı odayı paylaşma	202	73,5	p=0,015**
	Aynı yatağı paylaşma	17	73,9	

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Katılımcıların akıllı telefon başında geçirdiği süre ortalama 3,3±1,9 (0-16) saat idi. Akıllı telefonda geçirilen süre; kadınlarda, dönem 1'lerde, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Yaş veya eğitim dönemi arttıkça günlük akıllı telefonda geçirilen süre anlamlı oranda azalmaktaydı (r:-0,142; p<0,001) (tau-b:-0,114; p<0,001). Tablo 4.7'de sosyodemografik özelliklere göre akıllı telefon kullanım süreleri verilmiştir.

Tablo 4.7 Sosyodemografik özelliklere göre akıllı telefon kullanımı (saat)

		Ortalama	Standart sapma	
Cinsiyet	Kadın	3,4	2,0	t=2,901
	Erkek	3,1	1,8	p=0,004*
Eğitim dönemi	Dönem 1	3,8	2,1	
	Dönem 2	3,3	2,0	
	Dönem 3	3,3	1,8	F=4,472
	Dönem 4	3,0	1,5	p=0,001**
	Dönem 5	2,9	1,8	
	Dönem 6	3,1	1,9	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	3,1	1,8	
	Aynı evi paylaşma	3,1	1,8	F=5,352
	Aynı odayı paylaşma	3,6	1,9	p=0,001**
	Aynı yatağı paylaşma	4,1	2,9	

*Student T **ANOVA

Katılımcıların %26,3'ü (n:218) düzenli egzersiz yaptığını belirtmişti. Katılımcıların haftalık egzersiz ortalaması 3,6±1,9 (1-7) idi. Düzenli egzersiz oranı; erkeklerde daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Düzenli egzersiz oranı; dönem 1'lerde daha düşük olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Düzenli egzersiz oranı; biriyle aynı odayı veya aynı evi paylaşanlarda, biriyle aynı yatağı paylaşanlara veya yalnız yaşayanlara kıyasla daha düşük olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Yaş veya eğitim dönemi arttıkça haftalık yapılan egzersiz sayısı anlamlı oranda azalmaktaydı (r:-0,189; p=0,011) (tau-b:-0,156; p=0,007). Tablo 4.8'de sosyodemografik özelliklere göre egzersiz yapma oranları verilmiştir.

Tablo 4.8 Sosyodemografik özelliklere göre düzenli egzersiz durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	89	20,1	χ2=18,705
	Erkek	129	33,3	p<0,001*
Eğitim dönemi	Dönem 1	35	20,0	
	Dönem 2	54	32,3	
	Dönem 3	35	25,9	χ2=9,601
	Dönem 4	27	25,5	p=0,087*
	Dönem 5	38	31,9	
	Dönem 6	29	22,7	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	87	30,1	
	Aynı evi paylaşma	58	23,9	χ2=3,855
	Aynı odayı paylaşma	66	24,0	p=0,278*
	Aynı yatağı paylaşma	7	30,4	

*Pearson Ki-kare

Katılımcıların %70,0'ı (n:576) normal kilolu (VKİ:18,5-24,9), %16,5'i (n:136) fazla kilolu (VKİ:25,0-29,9), %9,6'sı (n:79) zayıf (VKİ:<18,5), %3,9'u (n:32) obez (VKİ:≥30) idi. VKİ'ler gruplandırılırken DSÖ sınıflaması kullanılmış olup, orta obez 2 kişi olduğundan ve morbid obez olmadığından obez alt başlıkları kullanılmayıp hafif obez grubuyla birlikte hepsi obez grubunda toplanmıştır.

Katılımcıların VKİ ortalaması 22,5±3,5 idi (15,6-39,9). VKİ ortalaması; erkeklerde daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. VKİ ortalaması; dönem 1'lerde, biriyle aynı odayı paylaşanlarda daha düşük olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Yaş arttıkça VKi değeri de anlamlı oranda artmaktaydı (r:0,095; p=0,006). Yaş ve VKİ grupları arasında da pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu (tau-b:0,061; p=0,036). Tablo 4.9'da sosyodemografik özelliklere göre vücut kitle indeksi ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.9 Sosyodemografik özelliklere göre VKİ değerleri

		Ortalama	Standart sapma	
Cinsiyet	Kadın	21,3	3,1	t=-12,000
	Erkek	24,0	3,4	p<0,001*
Eğitim dönemi	Dönem 1	22,0	3,6	
	Dönem 2	22,9	3,5	
	Dönem 3	22,6	3,0	F=1,537
	Dönem 4	22,4	3,8	p=0,176**
	Dönem 5	22,3	3,4	
	Dönem 6	22,9	3,6	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	22,6	3,8	
	Aynı evi paylaşma	22,9	3,3	F=2,533
	Aynı odayı paylaşma	22,1	3,4	p=0,056**
	Aynı yatağı paylaşma	23,0	2,5	

*Student T **ANOVA

Sigara kullananların %52,6'sı (n:123) günde 11-20 adet arası sigara içiyordu. %35,9'unun (n:84) uyandıktan sonra ilk sigarasını içene kadar geçen süre 60 dakikadan fazlaydı. %81,6'sı (n:191) sigara içmenin yasak olduğu yerlerde yasağa uymakta zorlanıyordu. %32,5'i (n:76) için günün ilk sigarası diğerlerine kıyasla vazgeçilmezdi. %22,2'si (n:52) günün ilk saatlerinde daha sık sigara içiyordu. %62,8'i (n:147) ağır hastalık durumunda sigara içmiyordu. Tablo 4.10'da katılımcıların Fagerstrom nikotin bağımlılık testine göre sigara kullanım özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.10 Fagerstrom Testi'ne göre sigara kullanım özellikleri

		n (sayı)	% (yüzde)
Günlük içilen sigara miktarı	10 adet veya daha az	78	33,3
	11-20 adet arası	123	52,6
	21-30 adet arası	31	13,2
	30 adetten fazla	2	0,9
Uyandıktan sonra ilk sigaraya kadar geçen süre	5 dakika veya daha az	31	13,2
	6-30 dakika arası	60	25,6
	31-60 dakika arası	59	25,2
	60 dakikadan fazla	84	35,9
Sigara yasağına uymakta zorlanma durumu	Zorlanır	43	18,4
	Zorlanmaz	191	81,6
Vazgeçilmek istenmeyen sigara	Günün ilk sigarası	76	32,5
	Diğer herhangi biri	158	67,5
Sigaranın daha sık içildiği saatler	Günün ilk saatleri	52	22,2
	Daha sonraki saatler	182	77,8
Hastalık varlığında sigara içme durumu	İçer	87	37,2
	İçmez	147	62,8

Sigara kullanan katılımcıların FNBT puan ortalaması 3,1±2,4 idi. Yaş arttıkça FNBT puanı da anlamlı oranda artmaktaydı (r:0,156; p=0,017). FNBT puan ortalaması erkeklerde, dönem 5'lerde, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda, maddi durumunu iyi algılayanlarda, kronik hastalığı olanlarda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. FNBT puan ortalaması düzenli ilaç kullananlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Eğitim dönemi veya maddi durum algısı ile FNBT puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Tablo 4.11'de sosyodemografik özelliklere göre FNBT puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.11 Sosyodemografik özelliklere göre FNBT puan ortalamaları

		Ortalama	Standart sapma	
Cinsiyet	Kadın	2,8	2,3	t=-1,408
	Erkek	3,2	2,4	p=0,160*
Eğitim dönemi	Dönem 1	2,8	1,8	F=1,057 p=0,385**
	Dönem 2	3,2	2,5	
	Dönem 3	2,9	2,4	
	Dönem 4	2,6	2,3	
	Dönem 5	3,7	2,6	
	Dönem 6	3,4	2,6	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	3,4	2,4	F=2,350 p=0,073**
	Aynı evi paylaşma	3,0	2,5	
	Aynı odayı paylaşma	2,4	2,0	
	Aynı yatağı paylaşma	4,1	2,4	
Maddi durum algısı	Kötü	3,3	2,7	F=0,880 p=0,416**
	Orta	3,0	2,4	
	İyi	3,4	2,4	
Kronik hastalık	Var	3,7	3,0	t=-1,198
	Yok	3,0	2,3	p=0,241*
Düzenli ilaç kullanımı	Var	4,3	2,5	t=-2,028
	Yok	3,0	2,4	p=0,044*

*Student T **ANOVA

Sigara kullanan katılımcıların %58,5'inin (n:137) düşük düzeyde (FNBT=0-3), %30,8'inin (n:72) orta düzeyde (FNBT=4-6), %10,7'sinin (n:25) ağır düzeyde (FNBT=7-10) nikotin bağımlılığı mevcuttu. Yaş arttıkça FNBT bağımlılık düzeyi de anlamlı oranda artmaktaydı (tau-b:0,155; p=0,005). Nikotin bağımlılığı düzeyi açısından cinsiyetler, dönemler, birlikte yaşama durumları, algılanan maddi durumlar arasındaki fark anlamsızdı. Kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanım durumları arasındaki fark ise anlamlıydı. Eğitim dönemi veya maddi durum algısı ile FNBT düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Tablo 4.12'de sosyodemografik özelliklere göre FNBT bağımlılık düzeyleri verilmiştir.

Tablo 4.12 Sosyodemografik özelliklere göre FNBT bağımlılık düzeyleri

		Düşük n (%)	Orta n (%)	Ağır n (%)	
Cinsiyet	Kadın	53 (64,6)	23 (28,0)	6 (7,3)	χ2=2,442
	Erkek	84 (55,3)	49 (32,2)	19 (12,5)	p=0,295*
Eğitim dönemi	Dönem 1	23 (71,9)	9 (28,1)	0 (0,0)	χ2=11,980 p=0,272**
	Dönem 2	27 (52,9)	18 (35,3)	6 (11,8)	
	Dönem 3	27 (62,8)	11 (25,6)	5 (11,6)	
	Dönem 4	25 (67,6)	10 (27,0)	2 (5,4)	
	Dönem 5	15 (48,4)	11 (35,5)	5 (16,1)	
	Dönem 6	20 (50,0)	13 (32,5)	7 (17,5)	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	42 (53,4)	25 (31,6)	12 (15,2)	χ2=10,857 p=0,081**
	Aynı evi paylaşma	55 (57,9)	30 (31,6)	10 (10,5)	
	Aynı odayı paylaşma	34 (75,6)	10 (22,2)	1 (2,2)	
	Aynı yatağı paylaşma	6 (40,0)	7 (46,7)	2 (13,3)	
Maddi durum algısı	Kötü	8 (47,1)	7 (41,2)	2 (11,8)	χ2=5,177 p=0,253**
	Orta	103 (61,3)	51 (30,4)	14 (8,3)	
	İyi	26 (53,1)	14 (28,6)	9 (18,4)	
Kronik hastalık	Var	12 (46,2)	7 (26,9)	7 (26,9)	χ2=6,762 p=0,026**
	Yok	125 (60,1)	65 (31,2)	18 (8,7)	
Düzenli ilaç kullanımı	Var	5 (31,2)	7 (43,8)	4 (25,0)	χ2=6,459 p=0,028**
	Yok	132 (60,6)	65 (29,8)	21 (9,6)	

*Pearson Ki-kare **Fisher's Exact

Tablo 4.13'te katılımcıların uyku özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.13 Pittsburgh İndeksi'ne göre katılımcıların uyku özellikleri

		n (sayı)	% (yüzde)
Uykuya dalma süresi	15 dakikadan az	436	52,7
	16-30 dakika arası	271	32,8
	31-60 dakika arası	101	12,2
	60 dakikadan fazla	19	2,3
Aktif uyuma süresi/ Yatakta geçirilen süre	%'85'ten fazla	688	83,5
	%84-75 arası	89	10,8
	%74-65 arası	23	2,8
	%65'ten az	24	2,9
30 dakika içinde uykuya dalamama	Hiç	235	28,5
	Haftada 1'den az	235	28,5
	Haftada 1-2 kez	208	25,2
	Haftada 3'ten fazla	148	17,9
Gece veya sabah erkenden uyanma	Hiç	246	29,8
	Haftada 1'den az	226	27,4
	Haftada 1-2 kez	190	23,0
	Haftada 3'ten fazla	164	19,9
Tuvalete gitmek için kalkma	Hiç	429	51,9
	Haftada 1'den az	209	25,3
	Haftada 1-2 kez	117	14,2
	Haftada 3'ten fazla	71	8,6
Rahatça nefes alıp verememe	Hiç	566	68,5
	Haftada 1'den az	137	16,6
	Haftada 1-2 kez	74	9,0
	Haftada 3'ten fazla	49	5,9
Öksürme veya gürültülü horlama	Hiç	645	78,1
	Haftada 1'den az	99	12,0
	Haftada 1-2 kez	43	5,2
	Haftada 3'ten fazla	39	4,7

Aşırı derecede üşüme	Hiç	458	55,4
	Haftada 1’den az	216	26,2
	Haftada 1-2 kez	90	10,9
	Haftada 3’ten fazla	62	7,5
Aşırı derecede sıcaklama	Hiç	473	57,3
	Haftada 1’den az	198	24,0
	Haftada 1-2 kez	118	14,3
	Haftada 3’ten fazla	37	4,5
Kötü rüyalar görme	Hiç	334	40,4
	Haftada 1’den az	278	33,7
	Haftada 1-2 kez	144	17,4
	Haftada 3’ten fazla	70	8,5
Ağrı hissetme	Hiç	547	66,2
	Haftada 1’den az	140	16,9
	Haftada 1-2 kez	86	10,4
	Haftada 3’ten fazla	53	6,4
Uyku ilacı kullanımı	Hiç	803	97,2
	Haftada 1’den az	8	1,0
	Haftada 1-2 kez	6	0,7
	Haftada 3’ten fazla	9	1,1
Bir aktivite sırasında uyanık kalmakta zorlanma	Hiç	315	38,1
	Haftada 1’den az	181	21,9
	Haftada 1-2 kez	249	30,1
	Haftada 3’ten fazla	81	9,8
İşleri istekle yapmada sorun oluşturma	Hiç	254	30,8
	Az	271	32,8
	Orta	223	27,0
	Çok	78	9,4
Uyku kalitesinin öznel değerlendirmesi	Çok iyi	47	5,7
	Oldukça iyi	488	59,1
	Oldukça kötü	258	31,2
	Çok kötü	33	4,0

Katılımcıların PUKİ puan ortalaması 5,9±2,7 idi. Yaş ve PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. PUKİ puan ortalaması kadınlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması açısından dönemler arasındaki fark anlamlıydı. Eğitim dönemi arttıkça PUKİ puanı azalmaktaydı (tau-b-0,082; p0,002). Maddi durum algısı ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. PUKİ puan ortalaması biriyle aynı odayı paylaşanlarda biriyle aynı evi paylaşanlara kıyasla daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması sigara kullananlarda sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması düzenli alkol kullananlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması düzenli çay kahve tüketenlerde daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. PUKİ puan ortalaması; algılanan maddi durumu kötü olanlarda, düzenli ilaç kullananlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, obezlerde daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Tablo 4.14'te sosyodemografik özelliklere göre PUKİ puan ortalamaları verilmiştir.

Katılımcıların 275'inin (%33,4) uyku kalitesi normal, 548'inin (%66,6) uyku kalitesi kötüydü. Uyku kalitesi kötü olanların oranı; kadınlarda, biriyle aynı odayı paylaşanlarda, maddi durumunu kötü algılayanlarda, düzenli ilaç kullananlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, fazla kilolularda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Uyku kalitesi kötü olanların oranı; dönem 1 ve dönem 2'lerde, kronik hastalığı olanlarda, sigara kullananlarda, alkol kullananlarda, çay/kahve tüketenlerde daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Tablo 4.15'te sosyodemografik özelliklere göre PUKİ uyku kaliteleri verilmiştir.

Tablo 4.14 Sosyodemografik özelliklere göre PUKİ puan ortalamaları

		Ortalama	Standart sapma	
Cinsiyet	Kadın	6,1	2,7	t=3,167
	Erkek	5,5	2,6	p=0,002*
Eğitim dönemi	Dönem 1	6,1	2,6	F=2,385 p=0,037**
	Dönem 2	6,3	2,8	
	Dönem 3	5,6	2,3	
	Dönem 4	5,6	2,8	
	Dönem 5	5,5	2,5	
	Dönem 6	5,7	2,8	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	5,9	2,7	F=3,923 p=0,009**
	Aynı evi paylaşma	5,5	2,6	
	Aynı odayı paylaşma	6,2	2,7	
	Aynı yatağı paylaşma	4,9	2,5	
Maddi durum algısı	Kötü	6,4	2,9	F=1,821 p=0,163**
	Orta	5,8	2,5	
	İyi	6,0	3,0	
Kronik hastalık	Var	6,6	2,5	t=-2,543
	Yok	5,8	2,7	p=0,011*
Düzenli ilaç kullanımı	Var	6,1	2,7	t=-0,885
	Yok	5,8	2,7	p=0,376*
Sigara kullanımı	Evet	6,2	2,7	F=4,011 p=0,018**
	Terk	6,2	2,7	
	Hayır	5,7	2,6	
Alkol kullanımı	Evet	6,3	2,7	t=-2,478
	Hayır	5,7	2,6	p=0,013*
Çay/kahve tüketimi	Evet	6,0	2,6	t=-3,076
	Hayır	5,3	2,7	p=0,002*
Egzersiz yapma	Evet	5,6	2,7	t=1,719
	Hayır	6,0	2,6	p=0,086*
VKİ derecesi	Zayıf	6,0	2,8	F=0,216 p=0,886**
	Normal	5,8	2,6	
	Fazla kilolu	5,8	2,7	
	Obez	6,2	3,1	

*Student T **ANOVA

Tablo 4.15 Sosyodemografik özelliklere göre PUKİ uyku kaliteleri

		Normal n (%)	Kötü n (%)	
Cinsiyet	Kadın	134 (30,6)	304 (69,4)	χ2=3,348
	Erkek	141 (36,6)	244 (63,4)	p=0,067*
Eğitim dönemi	Dönem 1	48 (27,6)	126 (72,4)	χ2=15,350 p=0,009*
	Dönem 2	40 (24,2)	125 (75,8)	
	Dönem 3	49 (36,6)	85 (63,4)	
	Dönem 4	43 (41,0)	62 (59,0)	
	Dönem 5	45 (38,5)	72 (61,5)	
	Dönem 6	50 (39,1)	78 (60,9)	
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	93 (32,4)	194 (67,6)	χ2=7,307 p=0,063*
	Aynı evi paylaşma	94 (39,0)	147 (61,0)	
	Aynı odayı paylaşma	78 (28,7)	194 (71,3)	
	Aynı yatağı paylaşma	10 (43,5)	13 (56,5)	
Maddi durum algısı	Kötü	12 (24,0)	38 (76,0)	χ2=2,121 p=0,346*
	Orta	208 (34,0)	403 (66,0)	
	İyi	55 (34,0)	107 (66,0)	
Kronik hastalık	Var	15 (20,0)	60 (80,0)	χ2=6,674 p=0,010*
	Yok	260 (34,8)	488 (65,2)	
Düzenli ilaç kullanımı	Var	18 (26,9)	49 (73,1)	χ2=1,406 p=0,236*
	Yok	257 (34,0)	499 (66,0)	
Sigara kullanımı	Evet	60 (26,1)	170 (73,9)	χ2=7,950 p=0,019*
	Terk	11 (32,4)	23 (67,6)	
	Hayır	204 (36,5)	355 (63,5)	
Alkol kullanımı	Evet	42 (25,9)	120 (74,1)	χ2=5,084 p=0,024*
	Hayır	233 (35,2)	428 (64,8)	
Çay/kahve tüketimi	Evet	201 (30,7)	453 (69,3)	χ2=10,284 p=0,001*
	Hayır	74 (43,8)	95 (56,2)	
Egzersiz yapma	Evet	81 (37,5)	135 (62,5)	χ2=2,197 p=0,138*
	Hayır	194 (32,0)	413 (68,0)	
VKİ derecesi	Zayıf	24 (32,9)	49 (67,1)	χ2=1,168 p=0,761*
	Normal	189 (33,7)	372 (66,3)	
	Fazla kilolu	42 (30,9)	94 (69,1)	
	Obez	13 (40,6)	19 (59,4)	

*Pearson Ki-kare

Haftalık ortalama alkol tüketimi, uyku kalitesi kötü olanlarda, normal olanlara kıyasla daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Haftalık alkol tüketimi arttıkça PUKİ puanı da anlamlı oranda artmaktaydı (r:0,212; p=0,011). Günlük ortalama çay/kahve tüketimi, uyku kalitesi normal olanlarda; kötü olanlara kıyasla daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Günlük çay/kahve tüketimi ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Haftalık ortalama egzersiz sayısı uyku kalitesi normal olanlarda, kötü olanlara kıyasla daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Haftalık egzersiz sayısı ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Günlük akıllı telefonda geçirilen ortalama süre, uyku kalitesi kötü olanlarda, normal olanlara kıyasla daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Akıllı telefonda geçirilen süre arttıkça PUKİ puanı da artmaktaydı (r:0,156; p<0,001). Vücut kitle indeksi açısından uyku kalitesi durumları arası fark anlamsızdı. VKİ ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Tablo 4.16'da PUKİ uyku kalitesi kötü ve normal olan gruplarda bazı ortalamalar verilmiştir.

Tablo 4.16 PUKİ uyku kalitelerine göre bazı alışkanlıkların özellikleri

	PUKİ Uyku Kalitesi Normal	PUKİ Uyku Kalitesi Kötü	
Haftalık alkol tüketimi	1,1±0,9	1,7±2,3	t=-1,595 p=0,113*
Günlük çay/kahve tüketimi	2,8±2,7	2,6±1,8	t=0,759 p=0,448*
Haftalık egzersiz sayısı	3,7±2,0	3,6±1,9	t=0,548 p=0,584*
VKİ ortalaması	22,6±3,4	22,5±3,5	t=0,449 p=0,653*
Günlük akıllı telefon süresi	3,1±1,7	3,4±2,0	t=-1,780 p=0,076*

*Student T

FNBT düzeyi arttıkça PUKİ puanı da anlamlı oranda artmaktaydı (tau-b:0,129; p=0,018). FNBT puanı arttıkça PUKİ puanı da anlamlı oranda artmaktaydı (r:0,175; p=0,007). Korelasyonun gücü zayıftı. FNBT puanı ile PUKİ puanı arasındaki korelasyon kadınlarda anlamsızken (r:0,208; p=0,061), erkeklerde anlamlıydı (r:0,171; p=0,035).

PUKİ puan ortalaması; nikotin bağımlılığı orta/ağır düzeyde olanlarda daha yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı. Uyku kalitesi kötü olanların oranı; bağımlılık düzeyi orta/ağır düzeyde olanlarda daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamsızdı. Tablo 4.17 ve 4.18'de nikotin bağımlılık düzeylerine göre PUKİ puan ortalamaları ve PUKİ uyku kaliteleri verilmiştir.

Tablo 4.17 FNBT bağımlılık düzeylerine göre PUKİ puan ortalamaları

		Ortalama	Standart sapma	
Nikotin bağımlılık düzeyleri	Düşük	5,9	2,6	F=2,798 p=0,063**
	Orta	6,7	2,8	
	Ağır	6,7	3,0	
Nikotin bağımlılık düzeyleri	Düşük	5,9	2,6	t=2,369
	Orta/Ağır	6,7	2,8	p=0,019*

*Student T **ANOVA

Tablo 4.18 FNBT bağımlılık düzeylerine göre PUKİ uyku kaliteleri

		Normal n (%)	Kötü n (%)	
Nikotin bağımlılık düzeyleri	Düşük	42 (30,9)	94 (69,1)	χ^2=3,251 p=0,197*
	Orta	14 (19,4)	58 (80,6)	
	Ağır	6 (24,0)	19 (76,0)	
Nikotin bağımlılık düzeyleri	Düşük	42 (30,9)	94 (69,1)	χ^2=3,054
	Orta/Ağır	20 (20,6)	77 (79,4)	p=0,081*

*Pearson Ki-kare

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde nikotin bağımlılığı ve uyku kalitesi incelenmiş, sigaranın uyku kalitesi üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Sigara kullanımının, sigara kullananlar arasında da nikotin bağımlılık düzeyinin uyku kalitesini etkilediği bulunmuştur.

Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 21,1±2,1 (18-34) bulunmuştur. Tıp eğitimi yaklaşık olarak 18-24 yaş aralığına denk geldiğinden örneklemimizin yaş ortalaması genel ortalama ile uyumlu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark yoktu. Kadın katılımcı sayısı erkek katılımcı sayısına denkti.

Sigara Kullanımı ve Nikotin Bağımlılığının Uyku Kalitesine Etkisi

Çalışmamız sigara kullanımının ve nikotin bağımlılığının kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Uyku kalitesi, sigara kullananlarda bırakmış olanlara göre, bırakmış olanlarda da hiç kullanmayanlara göre daha kötü bulunmuştur. Düşük nikotin bağımlılığı olanlarda uyku kalitesi daha iyi bulunmuştur. Nikotin bağımlılığı arttıkça uyku kalitesi azalmaktadır.

İspanya'da yapılmış bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde sigara içenlerin PUKİ ortalaması, içmeyenlerinkinden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Sigaranın kötü uyku kalitesi riskini artırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmada PUKİ ve FNBT ölçekleri uygulanmış olsa da nikotin bağımlılık düzeyi ile uyku kalite düzeyi arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir (32).

Çin'de akciğer kanseri hastaları üzerinde yapılmış bir çalışmada yüksek nikotin bağımlılığı olanların uyku kaliteleri anlamlı derecede daha kötüydü ve PUKİ puanları daha yüksekti (46). Çalışma sonuçları bulgularımızla uyumluydu.

Almanya’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışma, çalışmamızla benzer şekilde sigara kullanımının kötü uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmaya göre içilen tüketilen sigara miktarı arttıkça uyku kalitesi de kötüleşmektedir. Bizim çalışmamızda da bağımlılık düzeyi arttıkça uyku kalitesi anlamlı şekilde kötüleşmekteydi (47).

Almanya’da erişkinler üzerinde yapılmış bir başka çalışmada kan nikotin/kotinin düzeylerine de bakılmış ve FNBT puanı ve içilen sigara sayısı ile korele olduğu gösterilmiş ancak uyku kalitesiyle arasında bir ilişki bulunamamıştır. Arada ilişki bulunamaması, örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir (5).

Amerika’da yetişkinler üzerinde yapılmış bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde sigara kullanıcıları kötü uyku kalitesi açısından risk altında bulunmuştur. Ancak FNBT ve PUKİ puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda FNBT puanı arttıkça PUKİ puanı da anlamlı şekilde artmaktaydı (48).

İsrail’de genç erişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sigara kullananlar arasında da FNBT puanları ile PUKİ puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır (49).

Tayvan’da yapılmış bir çalışmada sigara içenlerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur (50). Sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Ankara’da yapılmış olan çalışmada bizim bulgularımızla uyumlu şekilde sigara kullanmayan, kullanan ve bırakmış katılımcıların uyku kalite düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki çalışmada da sigara kullananlar bırakmış olanlardan; bırakmış olanlar hiç kullanmayanlardan daha kötü uyku kalitesine sahip bulunmuştur (51).

Kırklareli'de yapılmış başka bir çalışmada sigara içenlerde sigara kullananların uyku kalitesi en kötü, hiç sigara kullanmamışların uyku kalitesi en iyi düzeydeydi (3).

Sakarya'da ve İzmir'de yapılan çalışmalarda sigara ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (52,53).

Konya'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada sigara kullananlarda uyku kalitesinin kullanmayanlara kıyasla daha kötü olduğu görülmüştür (54).

İstanbul'da sigara bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada FNBT puanı ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (55). Bunun sebebi çalışmanın sigara bıraktırma polikliniğine başvuran yetişkin az sayıda katılımcı ile planlanmış olması olabilir.

Sigara Kullanımı ve Nikotin Bağımlılığı

Çalışmamızda sigara içme sıklığı %28 bulunmuştur. Kullanıcıların FNBT puan ortalaması 3,1 iken, %58'i düşük düzeyde nikotin bağımlısıydı. Kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olan hastalarda nikotin bağımlılığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. 2019'da ÇOMÜ Tıp Fakültesi'nde sigara kullanımına yönelik yapılmış bir çalışmada sigara içme sıklığı %30,5 bulunmuştur. Sonuçlar benzerdir.

Amerika'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada sigara içme sıklığı %3, FNBT puan ortalaması 2,3 idi (56). Sigara içme oranı da FNBT puan ortalaması da bizim örneklemimize kıyasla düşüktü. Fransa'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı %21 bulunmuştur. Sigara kullananların %65'i düşük düzeyde nikotin bağımlısıydı (57). Sonuçlar çalışmamızla uyumluydu.

İspanya'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada sigara içme sıklığı %21, FNBT puan ortalaması 1,7 bulunmuştur. Katılımcıların %92'si düşük düzeyde nikotin bağımlısıydı (32). Bunun sebebi, tıp eğitiminin diğer eğitimlere kıyasla daha stresli bir süreç olduğundan sigara tüketimini ve nikotin bağımlılığını etkiliyor olması veya katılımcı sayısı olabilir.

Hatay'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışma sigara içme sıklığı %26 bulunmuştur. Sigara içenlerin %52'si düşük düzeyde nikotin bağımlısıydı (58). Sonuçlar çalışmamızla benzerdi. Düzce'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada sigara içme sıklığı %31 bulunmuştur (59). Gazi Üniversitesi tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış çalışmada da sigara içme sıklığı %24 bulunmuştur (60). Samsun'da tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı %29 bulunmuştur. Kullanıcıların %33'ü orta düzeyde nikotin bağımlısıydı (61). Kocaeli'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada sigara içme sıklığı %21 bulunmuştur.

Türkiye'de sigara içme sıklığı erkeklerde daha yüksek olup çalışmamızda da erkeklerde sigara içme sıklığı daha yüksekti (62). İspanya'da yapılmış bir çalışmada da sonuçlar benzerdi. İki çalışmada da cinsiyetler arası anlamlı bir fark olmamakla birlikte, FNBT puan ortalaması bizim çalışmamızda erkeklerde daha yüksekken, İspanya'da yapılan çalışmada kadınlarda daha yüksek bulunmuştu. Kocaeli'de yapılmış çalışmada sigara içme sıklığı erkeklerde daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur (63). Dicle tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada da yine benzer şekilde sigara içme sıklığı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (64). Elde ettiğimiz sonuçlar literatürle uyumluydu. Ankara'da yapılmış çalışmada da erkeklerin yarısından fazlası sigara içerken kadınlarda bu oran üçte birinden azdı (65).

Çalışmamızda dönem 1'den dönem 4'e doğru gittikçe sigara kullanım oranı anlamlı şekilde artmaktaydı. Dönem 4'te en yüksek oranlara ulaştıktan sonra düşme eğilimi göstermekteydi. Erkeklerde sigara kullanımı kadınlara kıyasla anlamlı şekilde yüksekti.

Uyku Kalitesi

Çalışmamızda PUKİ puan ortalaması 5,9, kötü uyku kalitesi sıklığı da %66,6 bulunmuştur. Uyku kalitesi kronik hastalığı olanlarda, sigara kullananlarda, düzenli alkol kullananlarda, düzenli çay/kahve tüketenlerde anlamlı derecede daha kötü bulunmuştur.

İspanya'da yapılmış bir çalışma kötü uyku kalitesi sıklığını %60 bulmuştur. Bu oran bizim çalışmamıza kıyasla daha düşük olsa da PUKİ puan ortalaması bizim çalışmamızda daha düşük bulunmuştu. Her iki çalışmada da kadınlarda PUKİ ortalaması erkeklere kıyasla daha yüksekken bizim çalışmamızda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu. İspanya'daki çalışmada kadın ve erkek katılımcı sayısındaki dengesizlik aradaki farkın anlamlı çıkmamasına sebep olmuş olabilir (32).

Suudi Arabistan'da yapılmış bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %30 bulunmuştur. (66). Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencilerinde yapılmış başka bir çalışma tıp fakültesi öğrencilerinde kötü uyku kalitesi sıklığının %76 olduğunu ortaya koymuştur. Bu oran bizim çalışmamıza kıyasla yüksek olsa da PUKİ puan ortalaması her iki çalışmada da benzerdi. Her iki çalışmada da kadınlarda PUKİ ortalaması erkeklere kıyasla daha yüksekken bizim çalışmamızda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu. Suudi Arabistan'daki çalışmada kadın ve erkek katılımcı sayısındaki dengesizlik aradaki farkın anlamlı çıkmamasına sebep olmuş olabilir. İlgili çalışmada çay kahve tüketimiyle uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, bizim çalışmamızda düzenli çay kahve tüketenlerde uyku kalitesi daha kötü bulunmuştu (67).

Çin'de 1600 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama PUKİ puanı 6,2, kötü uyku kalitesi sıklığı %28 bulunmuşken, Brezilya'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %39 bulunmuştur. (33) (31).

Ankara'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %55 bulunmuştur (51). Kırklareli'de üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %31 bulunmuştur. Uyku kalitesi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kronik hastalığı olanlarda uyku kalitesi bizim çalışmamızla benzer şekilde daha kötüydü (3).

İzmir'de çeşitli sağlık alanlarında eğitim gören üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %59, PUKİ puan ortalaması 6,1 bulunmuştur, sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir (53). Sakarya Tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesi sıklığı %64 bulunmuş olup sonuçlar bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir (52). Düzce'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada PUKİ puan ortalaması 5,2 ve kötü uyku kalitesi sıklığı %46 bulunmuştur (30).

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Çalışmamız sadece ÇOMÜ tıp fakültesi öğrencilerinde yapıldığı için tıp fakültesi öğrencilerinin ya da tıp dışı öğrencilerin genelini yansıtmamaktadır. Çalışmanın kapsamının artırılması açısından başka tıp fakültelerindeki öğrenciler, hekimler veya diğer sağlık çalışanları ya da tıp fakültesi dışındaki üniversite öğrencileri de çalışmaya dahil edilebilirdi. Uyku kalitesini etkileyen faktörler daha detaylı sorgulanabilirdi. Uyku kalitesi indeksi alt başlıkları analize dahil edilebilirdi. Nikotin bağımlılık düzeyi ölçülürken kanda nikotin düzeyine bakılabilirdi. Korelasyon analizlerine ek olarak regresyon analizi de kullanılarak elde edilen veriler nedensellik açısından da değerlendirilebilirdi.

Çalışmamızın güçlü yönleri: Çalışmamız tek bir tıp fakültesinde yapılmış olsa da öğrencilerin %88'i çalışmaya dahil edilmiştir. 830 öğrenci üzerinde yapılmış olması, örneklem sayısının yüksek tutulmuş olması çalışmamızın değerini artırmaktadır. Nikotin bağımlılığı ile uyku kalitesini kıyaslayan yurtiçi çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bilim dünyası tarafından genel kabul görmüş, sıklıkla kullanılmakta olan ölçekler kullanılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız hem sigara kullanımının hem de nikotin bağımlılık düzeyinin, uyku kalitesini kötü yönde etkilediğini göstermiştir. Nikotin bağımlılığı arttıkça uyku kalitesi düşmektedir.

Çalışmamız ÇOMÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin dörtte birinden fazlasının aktif sigara kullandığını, yarısından fazlasının günde 11-20 adet arası sigara kullandığını saptamıştır. Erkeklerde, alkol kullananlarda, biriyle aynı yatağı paylaşanlarda sigara kullanım sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yarısından fazlası düşük düzeyde nikotin bağımlısıyken, ağır düzeyde nikotin bağımlıları, sigara kullananların %10'luk kısmını oluşturmaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin üçte ikisinin uyku kalitesi kötü çıkmıştır. Kadınlarda, biriyle aynı odayı paylaşanlarda, kronik hastalığı olanlarda, düzenli alkol kullananlarda, düzenli çay/kahve tüketenlerde PUKİ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamız orta ve ağır düzeyde nikotin bağımlılığının uyku kalitesi üzerine etkilerinin düşük düzeyde nikotin bağımlılığına göre farklı olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar düşük ve orta/ağır nikotin bağımlılığına danışmanlık ya da tedavi konusunda farklı yaklaşım gerekebileceği anlamına geliyor olabilir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Öğrencilere sigara ve nikotin bağımlılığıyla ilgili seminerler düzenlenebilir. Sigara kullanan öğrencilere yönelik danışmanlık hizmeti verilebilir. Çalışmamıza göre öğrencilerin %2,8'i son bir hafta içerisinde uyku ilacı kullanma ihtiyacı hissetmiştir. Bunun nedenleri incelenebilir, öğrencilere uyku kalitesi ve uyku hijyeni üzerine seminer düzenlenebilir, uyku hijyen eğitimleri verilebilir. Nikotin bağımlılığı, etkileri ve uyku kalitesini etkileyen faktörler üzerine daha kapsamlı çalışmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Difranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, Mcneill AD. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. Tob Control. 2002;11(3):228–235.
2. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):29–37.
3. Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. Ejovoc. 2011;1(1):88–94.
4. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. J Adolesc Heal. 2010;46(2):124–132.
5. Jaehne A, Unbehaun T, Feige B, Lutz UC, Batra A, Riemann D. How smoking affects sleep: a polysomnographical analysis. Sleep Med. 2012;13(10):1286–1292.
6. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013;368(4):341–350.
8. Warren GW, Alberg AJ, Kraft AS, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: "The health consequences of smoking--50 years of progress". Cancer. 2014;120(13):1914-1916.
9. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı. 2010.
10. Atam Taşdemir Z. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):27–31.
11. Barış Yİ. Tütün kullanımının tarihçesi. Sİgara ve Sağlık MEB Yayınları. 1994;1(1):11-14
12. Yılmaz B. Ankara eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi. 2019.
13. World Health Organization. Key facts about tobacco. 2017.
14. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Küresel

yetişkin tütün araştırması Türkiye 2016. 2019.

15. Özer N, Kılıçkap M, Tokgözoğlu L, Göksülük H, Kayıkçıoğlu M, Birhan Yılmaz M, et al. Türkiye'de sigara tüketimi verileri: kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Derneği. 2018;46(7):602–12.

16. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Derg. 2006;7(1):51–64.

17. Arslan Işık N. Üniversite öğrencilerinde sigara içme alışkanlıkları üzerinde aromaterapinin etkisi. 2019.

18. American Lung Association. What's in a cigarette?. 2019

19. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Derg. 2000;1(1):90–95.

20. American Psychiatric Association APA. DSM-5 tanı ölçütleri. Köroğlu E, editor. 2013. 280–283 p.

21. Kamışlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, Hayran M, Kılıçkap S, Çelik İ, Et Al. Bir Sigara Bırakma Polikliniğinde Uygulanan Psikoeğitimsel Sigara Bırakma Porogramının Etkinliği. Anadolu Hem Sağ Bil Derg. 2017;20(4):235–243.

22. Saglam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2017;4(1):78–89.

23. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. Toraks Dergisi. 2007;8.

24. Guyton A, Hall J. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 12th ed. Nobel Tıp Kitapevi; 2013. 721–724 p.

25. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Joint consensus statement of the american academy of sleep medicine and sleep research society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. Sleep. 2015;38(8):1161–1183.

26. Knutson KL, Ryden AM, Mander BA, Van Cauter E. Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2006;166(16):1768–1774.

27. Kasasbeh E, Chi DS, Krishnaswamy G. Inflammatory aspects of sleep apnea and their cardiovascular consequences. Vol. 99, Southern Medical Journal. 2006. P. 58–67.

28. Taheri S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. Vol. 91, Archives of Disease in

Childhood. 2006. P. 881–4.

29. Demir AU. Türkiye'de erişkin toplumda uyku epidemiyolojisi araştırması ilk sonuçları. Türk Uyku Tıbbı Derg. 2010;

30. Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Yılmaz M, Derdiyok Ç, Ertan D, et al. 4-5-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2012;2(2):8–11.

31. Medeiros ALD, Mendes DBF, Lima PF, Araujo JF. The relationships between sleep-wake cycle and academic performance in medical students. In: Biological Rhythm Research. 2001. 263–70 p.

32. Arbinaga F. Dependence on Nicotine and Subjective Quality of Sleep in Conservatory Dance Students. J Danc Med Sci. 2019;23(3):97–103.

33. Zheng J, Yang L, Chen Q. Effect of physical exercise on sleep quality in medical students. Chinese J Public Heal. 2008;3.

34. Uysal H, Ayvaz MY, Oruçoğlu HB, Say E. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Türk Uyku Tıbbı Derg. 2018;31–9.

35. Wang F, Boros S. The effect of physical activity on sleep quality: a systematic review. Eur J Physiother. 2019. 1–8 p.

36. Güneş Z. Uyku Sağlığının Korunmasında Uyku Hijyenin Rolü ve Stratejileri. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2018;27(2):188–98.

37. Suen L, WWS Tam K, Suen Wilson WS Tam KL Hon LK. Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in hong kong. Hong Kong Med J. 2010;16.

38. Genç S, Dikmen N. Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3): ICSD-3 ile uykuda solunum bozuklukları sınıflamasındaki değişiklikler. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg. 2017;8(31):23–31.

39. Güleç H, Bilici M. Uyku Tıbbında Kullanılan Ölçekler. Türkiye Klin J Psikiyatr. 2013;6(3):77–81.

40. Önder I, Masal E, Demirhan E, Önder İ, Horzum B, Beşoluk Ş. Psychometric properties of sleep quality scale and sleep variables questionnaire in turkish student sample. Int J Psychol Educ Stud. 2016;3(3):9–21.

41. Atilla UYSAL M, Kadakal F, Karşidağ Ç, Gülhan BAYRAM N, Uysal Ö, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52.

42. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the fagerstrom tolerance questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers; 1989;12. 159–82 p.

43. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg. 1996;7(2):107–15.

44. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193–213.

45. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. London SAGE. 2018;111.

46. Gu F, Li X-F, Xu J-F, Gao G-H, Wu Y-F, Zhou C-C. Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis. J Thorac Dis. 2018;10(5):2583–9.

47. Zunhammer M, Eichhammer P, Bursch V. Sleep Quality during Exam Stress: The Role of Alcohol, Caffeine and Nicotine. Exam Stress Sleep Qual. 2014;9(10):1–7.

48. Purani H, Friedrichsen S, Allen A. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smokingrelated outcomes and exercise. Addict Behav. 2019;90:70–6.

49. Cohen A, Haimov İ, Ben Abu N. The Interplay Between Tobacco Dependence and Sleep Quality Among Young Adults. Behav Sleep Med. 2020;18(2):163–76.

50. Liu J-T, Lee I-H, Wang C-H, Chen K-C, Lee C-I, Yang Y-K. Cigarette smoking might impair memory and sleep quality. J Formos Med Assoc. 2013;112:287–90.

51. Erkalma Parsak P. Ankara Üniversitesinin Bazı Fakültelerinde Öğrenim Gören Üçüncü Sınıf Öğrencilerinde Uyku Kalitesinin Genel Ruhsal Sağlık Durumları Ve Diğer Bazı Etmenler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. 2020.

52. Erdoğan N, Karabel MP, Tok Ş, Güzel D, Ekerbiçer HÇ. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sak Med J. 2018;8(2):395–403.

53. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu Eg. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron Derg. 2014;7(3):193–8.

54. Çiftçi T. Meram Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesi Üzerine Fiziksel Aktivite, Anksiyete Ve Depresyon Durumunun Etkisinin Araştırılması. 2019.

55. Rujnan T, Çaykara B, Sağlam Z, Pençe Hanım H. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. ACU Sağlık Bilim Derg. 2019;10(4):609–15.

56. Patkar AA, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone FT. A Comparison of Smoking Habits Among Medical and Nursing Students. Chest J. 2003;124(4):1415–20.

57. Gignon M, Havet E, Ammirati C, Traullé S, Manaouil C. Alcohol, Cigarette, and Illegal Substance Consumption Among Medical Students. Workplace Health Saf. 2015;63(2):54–63.

58. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Özler GS, Özer C. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları. Konuralp Tıp Derg. 2014;6(3):1–7.

59. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2007;6(5):364–70.

60. İlhan F, Aksakal N, İlhan MN, Aygün R. Gazi Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2005;4(4):188–98.

61. Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi. Turk Toraks Derg. 2012;13:11–7.

62. Sağlık Bakanlığı S. Bulaşıcı Olmayan Hastaların Risk Faktörleri. 2017.

63. Karagöz A. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanım Düzeyleri, Sigara Kullanım Düzeylerini Etkileyen Faktörler Ve Aleksitimi İle İlişkisi. 2019.

64. Baykan Z, Nacar M. Smoking prevalence and views about tobacco law in students of medical school. Dicle Med J. 2014;41(3):483–90.

65. Yılmazer A. Sağlıklı Erişkinlerde Sigaranın Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. 2019.

66. Alsaggaf M, Wali S, Merdad R, Merdad L. Sleep quantity, quality, and insomnia symptoms of medical students during clinical years. Saudi Med J. 2016;37(2):173–81.

67. Almojali A, Almaki S, Alothman A, Masuadi E, Alaqeel M. The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. J Epidemiol Glob Health. 2017;7:169–74.

EKLER

Ek 1 Araştırma Anket Formu

Bu çalışmayla, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde nikotin bağımlılığı, uyku kalitesi düzeyleri ve ilişkili faktörler araştırılacaktır. Katılımınız uyku kalitesi ve nikotin bağımlılığı konusunda elde edilmiş verilerin genişletilmesine faydalı olacaktır.

Bu anketi cevaplamanız durumunda çalışmaya katılmaya onam vermiş kabul edileceksiniz. Lütfen eksiksiz doldurmaya gayret ediniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sosyodemografik Veri Formu

Yaşınız: ……

Cinsiyetiniz:
( ) Kadın ( ) Erkek

Medeni durumunuz:
( ) Bekar ( ) Evli

Kaçıncı sınıftasınız?
( ) Dönem 1 ( ) Dönem 2 ( ) Dönem 3
( ) Dönem 4 ( ) Dönem 5 ( ) Dönem 6

Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi

Evinizi, odanızı, yatağınızı paylaştığınız biri var mı?

( ) Yalnız yaşıyorum

( ) Aynı yatağı paylaştığım biri var (eş, sevgili, vs.)

( ) Aynı odayı paylaştığım biri/birileri var (kardeş, oda arkadaşı, vs.)

( ) Aynı evi paylaştığım biri/birileri var (aile, ev arkadaşı, vs.)

( ) Diğer, ……

Bedensel/ruhsal kronik hastalığınız var mı? Kadınsanız gebelik durumu var mı?

( ) Yok ( ) Var ise açıklayınız: …….

Düzenli olarak kullandığınız bir ilacınız var mı?

( ) Yok ( ) Var ise açıklayınız: …….

Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Bıraktım, … ay/yıl önce ( ) Evet, ise kullanım süresi: …… yıl

Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet, ise sıklık ve miktarını açıklayınız: ….

Düzenli olarak çay/kahve tüketiyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet, ise sıklık ve miktarını açıklayınız: ….

Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet, ise sıklık, süre ve yoğunluğunu açıklayınız: ….

Akıllı telefonda günde ortalama ne kadar zaman geçirirsiniz? …… saat

İnternette günde ortalama ne kadar zaman geçirirsiniz? …… saat

Boyunuz: …… cm Kilonuz: …… kg

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Günde genellikle ne kadar sigara içersiniz?
( ) 10 veya daha az ( ) 11-20 arası ( ) 21-30 arası ( ) 30'dan fazla

Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar ne kadar süre geçer?
( ) 60 dk'dan fazla ( ) 31-60 dk arası ( ) 6-30 dk arası ( ) İlk 5 dk içinde

Sigara içilmesi yasak olan sinema, toplu taşıma araçları gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanır mısınız?
( ) Hayır ( ) Evet

Gün içinde en fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?
( ) Diğer herhangi biri ( ) Günün ilk sigarası

Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içer misiniz?
( ) Hayır ( ) Evet

Günün çoğunu yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
( ) Hayır ( ) Evet

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yatağa gittiniz? … (ortalama yatış saati)

Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı? … dakika

Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? … (ortalama kalkış saati)

Geçen ay geceleri ortalama kaç saat uyudunuz? (Yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) … saat

Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

30 dk içinde uykuya dalamama

Gece veya sabah erkenden uyanma

Tuvalete gitmek için kalkma

Rahatça nefes alıp verememe

Öksürme veya gürültülü horlama

Aşırı derecede üşüme

Aşırı derecede sıcaklama

Kötü rüyalar görme

Ağrı hissetme

( ) Hiç ( ) Haftada 1'den az ( ) Haftada 1-2 kez ( ) Haftada 3'ten çok

Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı (reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?

( ) Hiç ( ) 1'den az ( ) 1-2 kez ( ) 3 veya daha fazla

Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmakta zorlandınız?

( ) Hiç ( ) 1'den az ( ) 1-2 kez ( ) 3 veya daha fazla

Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece sorun oluşturdu?

( ) Hiç ( ) Az ( ) Orta ( ) Çok

Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Çok iyi ( ) Oldukça iyi ( ) Oldukça kötü ( ) Çok kötü

Ek 2 Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.01.04-E.1900168723 19/11/2019
Konu : Başvuru İncelemesi(Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN)

Sayın Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nikotin Bağımlılığı ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2019-E.1900152848 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 13.11.2019 tarih ve 18-19 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 13.11.2019
Karar No :2019-18

Karar-19)2011-KAEK-27/2019-E.1900152848 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Proje araştırmacılarından Arş.Gör. Özgün ARSLAN'nın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** Kararı verilmiştir.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Coşkun SILAN
Kurul Başkanı

Ek 3 Uzmanlık Tezi Tutanağı

UZMANLIK TEZİ TUTANAĞI

Aile Hekimliği Anabilim Dalımız uzmanlık öğrencisi Dr. Özgür ARSLAN 'nun "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Dikkat, Bağımlılık ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli tezi aşağıda isimleri yer alan jürimiz tarafından incelenerek ~~başarısız~~/başarılı bulunmuş ve kendisinin sınava alınmasına karar verilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Erkan Melih ŞAHİN

Jüri Üyesi

Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar BOZKAN

GOMU Aile Hekimliği AD.

A.D.

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Alis DAĞHAN

Bursa Uludağ Üniversitesi T.F. Aile Hekimliği AD

A.D.

Ek 4 Taahhütname

TAAHHÜTNAME

Uzmanlık tezi olarak sunduğum "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nüvotin Bağımlılığı ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmanın tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih
21.09.2020

Özgür ARSLAN