



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN
VE SİGARA BIRAKMA İSTEĞİNİN
UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. Yasin Oba

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAYDARPAŞA NUMUNE

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN
VE SİGARA BIRAKMA İSTEĞİNİN
UYKU KALİTESİNE ETKİSİ**

Dr. Yasin Oba

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Akın Dayan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Klinik yaklaşımla engin bilgiler edindiğim ve tez çalışmama katkı sağlayan başta danışman hocam Doç. Dr. Akın Dayan’a, uzmanlık eğitimim süresince desteklerini hiç esirgemeyen Doç. Dr. Memet Taşkın Egici’ye, güleryüzü ve hoşgörüsü ile hekimliği sevdiren Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural’a şefkatini ve sevgisini her zaman hissettiğim Başasistan Uzm. Dr. Işık Gönenç ’e ve bize rol model olan sevgili Uzm. Dr. Özge Doğan’a,

Asistanlıkta tanıştığım, birlikte gülüp eğlendiğim ve tüm zorlu süreçleri beraber atlattığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca elimi bir an olsun bırakmayan, doktor olmamda sonsuz emeği olan kıymetli anne ve babama,

Sevgi ve ilgisiyle beni her zaman değerli hissettiren ablama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yasin Oba
İstanbul-2023

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Akın DAYAN kontrolünde tarafımdan retilildiğini ve eğitimlerini aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Yasin OBA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tütün Tanımı Ve Tarihçesi.....	2
2.2. Tütün Türleri.....	3
2.3. Sigara Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Sigaranın İçeriği ve Zararları.....	6
2.5. Nikotin Bağımlılığı Mekanizması.....	6
2.6. Sigara Bırakma Yöntemleri.....	8
2.7. Sigara anksiyete depresyon ilişkisi.....	10
2.8. Uyku.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	13
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	13
3.4. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	14
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	14
3.5.1. Katılımcı Bilgi Toplama Formu.....	14
3.5.2. Fagestrom Nikotin Bağımlılığı Testi.....	14
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	15
3.5.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	15
3.6. Verilerin Analizi.....	16
3.7. Etik Onay.....	17
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	17

4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇLAR	59
7. KAYNAKLAR	60

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SS	: Standart sapma
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
VLPO	: Ventrolateral pre-optik alan
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
SBP	: Sigara bırakma Polikliniği
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
REM	: aktif rüya görme ile ilişkili hızlı göz hareketi
NREM	: Hızlı olmayan göz hareketi
SWS	: Yavaş Dalga Uykusu
SE	: Uyku verimliliği
SOL	: Uykuya başlama gecikmesi
NSF	: Ulusal uyku vakfı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik bilgiler.....	18
Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler	21
Tablo 3: Vücut Kitle İndeksi (VKİ) Sınıflamasına göre dağılım.....	21
Tablo 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler	22
Tablo 5: PUKİ Ölçek skoru sınıflamasının dağılımı.....	23
Tablo 6: Gruplar arasında Ölçek puanlarının karşılaştırılması	24
Tablo 7: Gruplar arası Ölçek puanlarının İkili Karşılaştırmaları	25
Tablo 8: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin PUKİ skorlarının karşılaştırılması	27
Tablo 9: PUKİ skoru İkili Karşılaştırmaları.....	29
Tablo 10: HAD-Anksiyete Sınıflamasına göre dağılım.....	30
Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin HAD-Anksiyete puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 12: HAD-Anksiyete puanlarının İkili Karşılaştırmaları	33
Tablo 13: HAD-Depresyon Sınıflamasına göre dağılım	34
Tablo 14: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin HAD-Depresyon puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 15: HAD-Depresyon puanlarının İkili Karşılaştırmaları	38
Tablo 16: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi Sınıflamasına göre dağılım.....	40
Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 18: Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının İkili Karşılaştırmaları	43
Tablo 19: Ölçek puanları ile diğer parametreler arasındaki ilişki	44
Tablo 20: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları.....	48
Tablo 21: Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinde Kötü uyku durumu ile ilişkili Potansiyel Risk Faktörleri.....	49

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: VKİ Sınıflaması Dağılımı	22
Şekil 2: PUKİ Sınıflaması Dağılımı	23
Şekil 3: HAD-Anksiyete Sınıflaması Dağılımı	30
Şekil 4: HAD-Depresyon Sınıflaması Dağılımı	34
Şekil 5: Fageström Nikotin Bağımlılık Sınıflaması Dağılımı	40
Şekil 6: Ölçek puanları ile diğer parametreler arasındaki korelasyonlar grafikleri...	45

ÖZET

AMAÇ: Uyku şikayetleri olan bireyler genellikle obezite, aşırı alkol kullanımı, fiziksel egzersiz yapmama ve sigara içme gibi sağlıksız yaşam tarzları sergilerler. Nikotin ve nikotin yoksunluğunun uyku üzerindeki etkileri, sigara içmeyenlerin sabahları daha uyanık olma eğilimi, sigara içimi ile horlama arasında bir ilişki ve bireyler için bir eğilim de dahil olmak üzere, çeşitli kanıtlar sigara içimi ile uyku bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Uyku bozukluklarının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik şartlar, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar, alkol ve sigara bağımlılığı, stres ve ilaç kullanımıyla doğrudan bağlantısı olduğu ifade edilmiştir. Sigara içerdiği nikotin nedeniyle, santral sinir sistemini stimüle ederek uykuyu kötü yönde etkileyebilecek faktörlerden birisidir. Çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma isteği ile uyku kalitesi ve anksiyete depresyon seviyeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız Prospektif, Vaka Kontrol tipte bir araştırmadır. Araştırmada yüz yüze anket çalışması kullanılmıştır. Ağustos-Eylül 2022 tarihleri arasında, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Sigara Bırakma polikliniğinde yapılmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan, sigara bırakma polikliniğine başvuran 76 hasta, başvurmayıp sigara içen 76 hasta ve hiç sigara içmemiş 76 hasta olmak üzere toplam 228 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara sosyodemografik verileri, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ), Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD) ve Fagestrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38.38 ± 10.55 yıl olarak elde edilmiştir. Bireylerin %57.9'u (n=132) kadın, %42.1'i (n=96) erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin PUKİ ölçek puanı sınıflamasına göre %70.2'si (n=160) sağlıklı uyku, %29.8'i (n=68) kötü uyku sınıfındadır. Çalışmamızda Sigara Bırakma isteği olup Sigara bırakma polikliniğine (SBP) başvuran hastaların PUKİ skoru 5.29,

SBP ne başvurmuyup sigara içenlerin PUKİ skoru 4,58 Sigara içmeyenlerin PUKİ skoru 4,54 tür. SBP başvuranlar ve diğer gruplar arasında anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar çıkmıştır ($p<0.001$). SBP ne başvuranlar ve diğer gruplar arasında depresyon düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar çıkmıştır. ($p=0.015$) SBP ne gelip sigara içenler ile sigara içenler arasında nikotin bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. ($p<0.001$)

SONUÇLAR: Çalışmamıza dahil edilen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte SBP ne gelen bireylerde en kötü uyku kalitesi ve en yüksek nikotin bağımlılık düzeyi saptanmıştır. Uyku düzeyini etkileyen faktörler arasında anksiyete depresyon fiziksel aktivite ve gece yemek yeme önemli yer tutmaktadır. Alkol kullanımı, gece yemek yeme alışkanlığı ve uyumadan önceki ekran maruziyetleri anlamlı olarak uyku kalitesini düşüren faktörler arasındadır.

Birinci basamağa başvuran hastalarda uyku düzeninin de değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca sigara bırakma tedavisi ile birlikte hastanın anksiyete ve depresyon düzeyinin de sorgulanması büyük önem taşır. Aynı zamanda egzersiz ve yeme alışkanlıkları gibi yaşam tarzlarının sorgulanıp düzenlenmesi önerilebilir.

ANAHTAR KELİMELE: Uyku, Uyku Kalitesi, Fagerstrom, Pittsburgh

ABSTRACT

OBJECTIVE: Individuals with sleep complaints often exhibit unhealthy lifestyles such as obesity, excessive alcohol use, lack of physical exercise, and smoking. Various evidence suggests an association between smoking and sleep disturbance, including the effects of nicotine and nicotine withdrawal on sleep, a tendency for nonsmokers to be more awake in the morning, an association between smoking and snoring, and a trend for individuals. It has been stated that sleep disorders are directly related to age, gender, socioeconomic status, medical and psychiatric disorders, alcohol and cigarette addiction, life stress, and drug use. Due to the nicotine it contains, cigarettes are one of the factors that can affect sleep negatively by stimulating the central nervous system. In the study, it was aimed to examine the relationship between the level of nicotine addiction and the desire to quit smoking, and sleep quality and anxiety and depression levels.

MATERIAL AND METHOD: Our study is a Prospective, Case-Control type study. Face-to-face survey study was used in the research. It was carried out between August and September 2022 in Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital Family Medicine Diabetes Polyclinic and Smoking Cessation Polyclinic. A total of 228 patients, including 76 patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic, 76 patients who did not apply, and 76 patients who had never smoked, who met the inclusion criteria were included in the study. Sociodemographic data, Pittsburgh Sleep Quality Scale (PUKI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), and Fagestrom Nicotine Addiction Scale were applied to the patients. IBM SPSS Statistics 21.0 and MS-Excel 2007 programs were used for statistical analysis and calculations. Statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

RESULTS: The mean age of the individuals participating in the study was 38.38 ± 10.55 years. 57.9% (n=132) of the individuals were female and 42.1% (n=96) were male. . According to the PUKI scale score classification of the individuals participating in the study, 70.2% (n=160) were in the healthy sleep class and 29.8% (n=68) were in the bad sleep class. In our study, the PUKI score of the patients who

applied to the smoking cessation outpatient clinic (SBP) with the desire to quit smoking was 5.29, while the PUKI score of the smokers who did not apply to the SBP was 4.58. There were statistically significant results in terms of anxiety levels between SBP applicants and other groups ($p<0.001$). There were statistically significant results in terms of depression levels between SBP applicants and other groups. ($p=0.015$) A statistically significant difference was found between those who came to SBP and smoked and those who smoked in terms of nicotine addiction level. ($p<0.001$)

CONCLUSION: Although not statistically significant among the groups included in the study, the worst sleep quality and the highest level of nicotine dependence were found in individuals with SBP. Anxiety, depression, physical activity and eating at night have an important place among the factors affecting sleep level. Alcohol use, night eating habits and screen exposure before sleeping are among the factors that significantly reduce sleep quality.

It is also important to evaluate sleep patterns in patients admitted to primary care. In addition, it is very important to question the anxiety and depression level of the patient along with the smoking cessation treatment. At the same time, it may be recommended to question and regulate lifestyles such as exercise and eating habits.

KEYWORDS: Sleep ,Sleep Quality ,Fagestrom ,Pittsburgh

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku şikayetleri olan bireyler genellikle obezite, aşırı alkol kullanımı, fiziksel egzersiz yapmama ve sigara içme gibi sağlıksız yaşam tarzları sergilerler. Nikotin ve nikotin yoksunluğunun uyku üzerindeki etkileri, sigara içmeyenlerin sabahları daha uyanık olma eğilimi, sigara içimi ile horlama arasında bir ilişki ve bireyler için bir eğilim de dahil olmak üzere, çeşitli kanıtlar sigara içimi ile uyku bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (1).

Uyku bozukluklarının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıklar, alkol ve sigara bağımlılığı, yaşam stresi, ilaç kullanımıyla doğrudan ilişkili olduğu ifade edilmiştir (2).

Sigara alışkanlığı ile uyku bozuklukları ve kalitesine yönelik yapılan değerlendirmelerde sigara içenlerin uykuya dalmakta zorluk yaşama, uyuya kalma, erkenden uyanma ve tüm gün uykulu olma gibi uyku problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (3).

Ayrıca sigara içerdiği nikotin nedeniyle, santral sinir sistemini uyararak uykuyu kötü yönde etkileyebilecek faktörlerden birisidir (4).

Sigara kullanımı kişinin dikkat ve performansını artırırken, anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmaktadır (5). Literatürde sigara bağımlılığının büyük oranda psikolojik olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Psikiyatrik sorunları olan bireyler daha erken yaşlarda sigara içmeye başlama, daha yoğun sigara içme ve sigaraya genel popülasyondan daha fazla bağımlı olma eğilimindedir.(6)

Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma isteğinin uyku kalitesine etkisi ve anksiyete depresyon düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN TANIMI VE TARİHÇESİ

Tütün, Avustralya, Güneybatı Afrika, Amerika ve Güney Pasifik bölgesinden gelen Solanaceae familyasının Nicotiana cinsindeki bir dizi bitkiyi ifade eder (7).

Nicotiana türleri dünyanın farklı yerlerinde doğal olarak yetişebilmekte ve insanlar tarafından tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Bu nedenle, yüksek ekonomik değere sahiptir ve ekimi 120'den fazla ülkeye dağılmıştır (8).75'in üzerinde tütün türü tanınmasına rağmen, şu anda yalnızca Nicotiana rustikal L. ve Nicotiana tabacum L. türleri insan tüketimini karşılamak için ticari olarak yetiştirilmektedir(9).

Aztek veya Hint tütününü olarak da bilinen Nicotiana rustikal 'ın Amerika menşeli orijinal tütün türü olduğu düşünülmekte ancak Nicotiana tabacum yaygın olarak kullanılmaktadır.Aztek tütününü hala Güney Amerika, Türkiye, Rusya ve Vietnam'da yetiştirilmektedir (10).

Arkeolojik çalışmalar, Orta Amerika'daki Maya halkının dini ve kutsal törenlerde tütün yapraklarını içmek için kullandığını ve MÖ 1. yüzyılda tütün kullanıldığını gösteriyor. Daha sonra MS 470 ile 630 yılları arasında Amerika'nın güneyinden göç eden Maya topluluğu ile Mississippi Vadisi'ne kadar yayılmaya başlamış ve yavaş yavaş, komşu yerli kabileler tarafından benimsenmiştir. Kızılderili din adamları, dini ayinler için tütün kullanımını geliştirmişlerdir. Aynı zamanda, tıpla uğraşan insanlar da astım, kulak ağrısı, bağırsak sorunları, ateş, göz ağrısı, depresyon, böcek ısırıkları, yanıklar vb. gibi bazı hastalıkları tedavi etmek için farklı şekillerde tütün kullanmaya başladılar (11).

Columbus ve halefleri gittiği diğer ülkelerle tütünü tanıştırdığında, bu ülkeler tütününü pipo, puro ve enfiye olarak kullanmaya başladılar. Daha sonra özellikle Portekizli ve İspanyol denizciler, dünyada kullanılmak üzere farklı tütün türlerinin yayılmasına aracı oldular (12).

Türkiye’de ise ilk tütün kullanımı 1600 ‘lü yılların başında Venedikli ticari gemilerle getirilmesi ile olmuştur. Yine aynı dönemde Hollanda ile yapılan ticaret anlaşması ile de ülkeye çeşitli hastalıkların tedavilerinde kullanılması amacıyla tütün girişi olduğu o dönem resmi kayıtlarında belirtilmektedir (13).

2.2. TÜTÜN TÜRLERİ

Tütün rnleri genelde iki Şekilde kullanılmaktadır. Birinci yol dumanın ağız yolu ile ie çekilerek kullanımıdır. Bunun yaygın olarak kullanım Őekilleri ise sigara, puro, pipo ve nargiledir. Diğ er yaygın kullanım yolları ise çiğneme tütün ve oral enfiye Őeklindedir (14).

2.2.1. Sigara

En yaygın kullanılan tütün ürünüdür. Birinci Dünya Savaşı sırasında askerlerin tütünü kâğıda sararak içmesi ile yaygınlaşmıştır. Filtreli ve filtresiz eşitleri vardır. İçerdikleri Tütün türleri ve üretim tiplerine göre 5 farklı tipi mevcuttur (15). Sigara dumanı ölçümlerinde, içerisinde düşük katran saptanan sigaralar “light” ve “ultra light” olarak tanımlanmaktadır. Filtresiz sigaralar 25-30 mg, filtreli sigaralar 15 mg, light sigaralar 7-15 mg, ultra-light sigaralar ise 1-6 mg katran içerir. Katran küçük hava yollarında ve alveollerde depolanır. Light ve ultra-light sigaraların içerisindeki katran miktarı daha az olsa da nikotin miktarları diğ erleriyle aynıdır. Tüm sigara içenler bağımlılık yapan ve kansere yol açan kimyasallara aynı oranda maruz kalmaktadırlar (16).

Mentoll sigaraların ise sanılanın aksine kullanan kişinin bağımlılık düzeyini artırdığı, bırakma oranlarını düşürdüğü ve akciğ er alveollerinin CO maruziyetini artırmakta dahil kişinin tüm zararlı etkenlere daha fazla maruz kalmasına sebep olduğ  gösterilmiştir (17).

2.2.2. Puro

Geleneksel birinci sınıf purolar ve küçük purolar dahil olmak üzere tüm purolar, bir tütün yaprağına veya başka bir özel üretilmiş tütün sargısına sıkıca sarılmış tütün demetleridir. Purolar kurutulur, yaşlandırılır ve kimyasal ve bakteriyel reaksiyonlarla fermente edilir. Sigaradan farklı bir tat ve koku verir. 20. yüzyıldan beri neredeyse tüm purolar dolgu maddesi, dolgu maddesini bir arada tutan bağlayıcı yaprak ve genellikle kullanılan en kaliteli yaprak olan sarma yaprağı olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (18).

2.2.3. Pipo

Pipo özellikle tütün içmek için yapılmış özel bir cihazdır. Tütün için bir ağızlık ile biten ince, içi boş bir sap ve sapın çıktığı bir hazne (kâse) içerir. Çanak, kil, mısır koçanı, lületaşı (magnezyum, silis ve sudan oluşan bir mineral) ve en önemlisi bir funda türünün kökü olan çalı ağacı gibi malzemelerden yapılabilir. Pipo, tütün içmenin bilinen en eski geleneksel şeklidir (19).

2.2.4. Nargile

Hookah olarak da bilinen nargileden tütün içmek, Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Asya'da geleneksel olarak erkekler tarafından kullanılan eski bir içim şeklidir. Kadınlar arasında da dahil olmak üzere dünya çapında popülaritesi artmaktadır.

Nargile, tütün içmek için yapılmış özel bir cihazdır. Tütün için bir ağızlık ile biten ince, içi boş bir sap ve sapın çıktığı bir hazne içerir. (20).

Nargilenin orijinal ilk hali sadece tütün içermektedir, ancak sonrasında aromatik tat ve kokular eklenmesiyle ilgili bir takım değişiklikler yapıldı (21). Nargile dumanı, kömürün yanması ve nargile tütünü, nemlendirici, tatlandırıcı substratın buharlaşması ve nemlendirilmesinden oluşan partiküller ve gazların bir karışımıdır. Nargile kullanımı, özellikle 18 ila 22 yaş arasındaki gençler arasında popülaritesi giderek artmaktadır (22).

2.2.5. Oral Enfiye ve Çiğneme Tütün

Geleneksel nefesle çekilmeyen tütün ürünleri oral enfiye ve çiğneme tütünüdür. Oral enfiye, gevşek veya çay poşeti benzeri poşetler içinde paketlenmiş ince öğütülmüş tütündür. Tipik olarak, enfiye kullanıcıları, yaklaşık 30 dakika boyunca ağız mukozası ile diş eti arasındaki bölgeye az miktarda oral enfiye yerleştirirler.

Çiğneme tütün kullanıcıları, gevşek yapraklı bir tütün çayı veya sıkıştırılmış tütün tıkaçını ağız mukozasına yerleştirir ve çiğner, ancak daha fazla bağımlı olan kullanıcılar bazen bilerek yutarlar. Hem oral enfiye hem de çiğneme tütünü, N-nitrozaminler, aromatik hidrokarbonlar, formaldehit ve polonyum-210 dahil olmak üzere kansere neden olan kimyasallar içermektedir (23).

2.2.6. Elektronik Sigaralar

Elektronik sigaralar (e-sigaralar), tütünü yakmadan nikotin sağlayan elektronik nikotin kullanım cihazlarıdır. Teneffüs edildiğinde (genellikle "vaping" olarak adlandırılır) veya bir düğmeye basıldığında, e-sigaralar sıvı bir karışımı (genelde e-likit olarak adlandırılır) ısıtır ve bir aerosole (çoğunlukla buhar olarak adlandırılır) dönüştürür (24).

E-sigaralar nikotin ve diğer katkı maddelerini içermelerine rağmen doğrudan tütün yaprağından elde edilmez. Evrensel olarak bir tütün ürünü olarak kabul edilmez (25).

2.3. SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve yılda 8 milyondan fazla insanı öldürür, buna yaklaşık 1,2 milyon pasif içiciliğe maruz kalmaktan ölümler dahildir. Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80 'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2020'de dünya nüfusunun %22,3'ü, tüm erkeklerin %36,7'si ve dünyadaki kadınların %7,8'i tütün kullanmaktaydı. Tütün salgınına ele almak için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Üye Devletleri, 2003 yılında DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini kabul etmiştir. Şu anda 182 ülke bu anlaşmayı onaylamıştır (26).

DSÖ Çerçeve Sözleşmesini imzalayan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ükelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ 2007 yılında MPOWER paketini hazırlamıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

- 1) Vergileri ve fiyatı artırmak,
- 2) Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak
- 3) Toplumlara pasif sigara dumanı etkileniminden korumak,
- 4) Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak,
- 5) Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek,
- 6) Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (27).

2.4. SİGARANIN İÇERİĞİ VE ZARARLARI

Sigara, bir kâğıt sargıya sarılmış ince kıyılmış tütün yapraklarından oluşur. Sigara içenler inhalasyon sırasında nikotini ve N-nitrozaminler, aromatik hidrokarbonlar ve polonyum-210 gibi kanserojen maddeleri solunum yoluyla içine çeker (28). Kan dolaşımına emilen nikotin, bağımlılık potansiyelini artırarak tütün ve nikotin bağımlılığına yol açar. Ayrıca sigara içenler, kan dolaşımına karışan ve vücutta dağılan katran, karbon monoksit ve tütün dumanındaki 7000'den fazla kimyasal toksine maruz kalmaktadır ve bu toksinlerin 250'den fazlasının kanserojen olduğu bilinmektedir (29).

Sigara içmenin neredeyse her insan organ sistemi için çok sayıda kısa ve uzun dönemde olumsuz sağlık sonuçları vardır. Sigaralar ayrıca, sigara içerken çıkan çevresel tütün dumanına veya yakın yüzeylerde biriken kalıntılara maruz kalan kişileri de etkiler; bu, kanser, periodontal hastalık, solunum ve kardiyovasküler hastalıklar ve çocuklar ve bebekler arasında olumsuz sağlık etkileri ile bağlantılıdır.

Son çalışmalar sigaranın, ağız boşluğu, özofagus, akciğer, mide, pankreas, böbrekler ve mesane kanserine neden olduğunu göstermektedir. Sigarada bulunan kanserojenler DNA hasarına, DNA onarım mekanizmasının bozulmasına ve ayrıca iltihaplanma ve enfeksiyonlara yol açan zayıflamış bir bağışıklık sistemine yol açabilir (30). Sigara ayrıca habis olmayan solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tüberküloz), kardiyovasküler hastalık (koroner kalp hastalığı, inme, damar sertliği, aort anevrizması, periferik damar hastalığı), üreme sorunları (erken doğum, düşük doğum ağırlığı), yenidoğan ölümü, ani bebek ölümü sendromu, erken menopoz, osteoporoz ve diğer birçok kronik sağlık durumu problemlerine yol açar (31).

2.5. Nikotin Bağımlılığı Mekanizması

Nikotinin etki mekanizması temelde beyinde bulunan nikotinik asetilkolin reseptörleri aracılığıyla gerçekleşmektedir. Presinaptik asetilkolin reseptörlerini uyarır, böylece asetilkolin salınımını ve metabolizmasını artırır. Dopaminerjik sistem de bununla uyarılır, böylece nükleer akumbens dopamin konsantrasyonu artar. Çeşitli araştırmacılara göre nikotinin bu özelliği, davranış değişikliğini ve nikotin bağımlılığını güçlendirmekten sorumludur.

GABAerjik, serotonerjik, noradrenerjik ve beyin sapı kolinerjik gibi nörolojik sistemler de nikotin etkilerine aracılık etmek için dahil olabilir. Ayrıca, nikotin bağımlılığına giden nörobiyolojik yol, nikotin nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanması, dopaminerjik sistemin uyarılması ve nikotin bağımlılığından sorumlu olabilecek genel farmakolojik değişikliklerin aktivasyonu ile incelenmelidir (32). Uzun süreli nikotin maruziyeti, nikotinik asetilkolin reseptörleri durumunun art arda yukarı regülasyonu ile reseptör inaktivasyonu üretir. Kolinerjik reseptörler, özellikle orta beyin tegmentum, striatum, nükleus akumbens ve ventral tegmentumda yer alan çeşitli beyin segmentlerinde bulunur. Ayrıca kaslarda, adrenal bezlerde, kardiyovasküler sistemde ve vücudun diğer kısımlarında mevcuttur (33).

Bu reseptörlerin aktivasyonu genellikle asetilkolin tarafından esas olarak Merkezi sinir sistemi ve nöronlarda yapılır. Bu nörotransmitter ve ilişkili reseptörler, solunum, kalp atış hızının korunması, anımsama, dikkat ve kas kasılması gibi çok sayıda eylemle ilgilidir. Ek olarak, nikotinik asetilkolin reseptörleri otonomik ganglion, adrenal medulla ve nöronal kas bağlantısı reseptörlerinde de varlığını gösterir (34). MSS 'deki bağlanma için kesin konumlar arasında hipotalamus, hipokampus, talamus orta beyin, beyin sapı ve serebral korteks bulunur. Ayrıca nigrostriatal ve mezolimbik dopaminerjik nöronların reseptörlerinde varlığını gösterir. Nikotin, esas olarak orta beyin dopamin ödül yolunun güçlü aktivatörüdür. Aynı zamanda, lokus ceruleus üzerindeki etkisini, nikotin bağımlılarını ekstra dikkatli hale getiren kaygı aktivitesi ile farkındalığı, provokasyonu ve dikkati harekete geçirir (35).

Nikotin sağladığı dopamin deşarjı, eroin kokain vb. gibi diğer bağımlılık yapıcı maddelere oldukça benzerdir (36).

DSM-5 de nikotin kullanım bozukluğu tanımlanmıştır. Klinik olarak anlamlı bir bozulmaya veya 12 aylık bir süre dahilinde oluşan, aşağıdakilerden en az ikisini ile kapsayan sıkıntılı dönem:

1. Kontrol kaybı (kullanımı durduramama)
2. Kullanmayı bırakmak için ısrarlı istek/başarısız çabalar
3. Özlem (maddeyi kullanmak için güçlü bir arzu)
4. Kullanım nedeniyle önemli sorumluluklarını yerine getirememesi

5. Nikotini elde etmek, kullanmak ve kullanımından kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

6. Sosyal ya da kişilerarası problemlere neden olmasına rağmen kullanmaya devam etmek veya kullanımla daha da kötüleşmek

7. Kullanım nedeniyle önemli faaliyetleri azaltmak veya bırakmak

8. Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda madde kullanımı

9. Fiziksel veya psikolojik sebeplerle veya kullanımla daha da kötüleşme

10. Tolerans gelişmesi

11. Ruhsal geri çekilme (37).

2.6. SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ

2.6.1. Davranışsal tedaviler

Davranışsal müdahaleler yoğunluğa (çok kısa, kısa, yoğun), temas sıklığına, temas şekline, sağlayıcının türüne ve içeriğe göre sınıflandırılabilir. Davranış değişikliği tekniklerine örnek olarak hedef belirleme (ör. bir bırakma tarihi belirleme), sigara içme ipuçlarına maruz kalmamak için rutinleri değiştirme konusunda tavsiye ve yoksunluk semptomları hakkında bilgi sağlama yer alır (38).

Kısa tavsiye müdahaleleri, sağlık uzmanlarının sigarayı bırakma ile sözlü talimatlar vermesinden oluşur (39). Bu müdahalelerin yoğunluğu, sıklığı ve süresi değişebilir ancak genellikle yalnızca birkaç dakika sürer. Bireysel veya grup terapileri, hekim, hemşire, klinik psikolog gibi danışmanlar tarafından yürütülür. Bu tür müdahalelerin amacı, sigara içen kişilerin bırakma deneyimlerini paylaşmaları için bir fırsat sağlamaktır (40). Daha yoğun yüz yüze müdahaleler daha fazla çaba ve kaynak gerektirir ve sigara içen nüfusun yalnızca küçük bir bölümüne ulaşabilir (41). Telefon danışmanlığı, daha fazla sayıda insana hizmet sağlamanın bir yolu olarak bu terapileri tamamlayabilir veya yerini alabilir (42).

Kendi kendine yardım müdahaleleri, sağlık profesyonellerinin doğrudan desteği olmaksızın bireyler tarafından kullanılan kılavuzlar veya programlar gibi bilgi yardımlarıdır. Amaç, gerekli katılım olmaksızın kısa tavsiye ve danışmanlığın bazı faydalarını sağlamaktır. Basılı, ses ve video kayıtları gibi geleneksel kendi kendine yardım malzemelerine daha geniş çapta erişilebilir ve daha yeni teknolojiler (ör. web

tabanlı, mobil uygulamalar ve oyunlar, akış içeriği) aracılığıyla erişilebilirlikleri artmaktadır (43).

2.6.2 İlaç Tedavileri

Nikotin replasman tedavisi (NRT) ve cytisine reçetesiz satılırken, vareniklin ve bupropion reçete ile temin edilebilir. NRT, sigarayı bırakmak için reçetesiz satılan en yaygın kullanılan farmakoterapidir. NRT ürünleri nikotin uygulanması yolu ile yoksunluk semptomlarını ve sigara isteklerini azaltır (44). Çeşitli formlarda (örn. yamalar, sakız, pastiller, tabletler, ağız spreyi ve inhalerler) ve nikotin dozajlarında mevcuttur (45). Cytisine, laburnum bitkisinde bulunan doğal bir kısmi nikotin agonistidir ve farmakolojik olarak varenikline benzerdir (46).

Vareniklin ve bupropion nikotin içermez. Vareniklin ,dopamin salınımını tetikleyerek nikotin yoksunluk semptomlarını azaltan ve istekleri gideren bir nikotin reseptörü kısmi agonistidir .Vareniklin ayrıca nikotinin uyarıcı etkilerini de önler (47).

Sigarayı bırakmak için onaylanan tek antidepresan ilaç olan bupropion , nikotinik asetilkolin reseptörlerinin nonkompetitif bir antagonistidir ve ayrıca dopamin, serotonin ve noradrenalin alımını da inhibe eder (48). Etki mekanizması net olmamakla birlikte bupropion ,dopamin ve noradrenalin geri alımının inhibisyonu yoluyla nikotin yoksunluk semptomlarını azaltarak sigarayı bırakmayı desteklemektedir (49).

2.6.3. Egzersiz yapmak

Egzersize dayalı yöntemler gibi bazı tedaviler tek başına veya diğer müdahalelere ek olarak kullanılabilir. Egzersiz, yoksunluk semptomlarını hafifletir ve sigara içme isteğini giderir. Etki mekanizması net olmamakla birlikte, çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür. Biyolojik hipotez, egzersiz ve nikotinin, beta-endorfinler, kortizol, noradrenalin ve adrenalin üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin, nikotin gibi, egzersiz de adrenalin ve noradrenalin salınımını uyarır ve böylece sigara içme isteğini azaltır (50).

2.6.4. Alternatif Tedaviler

Sigarayı bırakmak için alternatif tedaviler arasında hipnoz, akupunktur (akupresür ve elektrostimülasyon dahil) ve lazer tedavisi yer alır. Akupunktur ve lazer tedavisinin, opioid peptitler, dopamin, enkefalin ve serotonin salınımını tetikleyen periferik sinirleri uyarak yoksunluk semptomlarını azalttığı düşünülmektedir (51).

Hipnoterapinin sigarayı bırakma üzerindeki ana etki mekanizması, dürtü kontrolünü güçlendirmekle ilgilidir (52).

2.7. SİGARA ANKSİYETE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Literatür analizleri, sigara içmenin anksiyete ve depresyon ile yüksek oranda komorbid olduğunu ve bu ilişkinin sigara içen kişinin yaşı, bozukluğun türü ve nikotin bağımlılığı düzeyi gibi faktörler tarafından yönetildiğini doğrulamaktadır (53). Çalışmalar, sigara içimi ile artan anksiyete semptomları veya bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir; erken yaşam maruziyeti, daha sonraki hayatta artmış anksiyete yaşamaya yatkınlık yaratmaktadır. Açıklayıcı modeller, anksiyete patogeneğinde nörotransmitter sistemleri, inflamasyon, oksidatif stres, mitokondriyal disfonksiyon, nörotrofinler, nöronal gelişim ve epigenetik etkiler için potansiyel bir rolü destekler (54).

Sigara içmenin anksiyolitik ve antidepresan etkileri genellikle sigara içenler tarafından tanımlanmaktadır. Depresyon, insanların semptomlarını tedavi etmek için kendi kendine sigara içmesine neden olmaktadır fakat ilerleyen dönemde sigara içmek, kronik maruz kalmanın ardından nörotransmitter yollarındaki değişiklikler yoluyla depresyon riskinin artmasına neden olur. Akut veya seyrek tütün kullanımı olumsuz etkiyi azaltabilir, ancak kronik kullanım anksiyete ve depresyonu şiddetlendirmektedir (55).

2.8. UYKU

2.8.1. Uyku Fizyolojisi

İnsan fizyolojisinin önemli bir parçası olan uykunun, işlevsellik, zihinsel sağlık ve iyi yaşam kalitesi için kritik öneme sahip olduğu ayrıntılı şekilde kanıtlanmıştır. Bir kişinin ömrünün ortalama üçte birini kapsar. Uyku, insan vücudunun günlük yaşantıdan sonra yenilenmesini ve optimum işleyişini sağlar. Uyku problemleri,

bilişsel anormallikler, ruhsal sorunlar ve hormonal bozukluklar ile yakından ilişkilidir (56).

Uykunun başlatılması ve devamı, yükselen uyarılma sistemlerindeki aktivitenin baskılanmasını gerektirir. Bu, ventrolateral pre-optik alanın (VLPO), uyku boyunca aktif kalan, VLPO 'yu aktifleştiren ve uyku başlangıcını başlatan moleküler "tetikleyiciler" tam olarak tanımlanmamıştır, ancak önemli miktarda kanıt hücre dışı adenosini aday olarak göstermektedir. Adenozin, uyanıklık sırasında bazal ön beyinde birikir ve devam eden uyku ile azalır (57). Adenozin reseptörleri, VLPO 'da eksprese edilir ve adenozin, VLPO nöronlarını in vivo olarak aktive eder. Kafein ve teofilin, iyi bilinen uyarıcı etkilerinin temelini oluşturabilen güçlü adenozin reseptörü antagonistleridir. Bu kanıtlara rağmen, diğer moleküllerin de uykunun başlatılmasını ve sürdürülmesini kontrol eden önemli sinyal rolleri oynadığı neredeyse kesindir. Monoaminerjik uyarılma merkezleri VLPO 'ya yansır ve onun aktivitesini engellemeye hizmet edebilir (58). Bu, herhangi bir zamanda, uyarılma üreten veya uyku üreten nöronların aktivitesinin diğerine baskın geldiği ve onu baskıladığı davranışsal durumun "flip-flop" kontrolü kavramını yaratır. Ek olarak, VLPO suprakiazmatik çekirdekten önemli sirkadiyen modülasyon alır (59).

Uykunun kendisi homojen bir süreç değildir. Temel olarak iki farklı uyku türü vardır: aktif rüya görme ile ilişkili hızlı göz hareketi (REM) uykusu ve hızlı olmayan göz hareketi (NREM) uykusu. NREM ve REM uykusu arasındaki geçişler, beyin sapı içindeki monoaminerjik nöronlar ve belirli bir kolinerjik nöron alt grubu arasındaki karşılıklı inhibisyon tarafından kontrol ediliyor gibi görünmektedir. Bu "REM-on" kolinerjik nöronlar, noradrenerjik (Locus Cereleus) ve serotonerjik (raphe) nöronlarla karşılıklı inhibitör bağlantılar sergilerler. REM uykusu tetiklendiğinde, REM'deki kolinerjik nöronlar maksimum düzeyde aktif hale gelirken, noradrenerjik ve serotonerjik nöronlar neredeyse sessiz hale gelir. Bu nöronların aktivitesi ve inhibisyonu arasındaki geçiş, uyku periyodu sırasında NREM ve REM arasında karakteristik bir döngü ile sonuçlanır (60).

2.8.2 Uyku kalitesi

'Uyku kalitesi' terimi uyku tıbbında yaygın olarak kullanılmasına rağmen, 'uyku kalitesi' terimi net bir şekilde tanımlanmamıştır. Ulusal Uyku Vakfı (NSF), uyku

mimarisi veya şekerleme ile ilgili değişkenler dikkate alınmaksızın sağlıklı bireyler arasında kaliteli uykunun temel belirleyicilerini ,uyku gecikmesi, gece boyunca 5 dakikadan uzun süre uyanma süresinin sayısı, uyku başlangıcından sonra uyanma ve uyku etkinliği olarak bildirmiştir (56). NSF, iyi uyku kalitesinin temel göstergelerini tanımlamıştır: yatakta daha fazla uyumak (toplam sürenin en az %85'i), 30 dakika veya daha kısa sürede uykuya dalmak, gece bir defadan fazla uyanmamak ve başlangıçta uykuya daldıktan sonra 20 dakika veya daha az uyanık olmak (61). Uyku kalitesi, kişinin gece aldığı uyku miktarı ve uyku süresinden farklı şekillerde tanımlanabilir. Polisomnografi gibi nesnel uyku ölçümleri kullanılarak, uyku kalitesi kişinin geceleri aldığı yavaş dalga uykusu (SWS) ve hızlı göz hareketi REM uykusu miktarı ile saptanabilir. Bu 2 uyku aşaması, gece ilerledikçe daha uzun sürede oluşur. SWS derin uykudur ve onarıcı bir işleve sahiptir , oysa hem REM hem de SWS hafızayı güçlendirmeye yönelik işlev görür (62). Polisomnografi ve aktigrafi kullanılarak uyku kalitesi, uyku verimliliği (SE) veya yatakta uykuda geçirilen süre ve ayrıca kişinin gece uykuya dalmak için geçen süre olan uykuya başlama gecikmesi (SOL) tanımlanabilir. Düşük SE (genellikle <%85) ve uzun SOL (yaşa bağlı olarak >20-30 dakika) tipik olarak zayıf uykuyu karakterize eder. Son olarak, uyku kalitesinin subjektif ölçümleri anket yoluyla elde edilebilir. Tipik olarak, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi anketi kullanılır (63).

2.8.3. Sigara ve Uyku Kalitesi İlişkisi

Tütün kullanımı uykuyu etkileyen davranışlar arasında yer almaktadır. Nikotin, uyku bozukluğuna neden olan dopamin gibi nörotransmitterlerin salınmasını uyarır. Nikotinin uyarıcı olmasının yanı sıra bağımlılık yaptığı da bilinmektedir. Bu nedenle, sigara içenler, sigara içmeyenlere kıyasla daha uzun süre uyanık kalabilir, gece uyanmaları ve hatta uykusuzluk yaşayabilir. Ek olarak, sigara içmek vücudun solunum fonksiyonlarına müdahale eder , bu da sigara içenler arasında horlamanın başlamasını ve uyku apnesinin oluşmasını etkiler (64).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Prospektif, Vaka Kontrol tipte bir araştırmadır. Araştırmada yüz yüze anket çalışması kullanılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmamız İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 27.07.2022-27.09.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerinde yapılmıştır

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında 562 kişi evren kabul edildiğinde Güven düzeyi %95, sapma miktarı 0.05 alınarak hesaplandığında toplanması gereken minimum kişi sayısı 228 olarak hesaplanmıştır. Üç grupta eşit kişi sayısı alınacağı için her grupta 76 kişi alınması gerekmektedir.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar,
- 18-65 Yaş Arası hastalar,
- Mental geriliğin olmaması, iletişim kısıtlılığı olmaması,
- Aktif psikiyatrik hastalık olmaması,
- VKİ:35 üstü olmayanlar,
- Astım ve KOAH bulunmaması,
- Gebe olmayanlar,
- Bilinen uyku bozukluğu tanısı olmayanlar, uyku apnesi olmayanlar,
- Sigara haricinde madde kötüye kullanımı olmayanlar,
- Uyku düzenini bozacak vardiyalı çalışma veya uzak seyahat gerekliliği olmayanlar,
- Uyku düzenini bozacak akut veya kronik hastalığı olmayanlar

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar,
- İletişim kurulamayacak kadar mental bozukluğu olanlar,
- Uyku düzenini etkileyecek aktif psikiyatrik hastalığı olanlar,
- VKİ 35 üstü olanlar,
- Bilinen uyku bozukluğu tanısı olanlar, uyku apnesi olanlar,
- Sigara haricinde madde kötüye kullanımı olanlar,
- Uyku düzenini bozacak vardiyalı çalışma veya uzak seyahat gerekliliği olanlar,
- Uyku düzenini bozacak akut (enfeksiyonu olanlar) veya kronik hastalığı olanlar (ilk 6 ay akut MI geçirenler)

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara bırakma polikliniği ve aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yapılacaktır. Araştırmada yüz yüze görüşme tekniği ile pandemi koşulları da anket çalışması kullanılacaktır. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu onayı sonrası hekimlerin sosyodemografik verilerini, kronik hastalık ve ilaç kullanım durumunu içeren katılımcı bilgi toplama formu, uygulanıp sonuçları kaydedilecektir. Hastalar sigara bırakmak isteyenler, sigara bırakmak istemeyenler ve hiç sigara içmemişler olarak 3 gruba ayrılacak.

3.5.1. Katılımcı Bilgi Toplama Formu

Bu form hekimlerin sosyodemografik özellikleri, boy-kilo durumları, kronik hastalıkları, düzenli ilaç, sigara ve alkol kullanım durumları, fiziksel aktivite ve genel sağlık durumlarını değerlendirilmesine yönelik 26 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Fagestrom Nikotin Bağımlılığı Testi

Katılımcılara Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılan Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi uygulanacaktır. Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi Toplam 6 sorudan oluşan ve kişinin sigara içme sıklığı, miktarı ve günlük yaşamına etkisini sorgulayan bir ölçektir.

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi 0-2 çok hafif bağımlılık, 3-4 hafif bağımlılık ,5 orta derecede bağımlılık ,6-7 ileri derecede bağımlılık ,8-10 arası ise çok ileri derecede bağımlılık olarak gruplandırılır.

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılan PUKİ Ölçeği uygulanacaktır.

Pittsburg uyku kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi

Subjektif Uyku Kalitesi: 6. Soru Puanı (0-1-2-3)

Uyku Latansı: 2. Soru, < 15 dk: 0, (16-30) dk: 1, (31-60) dk:2, >60 dk:3; hastanın 2.sorudan aldığı puanla 5. Soru a-şıkından aldığı puan toplanır. Sonuç: 0:0, (1-2):1,(3-4):2, (5-6):3 olarak değerlendirilir.

Uyku Süresi:4. Soru:> 7 saat:0, (6-6.9) saat:1 , (5-5.9) saat:2, <5 saat :3,

Uyku Etkinliği: Uykuda geçen süre /yatakta kalma süresi x100:> %85:0, (%75-84):1, (%65-74): 2, <%65:3

Uyku bozukluğu: 5. Sorunun a-şıkından sonraki bütün şıklardan aldığı puanlar toplanır. 0:0, (1-9):1, (10-18):2, (19-27): 3 olarak puanlandırılır.

İlaç kullanımı: 7. Soru puanı: (0-1-2-3)

Gündüz işlev bozukluğu: 7. ve 8.soru puanı toplanır: 0:0, (1-2): 1, (3-4): 2, (5-6): 3olarak değerlendirilir.

Toplam skor: Ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. Yukarıdaki 7 bileşenin puanları toplanır, >5 değerleri uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir.

3.5.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bölümde; Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanacaktır. HAD 14 sorudan oluşan ve tek rakamlı soruların anksiyete düzeyini çift rakamlı soruların depresyon düzeyini ölçtüğü her sorunun 4 seçenekten oluştuğu bir ölçektir. Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri 0-7 puan arası normal ,8-10 puan arası sınırdadır ,11 ve üstü ise anormal olarak değerlendirilmektedir.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, yaşama ortamı, gelir durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, alkol-sigara kullanımı gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan Yaş, Kilo, Boy, VKİ, Bir Gecede Ortalama Uyku Süresi (saat), Günlük içilen sigara adeti, Kaç yıldır sigara içiliyor, Günlük ortalama ekran maruziyet süresi (saat), PUKİ skoru, HAD-Anksiyete puanı, HAD-Depresyon puanı, Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Medyan (ÇAG-Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma değerleri kullanıldı.

Öğrenim durumu, medeni durum, alkol kullanım durumu gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin PUKİ skoru, HAD-Anksiyete puanı, HAD-Depresyon puanı, Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

İki gruplu değişkenlerin PUKİ skoru, HAD-Anksiyete puanı, HAD-Depresyon puanı, Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş, Kilo, Boy, VKİ, Bir Gecede Ortalama Uyku Süresi (saat), Günlük içilen sigara adeti, Kaç yıldır sigara içiliyor, Günlük ortalama ekran maruziyet süresi (saat) ile PUKİ skoru, HAD-Anksiyete puanı, HAD-Depresyon puanı, Fageström Nikotin Bağımlılık puanları arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi. Ayrıca ölçek puanlarının kendi aralarında yapılan korelasyon analizinde de spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. ETİK ONAY

Araştırma için Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.06.2022 tarihinde HNEAH-KAEK 2022/141 karar numarası ile onay ve hastane başhekimliğinden çalışma izni alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın içeriği hakkında bilgi verilerek kişisel bilgilerin başka bir amaçla kullanılmayacağı belirtilmiştir. Araştırma Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulama ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın İstanbul il sınırları içinde tek bir merkezde yapılması, gönüllülük esasına dayalı olması, uyku kalitesi açısından öznel bir değerlendirme sunan PUKİ ölçeğinin kullanılması sonuçları etkilemiş olabilir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 3 grup şeklinde SBP ne gelip sigara içen 76 birey, sigara içen 76 birey, sigara içmeyen 76 birey katılmıştır. Bireylerin %57,9'u (n=132) kadın, %42.1'i (n=96) erkektir. Bireylerin öğrenim durumlarına baktığımızda %1,3'ü (n=3) okuryazar değil, %8.8'i (n=20) ilkokul mezunu, %6.6'sı (n=15) ortaokul mezunu, %29.8'i (n=68) lise mezunu, %53.5'i (n=122) üniversite ve lisansüstü eğitim aldığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %55,3'ü (n=126) evli, %36,8'i (n=84) bekar, %5.7'si (n=13) boşanmış, %2.2'sinin (n=5) eşi vefat ettiği tespit edilmiştir. Bireylerin %14,9'u (n=34) tek başına, %8,4'ü (n=19) eşiyle, %45.6'sı (n=104) çekirdek aile ile, %6.1', (n=14) geniş aile ile yaşamaktadır. Bireylerin gelir durumlarına baktığımızda %12,8'nin (n=29) asgari ücretten az, %21,9'u (n=50) asgari ücret, %36.8'i (n=84) asgari ücretten fazla, %14.0'ü (n=32) asgari ücretten iki kat fazla, %14.5'nin (n=33) asgari ücretten üç kat ve daha fazlası geliri olduğu belirlenmiştir. “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” sorusuna bireylerin %44,8'i (n=102) hayır, %8.8'i (n=20) her gün, %19.7'si (n=45) haftada en az üç gün, %8.3'ü (n=19) haftada en az beş gün, %18.4'ü (n=42) arada bir yanıtını vermiştir. Uyumadan bir saat önce çay tüketen 95 birey, uyumadan bir saat önce kahve tüketen 39 birey bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan 18 birey, gece yemek yeme alışkanlığı olan 57 birey, uyumadan önceki son bir saatte cep telefonu, TV, bilgisayar aktif şekilde kullanan 187 birey olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik bilgiler

		n (%)
Grup	SBP ne gelip sigara içen	76 (33.3)
	Sigara içen	76 (33.3)
	Sigara içmeyen	76 (33.3)
Cinsiyet	Kadın	132 (57.9)
	Erkek	96 (42.1)
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	3 (1.3)
	İlkokul mezunu	20 (8.8)
	Ortaokul mezunu	15 (6.6)

	Lise mezunu	68 (29.8)
	Üniversite ve lisansüstü eğitim	122 (53.5)
Medeni Durum	Evli	126 (55.3)
	Bekar	84 (36.8)
	Boşanmış	13 (5.7)
	Eşi vefat etmiş	5 (2.2)
Yaşama Ortamı	Tek başına	34 (14.9)
	Eşiyle	19 (8.4)
	Çekirdek aile	104 (45.6)
	Geniş aile	14 (6.1)
	Diğer	57 (25.0)
Gelir Durumu	Asgari ücretten az	29 (12.8)
	Asgari ücret	50 (21.9)
	Asgari ücretten fazla	84 (36.8)
	Asgari ücretin iki katı fazlası	32 (14.0)
	Asgari ücretin üç katı ve fazlası	33 (14.5)
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	Hayır	102 (44.8)
	Her gün	20 (8.8)
	Haftada en az üç gün	45 (19.7)
	Haftada en az beş gün	19 (8.3)
	Arada bir	42 (18.4)
Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet	152 (66.7)
	Hayır	76 (33.3)
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	155 (68.0)
	Her gün	2 (0.9)
	Haftada bir	9 (3.9)
	Ayda bir	17 (7.5)
	Arada bir	45 (19.7)
Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?	Evet	95 (41.7)
	Hayır	94 (41.2)
	Bazen	39 (17.1)

Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?	Evet	39 (17.1)
	Hayır	149 (65.4)
	Bazen	40 (17.5)
Kronik Hastalık	Evet	18 (7.9)
	Hayır	210 (92.1)
Gece Yemek Yeme	Evet	57 (25.0)
Alışkanlığınız Var Mıdır?	Hayır	171 (75.0)
Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?	Evet	187 (82.0)
	Hayır	41 (18.0)

Bireylerin yaş ortalaması 38.38 ± 10.55 yıl olarak elde edilmiştir. Ayrıca bireylerin VKİ ortalaması 25.97 ± 5.31 'dir. Bireylerin ortalama uyku süresi 7.16 ± 1.24 'tür. Sigara içen bireyler günlük ortalama 22.09 ± 10.32 adet sigara içiyor ve ortalama 17.70 ± 10.10 yıldır sigara içmektedir. Günlük ortalama maruziyet süresinin 5.16 ± 2.76 saat olduğu saptanmıştır. Toplam PUKİ skoru ortalaması 4.80 ± 2.56 , Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete puan ortalaması 6.55 ± 3.81 , Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon puan ortalaması 5.78 ± 3.57 , Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı ortalaması 5.40 ± 2.87 'dir (Tablo 2).

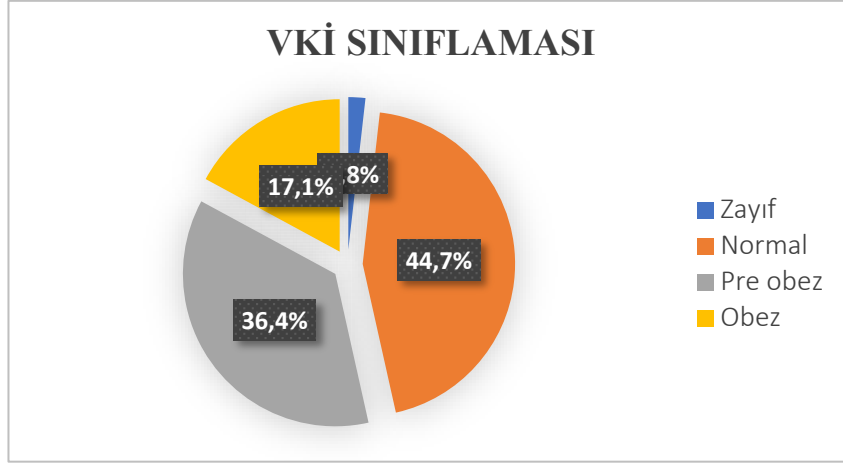
Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Yaş	38.38±10.55	38.0 (15.0)	18.0; 64.0
Kilo	73.90±15.57	73.0 (19.0)	46.0; 150.0
Boy	168.68±9.04	168.0 (12.0)	120.0; 194.0
VKİ	25.97±5.31	25.2 (5.7)	17.3; 60.8
Bir Gecede Ortalama Uyku Süresi (saat)	7.16±1.24	7.0 (2.0)	4.0; 12.0
Günlük içilen sigara adeti	22.09±10.32	20.0 (12.0)	2.0; 60.0
Kaç yıldır sigara içiliyor	17.70±10.10	15.0 (14.0)	1.0; 50.0
Günlük ortalama ekran maruziyet süresi (saat)	5.16±2.76	5.0 (3.0)	0.0; 14.0
Toplam PUKİ skoru	4.80±2.56	4.0 (3.0)	0.0; 15.0
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Anksiyete puanı	6.55±3.81	6.0 (5.0)	0.0; 18.0
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Depresyon puanı	5.78±3.57	5.0 (5.0)	0.0; 18.0
Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı	5.40±2.87	6.0 (5.0)	0.0; 10.0

VKİ sınıflamasına göre bireylerin %44.7'si (n=102) normal, %36.4'ü (n=83) pre obez, %17.1'i (n=39) obez, %1.8'nin (n=4) zayıf grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: VKİ Sınıflamasına göre dağılım

	n (%)
VKİ	
Zayıf	4 (1.8)
Normal	102 (44.7)
Pre obez	83 (36.4)
Obez	39 (17.1)



Şekil 1: VKİ Sınıflaması Dağılımı

Bireylerin öznel uyku kalitesi skor ortalaması 1.06 ± 0.60 , uyku latansı skor ortalaması 1.09 ± 0.92 , uyku süresi skor ortalaması 0.79 ± 0.67 , alışılmış uyku etkinliği skor ortalaması 0.25 ± 0.63 , uyku bozukluğu skor ortalaması ise 1.09 ± 0.55 , uyku ilaç kullanım skor ortalaması 0.07 ± 0.39 , gündüz işlev bozukluğu skor ortalaması 0.44 ± 0.72 'dir. Ayrıca bireylerin toplam PUKİ skoru ortalaması 4.80 ± 2.56 'dir. Minimum PUKİ soru 0.0 iken, maksimum PUKİ skorunun 15.0 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

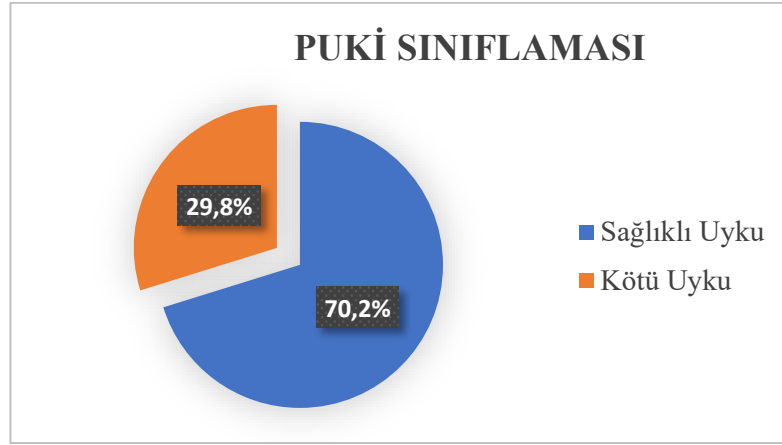
Tablo 4: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ort $\pm$ SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Öznel Uyku Kalitesi	1.06 ± 0.60	1.0 (0.0)	0.0; 3.0
Uyku Latansı	1.09 ± 0.92	1.0 (2.0)	0.0; 3.0
Uyku Süresi	0.79 ± 0.67	1.0 (1.0)	0.0; 3.0
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.25 ± 0.63	0.0 (0.0)	0.0; 3.0
Uyku Bozukluğu	1.09 ± 0.55	1.0 (0.0)	0.0; 3.0
Uyku İlaç Kullanımı	0.07 ± 0.39	0.0 (0.0)	0.0; 3.0
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.44 ± 0.72	0.0 (1.0)	0.0; 3.0
Toplam PUKİ Skoru	4.80 ± 2.56	4.0 (3.0)	0.0; 15.0

PUKİ skoru ≤ 5 olan bireyler sağlıklı uyku, >5 olan bireyler kötü uyku şeklinde sınıflandırılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin PUKİ ölçek puanı sınıflamasına göre %70,2'si (n=160) sağlıklı uyku, %29,8'i (n=68) kötü uyku sınıfındadır (Tablo 5).

Tablo 5: PUKİ Ölçek skoru sınıflamasının dağılımı

	n (%)
PUKİ Sınıflaması	
Sağlıklı Uyku	160 (70.2)
Kötü Uyku	68 (29.8)



Şekil 2: PUKİ Sınıflaması Dağılımı

Grupları arasında uyku latansı skor değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8.230$, $p=0.017$). SBP e Gelip Sigara İçen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 1.32 ± 0.91 , sigara içen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 1.07 ± 0.87 , sigara içmeyen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 0.91 ± 0.94 olduğu saptanmıştır. Gruplara göre bireylerin HAD-Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=15.262$, $p<0.001$). Gruplar arasında HAD-Anksiyete puan ortalamalarına baktığımızda ise en yüksek değerin 7.78 ± 3.82 ile SBP ne gelip sigara içen bireylerde olduğu, en düşük ortalama değerin ise 5.37 ± 3.05 ile sigara içen bireylerde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gruplara göre bireylerin HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7.899$, $p=0.019$). Sigara içen bireylerde, SBP e Gelip Sigara İçen-Sigara içen gruplamasına göre bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3.877$, $p<0.001$). SBP e Gelip Sigara İçen bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık düzeyleri sigara içen bireylere göre daha yüksektir.

Diğer ölçek puanlarının gruplara göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6: Gruplar arasında Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	SBP Polikliniğe Gelip Sigara İçen	Sigara İçen	Sigara İçmeyen	Test İstatistiği	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Z; χ^2 *	p
	Medyan(ÇAG)	Medyan(ÇAG)	Medyan(ÇAG)		
Öznel Uyku Kalitesi	1.10±0.72 1.0 (0.0)	1.10±0.42 1.0 (0.0)	0.99±0.62 1.0 (0.0)	$\chi^2=1.636$	0.441
Uyku Latansı	1.32±0.91 1.0 (1.0)	1.07±0.87 1.0 (2.0)	0.91±0.94 1.0 (2.0)	$\chi^2=8.203$	0.017
Uyku Süresi	0.74±0.72 1.0 (1.0)	0.83±0.62 1.0 (1.0)	0.80±0.67 1.0 (1.0)	$\chi^2=1.656$	0.437
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.34±0.77 0.0 (0.0)	0.09±0.33 0.0 (0.0)	0.33±0.66 0.0 (0.0)	$\chi^2=7.460$	0.024
Uyku Bozukluğu	1.24±0.49 1.0 (0.0)	1.00±0.49 1.0 (0.0)	1.03±0.63 1.0 (0.0)	$\chi^2=8.655$	0.013
Uyku İlaç Kullanımı	0.14±0.60 0.0 (0.0)	0.04±0.25 0.0 (0.0)	0.03±0.16 0.0 (0.0)	$\chi^2=2.614$	0.339
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.41±0.66 0.0 (1.0)	0.45±0.79 0.0 (1.0)	0.46±0.72 0.0 (1.0)	$\chi^2=0.261$	0.878
Toplam PUKİ Skoru	5.29±2.97 4.0 (4.0)	4.58±1.96 4.0 (1.7)	4.54±2.59 4.0 (3.7)	$\chi^2=1.472$	0.479
HAD-Anksiyete Puanı	7.78±3.82 7.0 (5.0)	5.37±3.05 4.0 (5.0)	6.50±4.14 6.0 (6.0)	$\chi^2=15.262$	<0.001
HAD-Depresyon Puanı	6.67±3.62 6.5 (4.0)	4.96±3.05 5.0 (4.0)	5.69±3.84 6.0 (7.0)	$\chi^2=7.899$	0.019
Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı	6.37±2.28 6.0 (3.0)	4.43±3.07 5.0 (6.0)		$z=3.877$	<0.001

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Uyku Latansı skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içmeyen- SBP ne gelip sigara içen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.013$, $p=0.004$). Alışılmış Uyku Etkinliği skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içen-Sigara içmeyen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.030$). Uyku bozukluğu skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içen- SBP ne gelip sigara içen, Sigara içmeyen- SBP ne gelip sigara içen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.029$, $p=0.037$). HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içen- SBP ne gelip sigara içen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.001$, $p=0.015$) (Tablo 7).

Tablo 7: Gruplar arası Ölçek puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Uyku Latansı	p
Sigara içen-Sigara içmeyen	0.669
Sigara içen-SBP ne gelip sigara içen	0.306
Sigara içmeyen-SBP ne gelip sigara içen	0.013
Alışılmış Uyku Etkinliği	
Sigara içen-Sigara içmeyen	0.030
Sigara içen-SBP ne gelip sigara içen	0.115
Sigara içmeyen-SBP ne gelip sigara içen	1.000
Uyku Bozukluğu	
Sigara içen-Sigara içmeyen	1.000
Sigara içen-SBP ne gelip sigara içen	0.029
Sigara içmeyen-SBP ne gelip sigara içen	0.037
HAD-Anksiyete Puanı	
Sigara içen-Sigara içmeyen	0.346
Sigara içen-SBP ne gelip sigara içen	<0.001
Sigara içmeyen-SBP ne gelip sigara içen	0.063
HAD-Depresyon Puanı	
Sigara içen-Sigara içmeyen	0.560
Sigara içen- SBP ne gelip sigara içen	0.015
Sigara içmeyen- SBP ne gelip sigara içen	0.410

**Bonferroni Düzeltmeli p değerleri*

“Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” sorusuna verilen yanıtlara göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11.290$, $p=0.023$). Düzenli egzersiz yapmayan bireylerin PUKİ skor ortalaması 5.16 ± 2.68 , her gün yapan bireylerin PUKİ skor ortalaması 3.60 ± 1.27 , haftada en az üç gün yapan bireylerin PUKİ skor ortalaması 4.18 ± 2.16 , haftada en az beş gün yapan bireylerin PUKİ skor ortalaması 4.63 ± 2.27 , arada bir egzersiz yapan bireylerin PUKİ skor ortalaması 5.26 ± 2.98 ’dır. Alkol kullanmayan bireylerin PUKİ skoru ortalaması 4.51 ± 2.63 , Her gün/Haftada bir alkol kullanan bireylerin PUKİ skoru ortalaması 5.91 ± 3.42 , ayda bir alkol kullana bireylerin PUKİ skoru ortalaması 5.23 ± 2.05 , arada bir alkol kullanan bireylerin PUKİ skoru ortalaması 5.38 ± 2.10 ’dir. Alkol kullanım durumuna göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9.947$, $p=0.019$). “Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?” sorusuna verilen yanıtlara göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=3.127$, $p=0.002$). Gece yemek yeme alışkanlığı olan bireylerin PUKİ skoru gece yemek yeme alışkanlığı olmayan bireylere göre daha yüksektir. “Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?” sorusuna verilen yanıtlara göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=3.301$, $p=0.001$). Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde kullanan bireylerin PUKİ skor ortalaması 5.03 ± 2.59 , kullanmayan bireylerin PUKİ skor ortalaması 3.78 ± 2.10 olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenlerin PUKİ skorlarının karşılaştırılması Tablo 8’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre PUKİ skorları ile , “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” “Alkol Kullanım Durumu”, “Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?” “Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$)

Tablo 8: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin PUKİ skorlarının karşılaştırılması

		PUKİ SKORU		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	4.97±2.71	4.0 (3.7)	z=1.003	0.316
	Erkek	4.57±2.33	4.0 (3.0)		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	5.67±4.72	4.0 (N/A)	$\chi^2=3.752$	0.441
	İlkokul mezunu	5.35±2.43	5.0 (4.0)		
	Ortaokul mezunu	5.00±4.09	4.0 (5.0)		
	Lise mezunu	4.53±2.54	4.0 (3.0)		
	Üniversite ve lisansüstü eğitim	4.82±2.31	4.0 (2.0)		
Medeni Durum	Evli	4.77±2.58	4.0 (3.0)	$\chi^2=2.592$	0.459
	Bekar	4.68±2.32	4.0 (3.7)		
	Boşanmış	5.08±3.15	5.0 (5.5)		
	Eşİ vefat etmiş	7.00±3.94	7.0 (6.0)		
Yaşama Ortamı	Tek başİna	4.41±2.00	4.0 (1.0)	$\chi^2=3.352$	0.501
	Eşİyle	4.00±1.94	4.0 (2.0)		
	Çekirdek aile	4.82±2.58	4.0 (3.0)		
	Geniş aile	5.21±3.14	5.0 (4.5)		
	Diğer	5.17±2.81	5.0 (4.0)		
Gelir Durumu	Asgari ücretten az	5.44±3.03	4.0 (4.0)	$\chi^2=1.218$	0.875
	Asgari ücret	4.80±2.96	4.0 (3.0)		
	Asgari ücretten fazla	4.73±2.51	4.0 (3.7)		
	Asgari ücretin iki katı fazlası	4.78±2.21	4.0 (3.5)		
	Asgari ücretin üç katı ve fazlası	4.45±1.82	4.0 (2.0)		
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	Hayır	5.16±2.68	5.0 (4.0)	$\chi^2=11.290$	0.023
	Her gün	3.60±1.27	3.5 (1.0)		
	Haftada en az üç gün	4.18±2.16	4.0 (2.5)		

	Haftada en az beş gün	4.63±2.27	4.0 (2.0)		
	Arada bir	5.26±2.98	5.0 (4.0)		
Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet	4.93±2.54	4.0 (3.0)	z=0.899	0.369
	Hayır	4.54±2.59	4.0 (3.7)		
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	.51±2.63	4.0 (3.0)	$\chi^2=9.947$	0.019
	Her gün/Haftada bir	.91±3.42	4.0 (5.0)		
	Ayda bir	.23±2.05	5.0 (3.0)		
	Arada bir	.38±2.10	5.0 (3.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?	Evet	.99±2.38	4.0 (2.0)	$\chi^2=2.116$	0.347
	Hayır	.53±2.50	4.0 (3.0)		
	Bazen	.00±3.09	4.0 (4.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?	Evet	.13±2.14	5.0 (3.0)	$\chi^2=2.606$	0.272
	Hayır	.74±2.60	4.0 (3.0)		
	Bazen	.72±2.79	4.0 (3.7)		
Kronik Hastalık	Evet	.28±2.99	5.0 (5.2)	z=0.684	0.494
	Hayır	.76±2.52	4.0 (3.0)		
Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?	Evet	.68±2.85	5.0 (3.0)	z=3.127	0.002
	Hayır	.51±2.39	4.0 (2.0)		
Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?	Evet	.03±2.59	4.0 (4.0)	z=3.301	0.001
	Hayır	.78±2.10	3.0 (1.5)		
VKİ	Zayıf	.00±3.65	6.0 (7.0)	$\chi^2=3.050$	0.384
	Normal	.59±2.49	4.0 (3.0)		
	Pre obez	.73±2.50	4.0 (3.0)		
	Obez	.36±2.74	5.0 (3.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

PUKİ skorları bakımından “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Her gün—Hayır, Her gün—Arada bir, Haftada en az üç gün—Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.007$, $p=0.012$, $p=0.033$). PUKİ skorları bakımından alkol kullanım durumu ikili karşılaştırmalarda Hayır—Arada bir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.012$) (Tablo 9).

Tablo 9: PUKİ skoru İkili Karşılaştırmaları

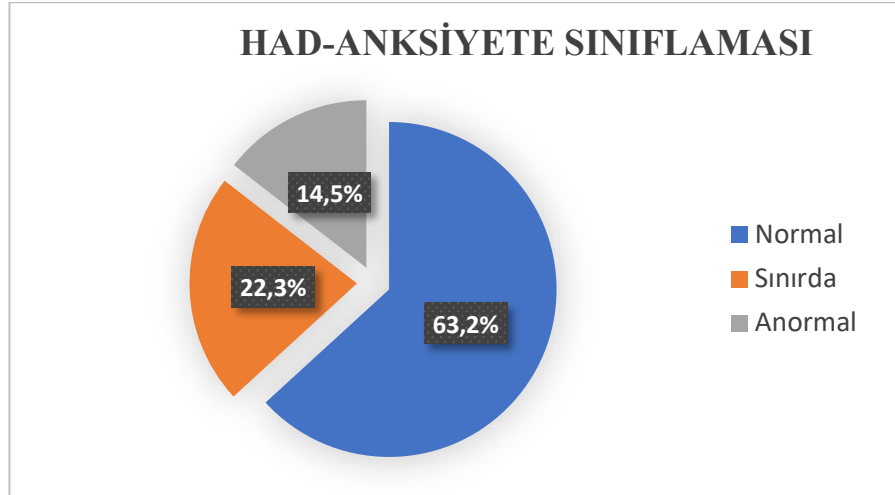
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	
Her gün—Haftada en az üç gün	1.000
Her gün—Haftada en az beş gün	1.000
Her gün—Hayır	0.007
Her gün—Arada bir	0.012
Haftada en az üç gün—Haftada en az beş gün	1.000
Haftada en az üç gün—Hayır	0.033
Haftada en az üç gün—Arada bir	0.561
Haftada en az beş gün—Hayır	1.000
Haftada en az beş gün—Arada bir	1.000
Hayır—Arada bir	1.000
Alkol Kullanım Durumu	p
Hayır—Her gün/Haftada bir	1.000
Hayır—Arada bir	0.012
Hayır—Ayda bir	0.522
Her gün/Haftada bir—Arada bir	1.000
Her gün/Haftada bir—Ayda bir	1.000
Arada bir—Ayda bir	1.000

**Bonferroni Düzeltmeli p değerleri*

HAD-Anksiyete sınıflamasına göre bireylerin %63.2’si ($n=144$) normal, %22.3’ü ($n=51$) sınırda, %14.5’i ($n=33$) anormal grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: HAD-Anksiyete Sınıflamasına göre dağılım

	n (%)
HAD-Anksiyete	
Normal	144 (63.2)
Sınırdan	51 (22.3)
Anormal	33 (14.5)



Şekil 3: HAD-Anksiyete Sınıflaması Dağılımı

Cinsiyete göre bireylerin HAD-Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2.869$, $p=0.004$). Kadın bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması erkek bireyler göre daha yüksektir. Gelir durumuna göre bireylerin HAD-Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=13.025$, $p=0.011$). Gelir durumu arttıkça HAD-Anksiyete puan ortalaması azalmaktadır. Düzenli egzersiz yapmayan bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması 7.13 ± 4.05 , her gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması 4.70 ± 3.03 , haftada en az üç gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması 6.49 ± 3.10 , haftada en az beş gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması 4.79 ± 2.82 , arada bir egzersiz yapan bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması 6.88 ± 4.26 'dir. "Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?" sorusuna verilen yanıtlara göre HAD-Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12.164$, $p=0.016$).

Diğer değişkenlerin HAD-Anksiyete puanlarının karşılaştırılması Tablo 11'de

özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre HAD-Anksiyete puanları ile “Cinsiyet”, “Gelir Durumu”, “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$)

Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin HAD-Anksiyete puanlarının karşılaştırılması

		HAD-ANKSİYETE		Test İstatistiği*	
		PUANI			
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	7.23±4.16	7.0 (6.0)	z=2.869	0.004
	Erkek	5.61±3.07	5.0 (5.0)		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	11.67±4.51	12.0 (N/A)	$\chi^2=7.887$	0.096
	İlkokul mezunu	7.70±4.14	6.0 (6.0)		
	Ortaokul mezunu	6.67±4.22	6.0 (6.0)		
	Lise mezunu	6.76±3.68	7.0 (5.0)		
	Üniversite ve lisansüstü eğitim	6.09±3.69	5.0 (5.0)		
Medeni Durum	Evli	6.63±3.66	6.0 (5.0)	$\chi^2=1.653$	0.647
	Bekar	6.28±3.89	5.0 (4.7)		
	Boşanmış	7.00±4.95	5.0 (7.5)		
	Eşi vefat etmiş	7.80±3.96	8.0 (6.5)		
Yaşama Ortamı	Tek başına	5.65±2.99	5.0 (5.0)	$\chi^2=2.531$	0.639
	Eşiyle	5.84±3.06	5.0 (5.0)		
	Çekirdek aile	6.64±3.76	6.0 (5.0)		
	Geniş aile	7.28±4.83	8.0 (7.0)		
	Diğer	6.96±4.28	6.0 (6.0)		
Gelir Durumu	Asgari ücretten az	7.52±5.02	6.0 (7.0)	$\chi^2=13.025$	0.011
	Asgari ücret	6.94±3.67	6.5 (5.2)		
	Asgari ücretten fazla	6.95±3.66	6.5 (5.0)		
	Asgari ücretin iki katı	6.12±3.65	6.5 (4.7)		
	fazlası				

	Asgari ücretin üç katı ve fazlası	4.48±2.61	4.0 (3.5)		
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	Hayır	7.13±4.05	7.0 (5.2)		
	Her gün	4.70±3.03	4.5 (3.7)		
	Haftada en az üç gün	6.49±3.10	6.0 (4.5)	$\chi^2=12.164$	0.016
	Haftada en az beş gün	4.79±2.82	4.0 (3.0)		
	Arada bir	6.88±4.26	7.0 (6.0)		
Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet	6.57±3.65	6.0 (5.0)	$z=0.423$	0.672
	Hayır	6.50±4.14	6.0 (6.0)		
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	6.55±3.94	6.0 (5.0)	$\chi^2=3.057$	0.383
	Her gün/Haftada bir	8.09±3.50	7.0 (5.0)		
	Ayda bir	6.71±3.33	7.0 (6.0)		
	Arada bir	6.11±3.63	5.0 (5.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?	Evet	6.39±3.30	6.0 (5.0)	$\chi^2=1.929$	0.381
	Hayır	6.27±3.77	6.0 (5.2)		
	Bazen	7.61±4.87	6.0 (7.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?	Evet	7.13±4.14	7.0 (6.0)	$\chi^2=2.216$	0.330
	Hayır	6.21±3.46	6.0 (5.0)		
	Bazen	7.25±4.62	6.5 (5.7)		
Kronik Hastalık	Evet	7.33±4.19	7.0 (6.7)	$z=0.843$	0.399
	Hayır	6.48±3.78	6.0 (5.0)		
Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?	Evet	6.72±3.93	6.0 (5.0)	$z=0.276$	0.783
	Hayır	6.49±3.79	6.0 (5.0)		
Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?	Evet	6.69±3.89	6.0 (5.0)	$z=1.046$	0.296
	Hayır	5.88±3.43	6.0 (5.0)		
VKİ	Zayıf	10.75±4.03	12.0 (7.2)	$\chi^2=6.699$	0.082
	Normal	6.59±3.99	5.5 (5.0)		
	Pre obez	6.75±3.69	6.0 (5.0)		
	Obez	5.56±3.29	6.0 (5.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

HAD-Anksiyete puanları bakımından gelir durumu ikili karşılaştırmalarda Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten fazla, Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücret arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.010$, $p=0.021$). Ayrıca HAD-Anksiyete puanları bakımından “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında Her gün—Haftada en az üç gün, Her gün—Arada bir, Her gün—Hayır, Haftada en az beş gün —Haftada en az üç gün, Haftada en az beş gün — Arada bir, Haftada en az beş gün — Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.036$, $p=0.038$, $p=0.008$, $p=0.041$, $p=0.043$, $p=0.010$) (Tablo 12).

Tablo 12: HAD-Anksiyete puanlarının İkili Karşılaştırmaları

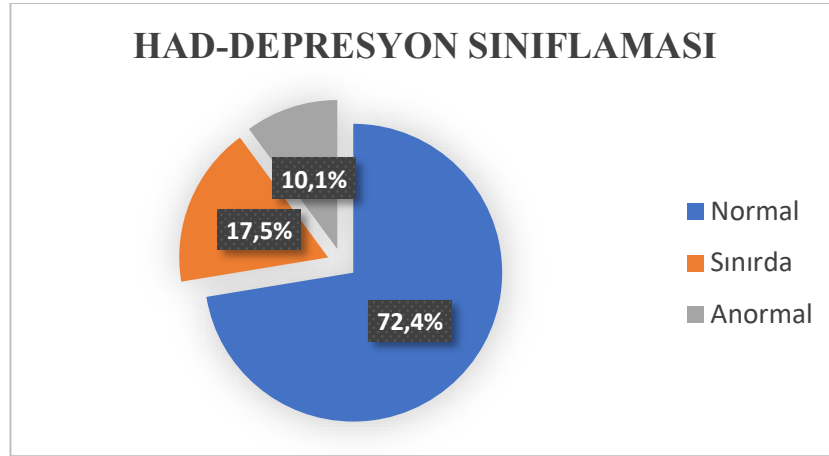
Gelir Durumu	p
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretin iki katı fazlası	0.680
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten az	0.084
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten fazla	0.010
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücret	0.021
Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücretten az	1.000
Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücretten fazla	1.000
Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücret	1.000
Asgari ücretten az—Asgari ücretten fazla	1.000
Asgari ücretten az—Asgari ücret	1.000
Asgari ücretten fazla—Asgari ücret	1.000
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	
Her gün—Haftada en az beş gün	1.000
Her gün—Haftada en az üç gün	0.036
Her gün—Arada bir	0.038
Her gün—Hayır	0.008
Haftada en az beş gün —Haftada en az üç gün	0.041
Haftada en az beş gün — Arada bir	0.043
Haftada en az beş gün — Hayır	0.010
Haftada en az üç gün— Arada bir	1.000
Haftada en az üç gün— Hayır	1.000
Arada bir— Hayır	1.000

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

HAD-Depresyon sınıflamasına göre bireylerin %72,4'ü (n=165) normal, %17,5'i (n=40) sınırdaki, %10,1'i (n=23) anormal grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: HAD-Depresyon Sınıflamasına göre dağılım

	n (%)
HAD-Depresyon	
Normal	165 (72.4)
Sınırdaki	40 (17.5)
Anormal	23 (10.1)



Şekil 4: HAD-Depresyon Sınıflaması Dağılımı

Medeni duruma göre bireylerin HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12.236$, $p=0.007$). Eşi vefat etmiş bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 8.60 ± 3.78 ile en yüksek, bekar bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması ise 5.25 ± 3.82 ile en düşük puan olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu asgari ücretten az bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.86 ± 3.94 , asgari ücret olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.78 ± 3.29 , asgari ücretten fazla bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.29 ± 3.66 , asgari ücretin iki katı fazlası olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.44 ± 3.37 , asgari ücretin üç katı ve fazlası olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.15 ± 2.79 'dir. Gelir durumuna göre bireylerin HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=18.925$,

p=0.001). Düzenli egzersiz yapmayan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.78 ± 3.61 , her gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 3.85 ± 3.26 , haftada en az üç gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.18 ± 3.11 , haftada en az beş gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.53 ± 2.76 , arada bir egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.45 ± 3.78 'dir. "Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?" sorusuna verilen yanıtlara göre HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18.159$, p=0.001). "Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7.204$, p=0.027). "Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?" sorusuna bazen yanıtı veren bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.72 ± 3.69 , evet yanıtı veren bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.06 ± 3.55 , hayır yanıtını veren bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.09 ± 3.45 'tir. Ayrıca "Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.070$, p=0.048).

Diğer değişkenlerin HAD-Depresyon puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'te özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre HAD-Depresyon puanları ile "Medeni Durum", "Gelir Durumu", "Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?", "Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?", "Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?" hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0.05)

Tablo 14: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin HAD-Depresyon puanlarının karşılaştırılması

		HAD-DEPRESYON		Test İstatistiği*	
		PUANI			
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	5.98±3.63	6.0 (4.0)	z=0.907	0.365
	Erkek	5.50±3.48	5.0 (5.0)		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	5.00±3.60	6.0 (N/A)	$\chi^2=6.637$	0.156
	İlkokul mezunu	7.70±4.48	7.0 (5.7)		
	Ortaokul mezunu	6.20±3.19	6.0 (4.0)		
	Lise mezunu	5.89±3.26	6.0 (4.7)		
	Üniversite ve lisansüstü eğitim	5.36±3.56	5.0 (4.0)		
Medeni Durum	Evli	5.75±3.27	5.0 (4.2)	$\chi^2=12.23$ 6	0.007
	Bekar	5.25±3.82	5.0 (5.7)		
	Boşanmış	8.31±3.49	7.0 (3.0)		
	Eşi vefat etmiş	8.60±3.78	7.0 (7.0)		
Yaşama Ortamı	Tek başına	4.82±4.08	3.5 (5.0)	$\chi^2=5.514$	0.238
	Eşiyle	5.21±2.92	5.0 (4.0)		
	Çekirdek aile	5.94±3.38	5.0 (4.0)		
	Geniş aile	6.71±3.93	6.5 (7.2)		
	Diğer	6.00±3.69	6.0 (4.0)		
Gelir Durumu	Asgari ücretten az	5.86±3.94	5.0 (5.0)	$\chi^2=18.92$ 5	0.001
	Asgari ücret	6.78±3.29	7.0 (5.0)		
	Asgari ücretten fazla	6.29±3.66	6.0 (5.0)		
	Asgari ücretin iki katı fazlası	4.44±3.37	4.0 (4.0)		
	Asgari ücretin üç katı ve fazlası	4.15±2.79	4.0 (3.5)		
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	Hayır	6.78±3.61	7.0 (5.0)	$\chi^2=18.15$ 9	0.001
	Her gün	3.85±3.26	3.5 (5.0)		

	Haftada en az üç gün	5.18±3.11	5.0 (4.0)		
	Haftada en az beş gün	4.53±2.76	4.0 (4.0)		
	Arada bir	5.45±3.78	5.0 (7.0)		
Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet	5.81±3.44	5.0 (5.0)	z=0.097	0.922
	Hayır	5.69±3.84	6.0 (7.0)		
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	5.91±3.48	6.0 (5.0)	$\chi^2=7.285$	0.063
	Her gün/Haftada bir	7.91±4.70	9.0 (5.0)		
	Ayda bir	5.18±3.66	5.0 (3.0)		
	Arada bir	5.02±3.39	5.0 (4.5)		
Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?	Evet	6.06±3.55	5.0 (4.0)	$\chi^2=7.204$	0.027
	Hayır	5.09±3.45	5.0 (5.0)		
	Bazen	6.72±3.69	7.0 (5.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?	Evet	6.36±4.08	6.0 (6.0)	$\chi^2=6.070$	0.048
	Hayır	5.33±3.31	5.0 (4.0)		
	Bazen	6.87±3.76	6.5 (6.0)		
Kronik Hastalık	Evet	6.67±3.10	6.5 (5.0)	z=1.331	0.183
	Hayır	5.70±3.60	5.0 (5.0)		
Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?	Evet	6.02±3.33	6.0 (3.5)	z=0.637	0.524
	Hayır	5.69±3.65	5.0 (5.0)		
Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?	Evet	5.89±3.61	5.0 (5.0)	z=0.933	0.351
	Hayır	5.24±3.37	5.0 (5.0)		
VKİ	Zayıf	10.00±5.48	8.0 (9.5)	$\chi^2=3.819$	0.282
	Normal	5.63±3.75	5.0 (5.5)		
	Pre obez	5.90±3.37	5.0 (4.0)		
	Obez	5.46±3.14	5.0 (5.0)		

z:Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

HAD-Depresyon puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarda Bekar—Boşanmış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.016$). HAD-Depresyon puanları bakımından gelir durumu ikili karşılaştırmalarda Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten fazla, Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücret, Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücret arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.036$, $p=0.004$, $p=0.015$). Ayrıca HAD-Depresyon puanları bakımından “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Her gün—Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.007$). HAD-Depresyon puanları bakımından “Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Hayır—Bazen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.036$). Aynı şekilde HAD-Depresyon puanları bakımından “Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında ikili karşılaştırmalarda Hayır—Bazen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.022$) (Tablo 15).

Tablo 15: HAD-Depresyon puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Bekar—Evli	0.895
Bekar—Boşanmış	0.016
Bekar—Eşi vefat etmiş	0.260
Evli—Boşanmış	0.106
Evli—Eşi vefat etmiş	0.667
Boşanmış—Eşi vefat etmiş	1.000
Gelir Durumu	
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretin iki katı fazlası	1.000
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten az	0.919
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten fazla	0.036
Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücret	0.004
Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücretten az	1.000
Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücretten fazla	0.110

Asgari ücretin iki katı fazlası—Asgari ücret	0.015
Asgari ücretten az—Asgari ücretten fazla	1.000
Asgari ücretten az—Asgari ücret	1.000
Asgari ücretten fazla—Asgari ücret	1.000

Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?

Her gün—Haftada en az beş gün	1.000
Her gün—Haftada en az üç gün	1.000
Her gün—Arada bir	1.000
Her gün—Hayır	0.007
Haftada en az beş gün —Haftada en az üç gün	1.000
Haftada en az beş gün — Arada bir	1.000
Haftada en az beş gün — Hayır	0.094
Haftada en az üç gün— Arada bir	1.000
Haftada en az üç gün— Hayır	0.141
Arada bir— Hayır	0.360

Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?

Hayır—Evet	0.195
Hayır—Bazen	0.036
Evet—Bazen	0.813

Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?

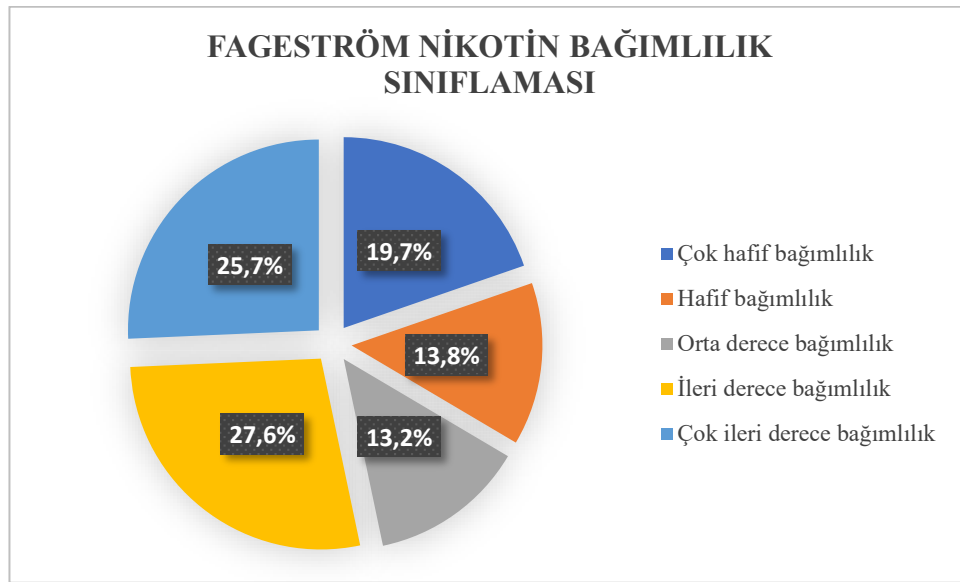
Hayır—Evet	0.520
Hayır—Bazen	0.022
Evet—Bazen	0.468

**Bonferroni Düzeltmeli p değerleri*

Fageström Nikotin Bağımlılık Testi sınıflamasına göre bireylerin %19.7'si (n=30) çok hafif bağımlı, %13.8'i (n=21) hafif bağımlı, %13.2'si (n=20) orta derece bağımlı, %27.6'sı (n=42) ileri derece bağımlı, %25.7'si (n=39) çok ileri derece bağımlı grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi Sınıflamasına göre dağılım

	n (%)
Fageström Nikotin Bağımlılık Testi	
Çok hafif bağımlılık	30 (19.7)
Hafif bağımlılık	21 (13.8)
Orta derece bağımlılık	20 (13.2)
İleri derece bağımlılık	42 (27.6)
Çok ileri derece bağımlılık	39 (25.7)



Şekil 5: Fageström Nikotin Bağımlılık Sınıflaması Dağılımı

Evli bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puan ortalaması 5.47 ± 2.94 , bekar bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puan ortalaması 4.83 ± 2.74 , boşanmış bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puan ortalaması 7.30 ± 2.00 , eşi vefat etmiş bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puan ortalaması 8.00 ± 0.00 'dir. Medeni duruma göre bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8.648$, $p=0.034$).

Diğer değişkenlerin Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının karşılaştırılması Tablo 17'da özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre Fageström Nikotin Bağımlılık puanları ile "Medeni Durum" hariç diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$)

Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının karşılaştırılması

		FAGESTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAĞ)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	5.29±3.12	6.0 (5.7)	z=0.162	0.871
	Erkek	5.53±2.53	6.0 (3.0)		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	5.67±4.93	8.0 (N/A)	$\chi^2=4.327$	0.364
	İlkokul mezunu	6.33±3.13	6.0 (4.0)		
	Ortaokul mezunu	6.40±2.63	7.0 (3.0)		
	Lise mezunu	5.45±2.81	6.0 (3.0)		
	Üniversite ve lisansüstü eğitim	5.04±2.80	5.0 (4.0)		
Medeni Durum	Evli	5.47±2.94	6.0 (5.0)	$\chi^2=8.648$	0.034
	Bekar	4.83±2.74	5.0 (4.5)		
	Boşanmış	7.30±2.00	7.5 (3.2)		
	Eşi vefat etmiş	8.00±0.00	8.0 (0.0)		
Yaşama Ortamı	Tek başına	5.25±2.77	5.5 (3.7)	$\chi^2=0.792$	0.940
	Eşiyle	5.31±2.56	5.0 (2.0)		
	Çekirdek aile	5.53±2.93	6.0 (5.0)		
	Geniş aile	5.50±3.96	7.0 (8.2)		
	Diğer	5.25±2.78	6.0 (4.0)		
Gelir Durumu	Asgari ücretten az	5.37±3.35	6.0 (7.0)	$\chi^2=1.471$	0.832
	Asgari ücret	5.81±2.60	6.0 (3.0)		
	Asgari ücretten fazla	5.41±2.82	5.5 (5.0)		
	Asgari ücretin iki katı fazlası	4.90±3.09	6.0 (6.0)		
	Asgari ücretin üç katı ve fazlası	4.93±2.96	5.0 (4.0)		
Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?	Hayır	5.31±2.95	5.0 (5.0)	$\chi^2=2.289$	0.683
	Her gün	5.91±3.05	7.0 (6.0)		

	Haftada en az üç gün	5.09±2.47	5.0 (2.0)		
	Haftada en az beş gün	5.40±2.77	7.0 (4.0)		
	Arada bir	5.90±3.22	7.0 (5.5)		
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	5.16±2.90	5.0 (5.0)	$\chi^2=2.254$	0.521
	Her gün/Haftada bir	6.12±2.99	6.0 (3.2)		
	Ayda bir	5.69±2.72	6.5 (3.5)		
	Arada bir	5.81±2.84	6.0 (4.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Çay Tüketir Misiniz?	Evet	5.57±2.73	6.0 (3.0)	$\chi^2=2.979$	0.225
	Hayır	4.87±2.83	5.0 (5.0)		
	Bazen	5.78±3.28	6.0 (6.0)		
Uyumadan Bir Saat Önce Kahve Tüketir Misiniz?	Evet	5.28±2.78	6.0 (4.0)	$\chi^2=5.301$	0.071
	Hayır	5.07±2.93	5.0 (4.2)		
	Bazen	6.45±2.59	6.0 (4.0)		
Kronik Hastalık	Evet	5.83±2.89	6.0 (6.0)	$z=0.526$	0.599
	Hayır	5.36±2.87	6.0 (4.7)		
Gece Yemek Yeme Alışkanlığınız Var Mıdır?	Evet	5.77±2.67	6.0 (3.7)	$z=0.962$	0.336
	Hayır	5.25±2.94	5.5 (5.0)		
Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?	Evet	5.54±2.86	6.0 (4.7)	$z=1.549$	0.121
	Hayır	4.50±2.80	4.5 (4.7)		
VKİ	Zayıf	7.00±0.00	7.0 (0.0)	$\chi^2=4.252$	0.235
	Normal	5.06±3.05	5.5 (5.0)		
	Pre obez	5.89±2.51	6.0 (4.0)		
	Obez	4.65±3.31	4.5 (6.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

Fageström Nikotin Bağımlılık puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarda Bekar—Boşanmış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.012$) (Tablo 18).

Tablo 18: Fageström Nikotin Bağımlılık puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Medeni Durum	p
Bekar—Evli	1.000
Bekar—Boşanmış	0.012
Bekar—Eşi vefat etmiş	0.569
Evli—Boşanmış	0.371
Evli—Eşi vefat etmiş	1.000
Boşanmış—Eşi vefat etmiş	1.000

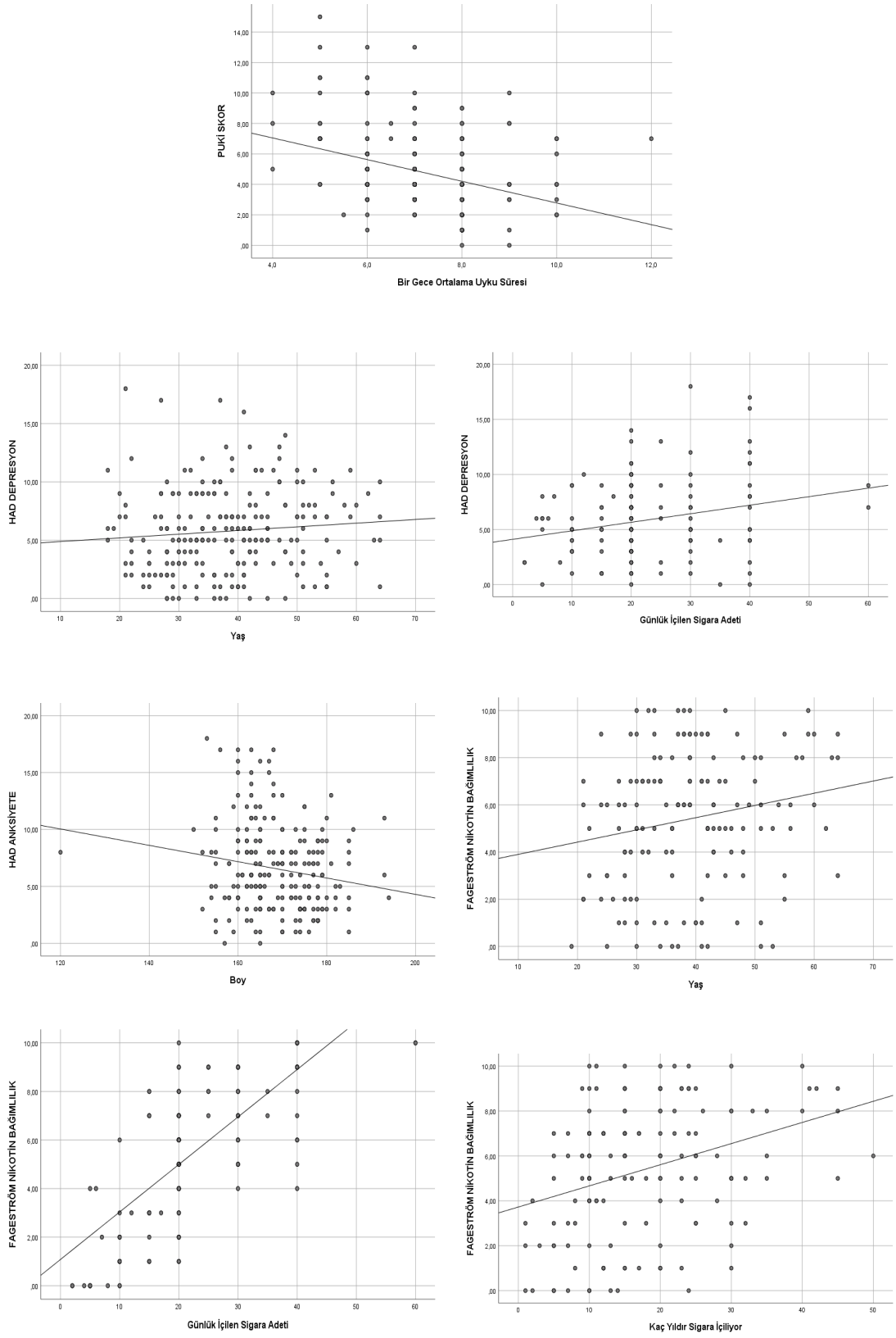
**Bonferroni Düzeltmeli p değerleri*

PUKİ skoru ile bir gecede ortalama uyku süresi arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0.351$, $p<0.001$). Bir Gecede Ortalama Uyku Süresi arttıkça PUKİ skoru azalmaktadır. HAD-Anksiyete puanı ile boy arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.163$; $p=0.014$). HAD-Depresyon puanı ile yaş ve günlük içilen sigara adeti arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.140$; $p=0.035$, $r=0.175$; $p=0.031$). Fageström Nikotin Bağımlılık puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.175$; $p=0.031$). Fageström Nikotin Bağımlılık puanı ile günlük içilen sigara adeti arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.712$; $p<0.001$). Fageström Nikotin Bağımlılık puanı ile kaç yıldır sigara içiliyor arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.329$; $p<0.001$) (Tablo 19).

Tablo 19: Ölçek puanları ile diğer parametreler arasındaki ilişki

	FAGESTRÖM							
	PUKİ SKORU		HAD- ANKSİYETE		HAD- DEPRESYON		NİKOTİN BAĞIMLILIK PUANI	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0.029	0.658	0.051	0.439	0.140	0.035	0.175	0.031
Kilo	0.057	0.395	-0.126	0.057	-0.024	0.718	0.034	0.679
Boy	-0.083	0.209	-0.163	0.014	-0.082	0.217	-0.019	0.816
VKİ	0.121	0.069	-0.037	0.577	0.021	0.754	0.067	0.409
Bir Gecede Ortalama Uyku Süresi (saat)	-0.351	<0.001	-0.082	0.220	-0.014	0.836	0.042	0.611
Günlük içilen sigara adeti	-0.036	0.661	0.055	0.500	0.175	0.031	0.712	<0.001
Kaç yıldır sigara içiliyor	-0.127	0.119	0.096	0.240	0.131	0.110	0.329	<0.001
Günlük ortalama ekran maruziyet süresi (saat)	0.070	0.293	0.034	0.611	-0.030	0.657	0.021	0.797

r: Spearman İlişki Katsayısı



Şekil 6: Ölçek puanları ile diğer parametreler arasındaki korelasyonlar grafikleri

Öznel Uyku Kalitesi ile Uyku Latansı, Uyku Süresi, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Had-Anksiyete, Had-Depresyon arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.277;p<0.001$, $r=0.215;p=0.001$, $r=0.320;p<0.001$, $r=0.259;p<0.001$, $r=0.266;p<0.001$, $r=0.206;p=0.002$). Öznel Uyku Kalitesi ile Alışılmış Uyku Etkinliği arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.140;p=0.035$). Öznel Uyku Kalitesi ile Gündüz İşlev Bozukluğu arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.435;p<0.001$). Öznel Uyku Kalitesi ile Puki Skoru arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.627;p<0.001$).

Uyku Latansı ile Uyku Bozukluğu, Gündüz İşlev Bozukluğu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.303;p<0.001$, $r=0.210;p=0.001$). Uyku Latansı ile Uyku İlacı Kullanımı, Had-Anksiyete, Had-Depresyon arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.146;p=0.027$, $r=0.163;p=0.014$, $r=0.167;p=0.012$). Uyku Latansı ile Puki Skoru arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.565;p<0.001$).

Uyku Süresi ile Alışılmış Uyku Etkinliği zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.327;p<0.001$). Uyku Süresi ile Puki Skoru arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.465;p<0.001$).

Alışılmış Uyku Etkinliği ile Uyku Bozukluğu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.255;p<0.001$). Alışılmış Uyku Etkinliği ile Uyku ilacı kullanımı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.166;p=0.012$). Alışılmış Uyku Etkinliği ile Puki Skoru arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.5449;p<0.001$). Alışılmış Uyku Etkinliği ile Had-Anksiyete arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.313;p<0.001$).

Uyku Bozukluğu ile Uyku İlacı Kullanımı, Had-Depresyon, Fageström Nikotin Bağımlılık arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.197;p=0.003$, $r=0.174;p=0.008$, $r=0.189;p=0.019$). Uyku

Bozukluğu ile Puki Skoru arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.577;p<0.001$). Uyku Bozukluğu ile Gündüz İşlev Bozukluğu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.301;p<0.001$).

Uyku İlacı Kullanımı ile Gündüz İşlev Bozukluğu, Puki Skoru, Had-Anksiyete arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.231;p<0.001$, $r=0.289;p<0.001$, $r=0.214;p=0.001$). Uyku İlacı Kullanımı ile Had-Depresyon arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.193;p=0.003$).

Gündüz İşlev Bozukluğu ile Puki Skoru arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.607;p<0.001$). Gündüz İşlev Bozukluğu ile Had-Anksiyete arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.205;p=0.002$). Gündüz İşlev Bozukluğu ile HAD-Depresyon arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.152;p=0.022$).

Puki Skoru ile Had-Anksiyete, Had-Depresyon arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.355;p<0.001$, $r=0.229;p=0.001$).

Had-Anksiyete ile Had-Depresyon arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.610;p<0.001$) (Tablo 20).

Tablo 20: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları

		Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu	Puki Skoru	HAD-Anksiyete	HAD-Depresyon	Fageström Nikotin Bağımlılık
Öznel Uyku Kalitesi	r											
	p											
Uyku Latansı	r	,277										
	p	,000										
Uyku Süresi	r	,215	,085									
	p	,001	,201									
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	,140	,105	,327								
	p	,035	,113	,000								
Uyku Bozukluğu	r	,320	,303	,099	,255							
	p	,000	,000	,135	,000							
Uyku İlacı Kullanımı	r	,259	,146	,048	,166	,197						
	p	,000	,027	,471	,012	,003						
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	,435	,210	,084	,126	,301	,231					
	p	,000	,001	,204	,058	,000	,000					
Puki Skoru	r	,627	,645	,465	,449	,577	,289	,607				
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
Had-Anksiyete	r	,266	,163	,112	,313	,274	,214	,205	,355			
	p	,000	,014	,090	,000	,000	,001	,002	,000			
Had-Depresyon	r	,206	,167	-,006	,128	,174	,193	,152	,229	,610		
	p	,002	,012	,926	,053	,008	,003	,022	,001	,000		
Fageström Nikotin Bağımlılık	r	,033	,147	-,003	-,037	,189	,103	,096	,110	,138	,156	
	p	,683	,071	,970	,654	,019	,205	,238	,178	,090	,055	

Kötü uyku durumu üzerine etkisi araştırılan HAD-Anksiyete puanı, HAD-Depresyon puanı, Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı, yaş, cinsiyet, medeni durum, VKİ, düzenli egzersiz yapma, alkol kullanımı, gece yemek yeme, uyumadan önce

telefon vb. kullanma durumu değişkenlerinin bulunduğu çok değişkenli lojistik regresyon modeline ilişkin sonuçlar Tablo 1’de verilmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre HAD-Anksiyete puanı Kötü uyku olma riskini 1.309 kat, HAD-Depresyon puanı 1.249 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Gece yemek yiyen bireylerin yemeyen bireylere göre kötü uyku olma riski 5.113 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre kötü uyku olma riski %65.6 (1-0.344) azalmaktadır (Tablo 1).

Modelin açıklayıcılığı Cox&Snell veya Nagelkerke R^2 değerleri ile değerlendirilmiştir. Lojistik regresyon modelinde Nagelkerke R^2 değerinin 0.523 bulunması çok değişkenli modelin yanıt değişkenini (Kötü uyku durumu) çok iyi düzeyde açıkladığını ifade etmektedir.

Tablo 21: Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinde Kötü uyku durumu ile İlişkili Potansiyel Risk Faktörleri

Değişkenler	β	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	Exp(B) için 95% güven aralığı	
						Alt	Üst
Sabit	-9.261	2.315	16.005	<0.001	0.001		
HAD-Anksiyete puanı	0.269	0.088	9.415	0.002	1.309	1.102	1.555
HAD-Depresyon puanı	0.223	0.099	5.051	0.025	1.249	1.029	1.517
Fageström Nikotin Bağımlılık Puanı	0.027	0.094	0.085	0.771	1.028	0.854	1.236
Yaş	0.010	0.028	0.119	0.730	1.010	0.956	1.066
Cinsiyet (Erkek)	0.093	0.513	0.033	0.855	1.098	0.402	2.998
Medeni durum (Evli)	-0.784	0.529	2.195	0.138	0.456	0.162	1.288
VKİ	0.098	0.059	2.769	0.096	1.103	0.983	1.238
Düzenli egzersiz (Evet)	-1.066	0.513	4.315	0.038	0.344	0.126	0.942
Alkol kullanımı (Evet)	0.813	0.533	2.327	0.127	2.255	0.793	6.412
Gece yemek yeme (Evet)	1.632	0.536	9.284	0.002	5.113	1.790	14.604
Uyumadan önce telefon vb. kullanma durumu (Evet)	2.109	1.135	3.450	0.063	8.238	0.890	76.252

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda sigara bırakma isteğinin uyku kalitesine ve anksiyete depresyon düzeylerine etkisini incelemeyi amaçladık. Katılımcıların PUKİ skoru değerlendirilmesinde %70,2'si sağlıklı uyku, %29,8'i kötü uyku sınıfındadır.

Alman genel popülasyonunda bulunan kötü uyku kalitesi %36 dır (65). Çin genel popülasyonunda ise bu oran ise %26.6 dır (66).2022 yılında Hwang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların %39.4 ü kötü uyku kalitesine sahiptir (67). Aysan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise uyku kalitesi kötü olanların oranı %59 iyi olanların oranı %41 dir (68). Dugas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha yüksek sigara tüketimi daha sık yoksunluk belirtileri daha yüksek Fagestrom bağımlılık puanları kötü uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (69).

Çalışmamızda Sigara Bırakma isteği olup sigara bırakma polikliniğine (SBP) başvuran hastaların uyku kalitesi (PUKİ skoru 5.29) ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayıp sigara içenlerin uyku kalitesi (PUKİ skoru 4,58) incelendiğinde ikinci grubun uyku kalitesi uyku kalitesi daha iyidir. Sigara içmeyenlerin uyku kalitesi ise (PUKİ skoru 4,54) en yüksek sonuçlanmıştır.

Bu durum SBP ne başvuran hastaların fagestrom nikotin bağımlılığı düzeylerinin (6,29), SBP ne başvurmeyen hastalardan (4,43) daha yüksek olması ile açıklanabilir. Nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça uyku kalitesini düşürmektedir.

Sujarwoto ve arkadaşlarının yaklaşık 39 bin bireyde yaptığı çalışmada halen sigara içenlerin uyku bozukluğu yaşama ihtimali, sigara içmeyenlere göre neredeyse bir buçuk kat daha yüksekti ve çok sigara içenler arasında bu oran neredeyse iki katına çıkmıştır (70). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha sigara içenlerde daha düşük bulunmuştur. Diğer çalışmalardan farklı olarak uyku kalitesini direkt olarak etkileyen kronik hastaları ve geçmişte psikiyatrik hastalık olan bireyleri çalışmamıza dahil etmememiz istatistiksel anlamlılığı etkilemiş olabilir.

Veronda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre sigara içenler genellikle önemli ölçüde daha uzun uyku latansı, uykuya dalmada artan zorluk ve daha az toplam uyku zamanından muzdarip görünmektedir (71). Liao ve arkadaşlarının yaklaşık 27 bin kişide yaptığı çalışmada sigara içenler, öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozuklukları açısından sigara içmeyenlere göre

daha düşük puanlar sergilemiştir. Ayrıca sigara içenler gündüzleri daha fazla işlev bozukluğu ve daha büyük bir oranda uyku bozuklukları bildirmiştir (72). Çalışmamızda gruplar arasında uyku latansı skor değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. SBP ne gelip sigara içen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 1.32 ± 0.91 , sigara içen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 1.07 ± 0.87 ve sigara içmeyen bireylerin uyku latansı skor ortalaması 0.91 ± 0.94 olduğu saptanmıştır. Sigara içenlerde uyku latansı daha düşüktür. Sigara içenlerde Uyku Latansı skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içmeyen-SBP Polikliniğe gelip sigara içen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Alışılmış Uyku Etkinliği skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içen-Sigara içmeyen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Uyku bozukluğu skorları bakımından gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda Sigara içen-Polikliniğe gelip sigara içen, Sigara içmeyen-Polikliniğe gelip sigara içen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Sigara içme durumu uyku kalitesi alt bileşenlerini etkilemektedir.

Başpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içenlerin uyku kalitesini değerlendirdiği meta analizinde yer alan çalışmalardan Sigara içenlerin daha kaliteli uyumadığını gösteren Top ($p=0,607$), Toşur ($p=0,924$), Barlas ($p=0,597$), Demir Karataş ($p=0,543$) ve Karakaş ($p=0,299$) çalışmalarının hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (73). Yine sigara kullanımının uyku kalitesine etkisi açısından anlamlı olmayan başka çalışmalarda bulunmaktadır (68,74). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.479$)

Sigara bağımlılığı düzeyi ve uyku kalitesi arasında birbirini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen ilişkiler mevcuttur. Sigara bağımlılığının uyku kalitesini düşürdüğü yönünde çalışmalar bulunsun da istatistiksel olarak anlamsız sonuçlar veren çalışmalarda mevcuttur.(73)

Zou ve arkadaşlarının 686 erkek üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmada, PUKİ genel puanı, başlangıçta veya takipte depresyon, anksiyete ve stres puanları ile pozitif iki yönlü ilişki bulmuştur (75). Rujnan ve arkadaşlarının sigara bağımlılarında yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri ile PUKİ Puanları arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.(76) Huang ve arkadaşlarının

çalışmasında toplam PUKİ puanı, artan depresif belirti riskiyle güçlü bir şekilde ilişkiliydi (67). Çalışmamızda PUKİ Skoru ile HAD anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bizim oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre ise kötü uyku olma riskini HAD-Anksiyete puanının 1.309 kat, HAD-Depresyon puanının 1.249 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Sigaraya bağlı yaşanan sağlık sorunları ve yaşam tarzı alışkanlıkları uyku kalitesinin düşmesine neden olabilir. Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında, sigara içenlerin stres ve depresyon gibi psikolojik sağlık sorunlarının yanında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet ve obezite dahil olmak üzere kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları gibi fiziksel sağlık sorunları yaşama olasılığı daha yüksektir. Sigara içenler ayrıca sigara içmeyenlere göre daha fazla alkol ve kafein tüketme eğilimindedir (77–79).

Qui Wan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gece yemek yeme sendromu(GYS) olan öğrencilerin uyku kalitesinin daha kötü bulunmuştur (80). Şen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek katılımcıların karbonhidrat alımları ile gece yeme, duygudurum ve uyku bozukluğu puanları arasında, ayrıca disakkarit alımları ile akşam hiperfajisi puanları arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Kadınların karbonhidrat alımları ile bilişsel kısıtlama, gece yeme ve duygudurum ve uyku bozukluğu puanları arasında negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur (81) .

Başatemür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gece yemek yeme alışkanlığı olanların uyku kalitesi daha düşük çıkmıştır. Alkol kullanımı ve çay tüketiminin artması gibi durumların uyku kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (82). Çalışmamızda bu sonuçlara benzer şekilde Gece yemek yeme alışkanlığı olan bireylerin PUKİ skoru gece yemek yeme alışkanlığı olmayan bireylere göre daha yüksektir. PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Oluşturduğumuz regresyon modelinde gece yemek yiyen bireylerin yemeyen bireylere göre kötü uyku olma riski 5.113 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine çalışmamızda alkol kullanım durumuna göre bireylerin PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. PUKİ skorları bakımından alkol kullanım durumu ikili karşılaştırmalarında ise alkol almayanlarla arada bir

kullananlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışmamızda da gece yemek yeme alışkanlığı ve alkol kullanımı açısından literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Park ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkol kullanım durumunun erkek hastalarda uyku kalitesini kötü yönde etkilediği belirtilmiştir (83). Guilleminault ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, günlük olarak alkol tüketmenin ve anksiyete bozukluğu yaşamının kötü uyku kalitesinin yordayıcıları olduğu ayrıca günlük alkol tüketiminin kaygı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi orta düzeyde etkilediği bulunmuştur (84). PUKİ skorları bakımından alkol kullanım durumu ikili karşılaştırmalarda hiç alkol kullanmayanlarla arada bir kullanan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yine istatistiksel olarak anlamlı olmasa da günlük, haftalık ve aylık olarak düzenli alkol tüketenlerin uyku kaliteleri hiç alkol kullanmayanlardan daha düşük çıkmıştır. Alkol kullanımı uyku kalitesini kötü yönde etkilemektedir.

Wu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ekran maruziyetinin uyku kalitesini düşürdüğü yönünde anlamlı bulunmuştur. Düşük fiziksel aktivitede uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşürmektedir (85). Refique ve arkadaşlarının çalışmasında ise mobil ekranı günde 8 saat ve üzerinde kullanmanın, ışıkları kapattıktan sonra uyumadan önce en az 30 dakika cep telefonu kullanmanın ve cep telefonunu yastığa yakın tutmanın kötü uyku kalitesi ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (86). Çalışmamızda ise “Uyumadan Önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar Aktif Şekilde Kullanıyor Musunuz?” sorusuna verilen yanıtlara göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Uyumadan önceki Son Bir Saat İçinde Cep Telefonu, TV, Bilgisayar aktif Şekilde kullanan bireylerin PUKİ skor ortalaması 5.03 ± 2.59 , kullanmayan bireylerin PUKİ skor ortalaması 3.78 ± 2.10 olduğu belirlenmiştir. Yatmadan önce parlak ekrana maruz kalmanın uyku için önemli olan melatonin hormonu salınımı azalttığı düşünülmektedir.

Brand ve arkadaşlarının çalışması kronik şiddetli egzersizsiz hastaların uyku ve psikolojik işlevleri ile olumlu yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, düşük egzersiz düzeyine sahip erkeklerin artan uyku şikayetleri ve daha zayıf psikolojik işlevsellik açısından risk altında olduğu saptanmıştır (87). Banno ve arkadaşlarının

dokuz çalışmayı dahil ettiği meta analizde egzersizin kayda değer yan etkiler olmaksızın uyku kalitesini yükselttiği sonucuna varılmıştır (88). Lederman ve arkadaşlarının sekiz çalışmayı kapsayan meta analizinde egzersizin psikiyatrik hastalarda uyku kalitesini önemli ölçüde arttırdığı görülmüştür (89). PUKİ skorları bakımından “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” Sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında egzersiz sıklığı arttıkça uyku kalitesi artmaktadır. Oluşturduğumuz modelde egzersiz uyku kalitesini %65 arttırmaktadır. Çalışmamız da literatürle benzer şekilde egzersiz düzeyi arttıkça uyku kalitesi artmaktadır.

Çalışmamızda, HAD-Anksiyete sınıflamasına göre bireylerin %63,2’si normal, %22,3’ü sınırdaki, %14,5’i yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tel ve arkadaşları çalışmalarında, dul bireylerde anksiyete ve depresyon puanlarını yüksek bulmuşlardır. Çalışmada , anksiyete ve depresyon ile medeni durum arasında ilişki bulunduğu ve dul hastalarda puan ortalamalarının evli ve bekar hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (90). Çalışmamızda ise HAD-Depresyon puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarda Bekar—eşi vefat etmiş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Anksiyete puanları incelendiğinde ise en düşük anksiyete puanı bekar olan grupta en yüksek anksiyete puanı eşi vefat etmiş hastalarda bulunmuştur. Çalışmamız bu açıdan literatürle benzer sonuçlara sahiptir.

Fengsu ve arkadaşlarının 3088 bireyde yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(91). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ve cinsiyetin anksiyete düzeyini, yaş ve eğitim durumunun ise depresyon düzeyini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği belirlenmiştir(92). Çalışmamız da cinsiyete göre bireylerin HAD-Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kadın bireylerin HAD-Anksiyete puan ortalaması erkek bireylere göre daha yüksektir. HAD-Depresyon puanı ile yaş arasında ise çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Nyberg ve arkadaşları 1 milyondan fazla İsveçli erkeği 42 yıla kadar takip eden çalışmalarında, düşük kardiyovasküler zindeliğin daha yüksek anksiyete bozukluğu teşhisi alma riskiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (93). Deiborg ve arkadaşlarının yaklaşık 400 bin kişi ile yaptığı çalışmada ise fiziksel olarak aktif insanların genel

popölasyona göre anksiyete oranlarının 100 de 60 oranında daha düşük olduğu saptanmıştır(94). Çalışmamızda egzersiz sıklığı arttıkça anksiyete dölzeyleri azalmaktadır. Egzersize bağlı oluşan fiziksel zindelik anksiyete dölzeylerinin azalmasına katkı sağlıyor olabilir.

HAD-Depresyon sınıflamasına göre bireylerin %72.4'ü normal, %17.5'i sınırda, %10.1'i anormal grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Srivastava ve arkadaşlarının eşini kaybetmiş yaşlı yetişkinlerde yaptığı çalışmada evlilik bozulmasının majör depresyon ve özellikle erkeklerde ilk depresyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Bu bulgular, majör depresyon riskiyle ilgili diğer epidemiyolojik ve büyük ölçekli çalışmalardan elde edilen kanıtlarla tutarlıdır (95–97). Yaşam dölzeni ve medeni durumun depresif belirtilerle anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (98) (99). Özellikle yaşlılar arasında dul kalma ve yalnız yaşamayı kötü ruh sağlığı için risk faktörleri olarak tanımlayan araştırmalarla paraleldir.(100,101) alışmamızda medeni duruma göre bireylerin HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Eşi vefat etmiş bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 8.60 ± 3.78 ile en yüksek, bekar bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması ise 5.25 ± 3.82 ile en düşük puan olduğu belirlenmiştir. psikolojik refah üzerindeki olumsuz etkisinin olası açıklaması, duygusal desteğin azalmasına ve mali desteğin olmamasına yol açan eř kaybından kaynaklanan artan stres olabilir (102).

Zengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim dölzeyi arttıkça, ekonomik durum ise azaldıkça anksiyete ve depresif belirtilerin arttđđı saptanmıştır (103). Stavrou ve arkadaşlarının 300 gönüllü ile yaptığı çalışmada ekonomik durum ve gelir dölzeyi düşüklüğü ile anksiyete ve depresyon arasında çarpıcı bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (104). Witteveen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ekonomik zorluklar ile depresyon ve sağlık kaygısı duygularını ifade etme arasında çarpıcı bir pozitif bulgu olduğunu göstermektedir (105). Mateu ve arkadaşlarının 2.621 katılımcı ile yaptığı çalışmada ekonomik kriz ile depresyon dölzeyleri arttırdığı yönünde sonuçlar bulunmuştur.(106) Benzer şekilde, ekonomik sıkıntı ve finansal baskının depresif belirtileri arttırdığını değerlendiren çalışmalar mevcuttur (107–111). Gelir durumu asgari ücretten az bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.86 ± 3.94 , asgari ücret olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.78 ± 3.29 , asgari

ücretten fazla bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.29 ± 3.66 , asgari ücretin iki katı fazlası olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.44 ± 3.37 , asgari ücretin üç katı ve fazlası olan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.15 ± 2.79 'dir. Gelir durumuna göre bireylerin HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda HAD-Anksiyete puanları bakımından gelir durumu ikili karşılaştırmalarda Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücretten fazla, Asgari ücretin üç katı ve fazlası—Asgari ücret arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Anksiyete ve Depresyonun ülke ekonomisini etkileyen durumlarda en çok asgari ücret alan grupları etkilediği düşünülebilir.

Yates ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada düzenli egzersizin depresyon düzeylerini azaltmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, fiziksel hareketsizlik, depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere çok sayıda hastalık için değiştirilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (112). Khanzada ve arkadaşlarının 269 gönüllüde yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan kişilerde egzersiz yapmayanlara göre daha düşük depresyon sıklığı saptanmıştır. Fiziksel egzersiz, çalışılan yetişkin popülasyonda daha düşük kaygı ve depresyon sıklığı ile anlamlı bir şekilde ilişkiliydi (113). Kanıtlar, düzenli fiziksel egzersizin kaygı ve depresyonun azaltılmasındaki yararlı rolünü göstermiştir (114–116). Çalışmamızda düzenli egzersiz yapmayan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 6.78 ± 3.61 , her gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 3.85 ± 3.26 , haftada en az üç gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.18 ± 3.11 , haftada en az beş gün egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 4.53 ± 2.76 , arada bir egzersiz yapan bireylerin HAD-Depresyon puan ortalaması 5.45 ± 3.78 'dir. “Düzenli Egzersiz Yapar Mısınız?” sorusuna verilen yanıtlara göre HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamızda literatürle benzer şekilde egzersiz yoğunluğu arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Velioğlu ve arkadaşlarının SBP ne başvuranlarda yaptığı çalışmada 20 yaş altı sigara içenlerin bağımlılık düzeyi 40 yaş üstü bireylerin nikotin bağımlılık düzeyine göre anlamlı olarak düşüktü (117). Çalışmamızda Fagestrom Nikotin Bağımlılık puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmaktadır ve Fageström Nikotin Bağımlılık puanı ile sigara içilen yıl arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yaş ve Sigara içilen süre arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi artmaktadır.

Şengezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme olasılığı erkek cinsiyette ve parçalanmış aile üyelerinde sırasıyla 2.16 ve 1.92 kat artmaktaydı (118). Fageström Nikotin Bağımlılık puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarda Bekar—Boşanmış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da erkek bireylerin nikotin bağımlılık puanı daha yüksektir.

Boudreaux ve arkadaşlarının çalışmasında bağımlılık derecesi arttıkça sigara bırakma isteğinin anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma isteği ve SBP ne başvurunun arttığı fagestrom bağımlılık puanı artışı ile ilişkilendirilmiştir (119). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında bağımlılık derecesi arttıkça sigarayı bırakmaya yönelik isteğin de anlamlı derecede arttığı ve Fagestrom bağımlılık puanlarının ortalamasının sigara içenlerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (120). Bizim çalışmamızda ise Sigara içen bireylerde, SBP Polikliniğe Gelip Sigara İçen-Sigara içen gruplamasına göre bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Polikliniğe Gelip Sigara İçen bireylerin Fageström Nikotin Bağımlılık düzeyleri sigara içen bireylere göre daha yüksektir. Bu durum diğer çalışmalarla da uyumlu olup SBP ne başvuranların Fagestrom nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

El-Sherbiny ve arkadaşlarının 2 bin yetişkin bireyde yaptığı çalışmada sigara içme motivasyonu nikotin bağımlılığı ve anksiyete depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardı. Depresyon ve anksiyete skoru yaş, sigara içme süresi, nikotin bağımlılık düzeyi, değiştirilmiş sigara içme isteği ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona sahipti (121). Rujnan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara bağımlılığı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (76). Arıca ve arkadaşlarının çalışmasında ise SBP ne kronik hastalık korkusu nedeniyle başvuranların sağlık anksiyetesi düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu ve bu hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin kronik hastalık yaşayanlarla benzer düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (122). Çalışmamız da anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Anksiyete ve depresyon puanı en yüksek olan grup SBP ne başvuranlardır. Ayrıca HAD depresyon puanı ile günlük içilen sigara adeti arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

6. SONUÇLAR

Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte SBP ne gelen bireylerde en kötü uyku kalitesi ve en yüksek nikotin bağımlılık düzeyi saptanmıştır. Uyku düzeyini etkileyen faktörler arasında anksiyete depresyon fiziksel aktivite ve gece yemek yeme önemli yer tutmaktadır. Alkol kullanımı, gece yemek yeme alışkanlığı ve uyumadan önceki ekran maruziyetleri anlamlı olarak uyku kalitesini düşüren faktörler arasındadır.

Fagestrom Nikotin Bağımlılık puanları bakımından medeni durum ikili karşılaştırmalarında bekar bireylerin Fagestrom nikotin bağımlılık puanı daha düşüktür. Boşanmış bireylerin bağımlılık puanı anlamlı olarak daha yüksekti. SBP ne gelen bireylerin nikotin bağımlılığı değerlendirilirken, gelir düzeyi ve medeni durumu göz önüne alınmalıdır.

Ayrıca sigara içenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Gelir durumu, egzersiz düzeyi, cinsiyet anksiyete düzeyinde etkili faktörler olarak bulunmuştur. Medeni durum, gelir düzeyi, egzersiz düzeyi ve yatmadan önceki çay, kahve tüketimi depresyon açısından anlamlı bulgular arasındadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri de sigara kullanan hastalarını sigara bağımlılığı anksiyete depresyon düzeyleri ve egzersiz konusundaki olumlu etkisi hakkında bilgilendirmelidir. Hastalara düzenli egzersiz yapmaları önerilebilir.

Birinci basamağa başvuran hastalarda uyku düzeninin de değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca sigara bırakma tedavisi ile birlikte hastanın anksiyete ve depresyon düzeyinin de sorgulanması büyük önem taşır. Aynı zamanda egzersiz ve yeme alışkanlıkları gibi yaşam tarzlarının sorgulanıp düzenlenmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. Arch Intern Med. 10 Nisan 1995;155(7):734-7.
2. Rujnan T, Çaykara B, Sağlam Z, Pençe HH. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 01 Aralık 2019;(4):609-15.
3. Mak KK, Ho SY, Thomas GN, Lo WS, Cheuk DKL, Lai YK, vd. Smoking and sleep disorders in Chinese adolescents. Sleep Med. Mart 2010;11(3):268-73.
4. Li H, Liu Y, Xing L, Yang X, Xu J, Ren Q, vd. Association of Cigarette Smoking with Sleep Disturbance and Neurotransmitters in Cerebrospinal Fluid. Nat Sci Sleep. 23 Ekim 2020;12:801-8.
5. Çelik ZH, Sevi OM. Sigarayı Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 31 Mart 2020;12(1):54-71.
6. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. Ocak 2017;19(1):3-13.
7. Lewis AB. Tobacco In New Guinea. American Anthropologist. 03 Ocak 1931;33(1):134-8.
8. Wang X, Bennetzen JL. Current status and prospects for the study of *Nicotiana* genomics, genetics, and nicotine biosynthesis genes. Mol Genet Genomics. Şubat 2015;290(1):11-21.
9. Mehmood F, Abdullah, Ubaid Z, Shahzadi I, Ahmed I, Waheed MT, vd. Plastid genomics of *Nicotiana* (Solanaceae): insights into molecular evolution, positive selection and the origin of the maternal genome of Aztec tobacco (*Nicotiana rustica*). PeerJ. 23 Temmuz 2020;8:e9552.
10. The impact of genome evolution on the allotetraploid *Nicotiana rustica* - an intriguing story of enhanced alkaloid production - PubMed [İnternet]. [a.yer 05 Şubat 2023]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30497378/>
11. Goodman J. Tobacco in History: The Cultures of Dependence [İnternet]. 1. bs. Routledge; 2005 [a.yer 11 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203993651>
12. Mishra S, Mishra M. Tobacco: Its historical, cultural, oral, and periodontal health association. J Int Soc Prevent Communit Dent. 2013;3(1):12.
13. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de Tütün (*Nicotiana tabacum* L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Coğrafi Dağılımı Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Dergisi. 31 Ocak 2014;18(30):0.
14. Yeşiltaş A, Mpower Politikası Sonrası Ergenlerde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı: Sistematik Derleme Tobacco and Tobacco Products Use in Adolescents After Mpower Policy: A Systematic Review. 01 Ocak 2020;0-00.
15. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hast Serisi [İnternet]. 2016;4(1):27-31.

16. Kozlowski LT, Pillitteri JL. Beliefs about “Light” and “Ultra Light” cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tob Control*. 2001;10 Suppl 1(Suppl 1):i12-16.
17. Kabbani N. Not so Cool? Menthol’s discovered actions on the nicotinic receptor and its implications for nicotine addiction. *Front Pharmacol*. 2013;4:95.
18. Couch ET, Chaffee BW, Gansky SA, Walsh MM. The changing tobacco landscape. *The Journal of the American Dental Association*. Temmuz 2016;147(7):561-9.
19. A brief history of the Smoking Pipe – Ebenharts Handmade Pipes & Restaurant [Internet]. [a.yer 14 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://ebenharts.co.za/2020/12/26/a-brief-history-of-the-smoking-pipe/>
20. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, Keaney JF, Deanfield JE, Daiber A. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *Eur Heart J*. 01 Kasım 2020;41(41):4057-70.
21. Aljarrah K, Ababneh ZQ, Al-Delaimy WK. Perceptions of hookah smoking harmfulness: predictors and characteristics among current hookah users. *Tob Induc Dis*. 18 Aralık 2009;5(1):16.
22. DeForest Hauser C, Mailig R, Stadtler H, Reed J, Chen S, Uffman E, vd. Waterpipe tobacco smoke toxicity: the impact of waterpipe size. *Tob Control*. Şubat 2020;29(Suppl 2):s90-4.
23. Risk for oral cancer from smokeless tobacco [Internet]. [a.yer 14 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.termedia.pl/Risk-for-oral-cancer-from-smokeless-tobacco,3,22229,0,1.html>
24. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-Cigarettes: A Scientific Review. *Circulation*. 13 Mayıs 2014;129(19):1972-86.
25. Brandon TH, Goniewicz ML, Hanna NH, Hatsukami DK, Herbst RS, Hobin JA, vd. Electronic nicotine delivery systems: a policy statement from the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology. *Clin Cancer Res*. 01 Şubat 2015;21(3):514-25.
26. Summary of Global Burden of Disease Study Methods. *Journal of the American College of Cardiology*. Aralık 2022;80(25):2372-425.
27. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. World Health Organization; 2008 [a.yer 15 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818>
28. Boyle P, Yasantha Ariyaratne M, Barrington R, Bartelink H, Bartsch G, Berns A, vd. Tobacco: deadly in any form or disguise. *The Lancet*. Mayıs 2006;367(9524):1710-2.
29. Office of the Surgeon General (US), Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004 [a.yer 05 Şubat 2023]. (Reports of the Surgeon General). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
30. Hussain A, Dulay P, Rivera MN, Aramouni C, Saxena V. Neoplastic Pathogenesis Associated with Cigarette Carcinogens. *Cureus* [Internet]. 25 Ocak 2019 [a.yer 15 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://www.cureus.com/articles/17003-neoplastic-pathogenesis-associated-with-cigarette-carcinogens>

31. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and updating the evidence on the health consequences of cigarette smoking. *Am J Epidemiol*. 15 Şubat 2014;179(4):403-12.
32. Tiwari RK, Sharma V, Pandey RK, Shukla SS. Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. *J Pharmacopuncture*. 31 Mart 2020;23(1):1-7.
33. Hopkins TJ, Rupprecht LE, Hayes MR, Blendy JA, Schmidt HD. Galantamine, an acetylcholinesterase inhibitor and positive allosteric modulator of nicotinic acetylcholine receptors, attenuates nicotine taking and seeking in rats. *Neuropsychopharmacology*. Eylül 2012;37(10):2310-21.
34. Kushner HI. Toward a cultural biology of addiction. *BioSocieties*. Mart 2010;5(1):8-24.
35. Gotti C, Clementi F, Fornari A, Gaimarri A, Guiducci S, Manfredi I, vd. Structural and functional diversity of native brain neuronal nicotinic receptors. *Biochem Pharmacol*. 01 Ekim 2009;78(7):703-11.
36. Ortiz NC, O'Neill HC, Marks MJ, Grady SR. Varenicline blocks $\beta 2^*$ -nAChR-mediated response and activates $\beta 4^*$ -nAChR-mediated responses in mice in vivo. *Nicotine Tob Res*. Haziran 2012;14(6):711-9.
37. Baker TB, Breslau N, Covey L, Shiffman S. DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: a critique and proposed revisions for DSM-5*: DSM criteria revision. *Addiction*. Şubat 2012;107(2):263-75.
38. Michie S, Hyder N, Walia A, West R. Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav*. Nisan 2011;36(4):315-9.
39. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 Mayıs 2013;2013(5):CD000165.
40. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 Mart 2017;3(3):CD001007.
41. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 03 Haziran 2014;(6):CD001118.
42. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, vd. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med*. 03 Ekim 2002;347(14):1087-93.
43. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civiljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 04 Eylül 2017;9(9):CD007078.
44. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *Int J Health Sci (Qassim)*. Temmuz 2016;10(3):425-35.
45. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 Mayıs 2013;2013(5):CD009329.

46. Prochaska JJ, Das S, Benowitz NL. Cytisine, the world's oldest smoking cessation aid. *BMJ*. 23 Ağustos 2013;347:f5198.
47. Westergaard CG, Porsbjerg C, Backer V. The effect of Varenicline on smoking cessation in a group of young asthma patients. *Respir Med*. Kasım 2015;109(11):1416-22.
48. Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. *J Pharmacol Exp Ther*. Ekim 2000;295(1):321-7.
49. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ*. 28 Şubat 2004;328(7438):509-11.
50. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 Ağustos 2014;(8):CD002295.
51. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 Ocak 2011;(1):CD000009.
52. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 06 Ekim 2010;(10):CD001008.
53. Morrell HER, Cohen LM. Cigarette Smoking, Anxiety, and Depression. *J Psychopathol Behav Assess*. 06 Kasım 2006;28(4):281-95.
54. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain and Behavior*. 2013;3(3):302-26.
55. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core [Internet]. [a.yer 29 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/cigarette-smoking-and-depression-tests-of-causal-linkages-using-a-longitudinal-birth-cohort/C054720CC4CAF37C4CD96CD0E050773B>
56. Troynikov O, Watson CG, Nawaz N. Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of Thermal Biology*. Aralık 2018;78:192-203.
57. Strecker RE, Morairty S, Thakkar MM, Porkka-Heiskanen T, Basheer R, Dauphin LJ, vd. Adenosinergic modulation of basal forebrain and preoptic/anterior hypothalamic neuronal activity in the control of behavioral state. *Behav Brain Res*. Kasım 2000;115(2):183-204.
58. Chou TC, Bjorkum AA, Gaus SE, Lu J, Scammell TE, Saper CB. Afferents to the ventrolateral preoptic nucleus. *J Neurosci*. 01 Şubat 2002;22(3):977-90.
59. Saper CB, Cano G, Scammell TE. Homeostatic, circadian, and emotional regulation of sleep. *J Comp Neurol*. 05 Aralık 2005;493(1):92-8.
60. Dunmyre JR, Mashour GA, Booth V. Coupled flip-flop model for REM sleep regulation in the rat. *PLoS One*. 2014;9(4):e94481.
61. Sleep Quality: How to Determine if You're Getting Poor Sleep [Internet]. Sleep Foundation. 2020 [a.yer 18 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/how-to-determine-poor-quality-sleep>

62. Golem DL, Martin-Biggers JT, Koenings MM, Davis KF, Byrd-Bredbenner C. An integrative review of sleep for nutrition professionals. *Adv Nutr.* Kasım 2014;5(6):742-59.
63. St-Onge MP, Mikic A, Pietrolungo CE. Effects of Diet on Sleep Quality. *Advances in Nutrition.* Eylül 2016;7(5):938-49.
64. Da Silva e Silva WC, Costa NL, Rodrigues D da S, da Silva ML, Cunha K da C. Sleep quality of adult tobacco users: A systematic review of literature and meta-analysis. *Sleep Epidemiology.* Aralık 2022;2:100028.
65. Hinz A, Glaesmer H, Brähler E, Löffler M, Engel C, Enzenbach C, vd. Sleep quality in the general population: psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index, derived from a German community sample of 9284 people. *Sleep Med.* Şubat 2017;30:57-63.
66. Tang J, Liao Y, Kelly BC, Xie L, Xiang YT, Qi C, vd. Gender and Regional Differences in Sleep Quality and Insomnia: A General Population-based Study in Hunan Province of China. *Sci Rep.* 06 Mart 2017;7:43690.
67. Hwang JH, Park SW. The relationship between poor sleep quality measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index and smoking status according to sex and age: an analysis of the 2018 Korean Community Health Survey. *Epidemiol Health.* 14 Şubat 2022;44:e2022022.
68. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu EG. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 01 Ağustos 2014;7(3):193-8.
69. Dugas EN, Sylvestre MP, O'Loughlin EK, Brunet J, Kakinami L, Constantin E, vd. Nicotine dependence and sleep quality in young adults. *Addict Behav.* Şubat 2017;65:154-60.
70. Sujarwoto S. Sleep Disturbance in Indonesia: How Much Does Smoking Contribute? *Behav Sleep Med.* 2020;18(6):760-73.
71. Veronda AC, Irish LA, Delahanty DL. Effect of smoke exposure on young adults' sleep quality. *Nurs Health Sci.* Mart 2020;22(1):57-63.
72. Liao Y, Xie L, Chen X, Kelly BC, Qi C, Pan C, vd. Sleep quality in cigarette smokers and nonsmokers: findings from the general population in central China. *BMC Public Health.* Aralık 2019;19(1):808.
73. Başpınar MM. A Meta-analysis of Turkish Research About the Effect of Cigarette Smoking on Sleep Quality. *jtsm.* 05 Mart 2021;8(1):7-14.
74. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 01 Ağustos 2012;13(2):93-104.
75. Zou P, Wang X, Sun L, Liu K, Hou G, Yang W, vd. Poorer sleep quality correlated with mental health problems in college students: A longitudinal observational study among 686 males. *Journal of Psychosomatic Research.* 01 Eylül 2020;136:110177.
76. Çaykara B, Sağlam Z, Pençe HH, Rujnan T. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uyukluluk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *0. 23 Ekim 2019;0-0.*
77. Htoo A, Talwar A, Feinsilver SH, Greenberg H. Smoking and sleep disorders. *Med Clin North Am.* Kasım 2004;88(6):1575-91, xii.

78. Amiri S, Behnezhad S. Smoking and risk of sleep-related issues: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Can J Public Health*. Ekim 2020;111(5):775-86.
79. Zhang L, Samet J, Caffo B, Punjabi NM. Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. *Am J Epidemiol*. 15 Eylül 2006;164(6):529-37.
80. Kwan YQ, Lee SS, Cheng SH. Night Eating Syndrome and Its Association with Sleep Quality and Body Mass Index Among University Students During the Covid-19. *MJSSH*. 10 Ağustos 2021;6(8):371-83.
81. Şen G, Kabaran S. Beslenme Durumunun Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Uyku Kalitesi Üzerindeki Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 01 Kasım 2021;7(3):284-95.
82. Basatemür M, Güneş G. Hemşirelerde Gece Beslenme Alışkanlığı Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi; Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*. 31 Ekim 2021;6(3):227-36
83. Park SY, Oh MK, Lee BS, Kim HG, Lee WJ, Lee JH, vd. The Effects of Alcohol on Quality of Sleep. *Korean J Fam Med*. Kasım 2015;36(6):294-9.
84. Chueh KH, Guilleminault C, Lin CM. Alcohol Consumption as a Moderator of Anxiety and Sleep Quality. *J Nurs Res*. Haziran 2019;27(3):e23.
85. Wu X, Tao S, Zhang Y, Zhang S, Tao F. Low Physical Activity and High Screen Time Can Increase the Risks of Mental Health Problems and Poor Sleep Quality among Chinese College Students. Tian J, editör. *PLoS ONE*. 18 Mart 2015;10(3):e0119607.
86. Rafique N, Al-Asoom LI, Alsunni AA, Saudagar FN, Almulhim L, Alkaltham G. Effects of Mobile Use on Subjective Sleep Quality. *Nat Sci Sleep*. 23 Haziran 2020;12:357-64.
87. Brand S, Gerber M, Beck J, Hatzinger M, Pühse U, Holsboer-Trachsler E. High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents: a comparison of athletes and controls. *J Adolesc Health*. Şubat 2010;46(2):133-41.
88. Banno M, Harada Y, Taniguchi M, Tobita R, Tsujimoto H, Tsujimoto Y, vd. Exercise can improve sleep quality: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. 11 Temmuz 2018;6:e5172.
89. Lederman O, Ward PB, Firth J, Maloney C, Carney R, Vancampfort D, vd. Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 01 Şubat 2019;109:96-106.
90. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili Ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19 Şubat 2010;11(2):9-17.
91. Hou F, Bi F, Jiao R, Luo D, Song K. Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China:a cross-sectional study. *BMC Public Health*. Aralık 2020;20(1):1648.
92. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni [Internet]*. 2010 [a.yer 31 Ocak 2023]; Erişim adresi: <https://avesis.ebyu.edu.tr/yayin/b6d7df8d-f46a-40b9-a2d8-4b4a9e94779f/bir-saglik-ocagina-basvuran-kronik-hastaligi-olan-bireylerde-anksiyete-ve-depresyon>

93. Nyberg J, Henriksson M, Åberg M a. I, Rosengren A, Söderberg M, Åberg ND, vd. Cardiovascular fitness in late adolescent males and later risk of serious non-affective mental disorders: a prospective, population-based study. *Psychol Med.* Şubat 2018;48(3):416-25.
94. Svensson M, Brundin L, Erhardt S, Hållmarker U, James S, Deierborg T. Physical Activity Is Associated With Lower Long-Term Incidence of Anxiety in a Population-Based, Large-Scale Study. *Front Psychiatry.* 10 Eylül 2021;12:714014.
95. Sbarra DA, Emery RE, Beam CR, Ocker BL. Marital Dissolution and Major Depression in Midlife: A Propensity Score Analysis. *Clin Psychol Sci.* Mayıs 2014;2(3):249-57.
96. Keller MC, Neale MC, Kendler KS. Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *Am J Psychiatry.* Ekim 2007;164(10):1521-9; quiz 1622.
97. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health | Ageing & Society | Cambridge Core [İnternet]. [a.yer 06 Şubat 2023]. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/typologies-of-loneliness-living-alone-and-social-isolation-and-their-associations-with-physical-and-mental-health/D353C1E49A62C970DDA90C313B52B6E3>
98. Jeon GS, Choi K, Cho SI. Impact of Living Alone on Depressive Symptoms in Older Korean Widows. *Int J Environ Res Public Health.* 07 Ekim 2017;14(10):1191.
99. Srivastava S, Debnath P, Shri N, Muhammad T. The association of widowhood and living alone with depression among older adults in India. *Sci Rep.* 04 Kasım 2021;11(1):21641.
100. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res.* Şubat 2004;13(1):125-36.
101. Chen F, Short SE. Household Context and Subjective Well-Being Among the Oldest Old in China. *J Fam Issues.* 01 Ekim 2008;29(10):1379-403.
102. Ansari S, Muhammad T, Dhar M. How Does Multi-Morbidity Relate to Feeling of Loneliness among Older Adults? Evidence from a Population-Based Survey in India. *Population Ageing* [İnternet]. 03 Ağustos 2021 [a.yer 06 Şubat 2023]; Erişim adresi: <https://link.springer.com/10.1007/s12062-021-09343-5>
103. Zengin L, Gümüş F. Hemşirelerde anksiyete, depresif belirti ve ilişkili faktörler. *Anxiety and depressive symptoms in nurses and related factors* [İnternet]. 2019 [a.yer 25 Ocak 2023]; Erişim adresi: <http://acikerisim.dicle.edu.tr/xmlui/handle/11468/9575>
104. Stavrou G, Paikousis L, Jelastopulu E, Charalambous G. Mental Health in Cypriot Citizens of the Rural Health Centre Kofinou. *Healthcare (Basel).* 01 Kasım 2016;4(4):81.
105. Witteveen D, Velthorst E. Economic hardship and mental health complaints during COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 03 Kasım 2020;117(44):27277-84.
106. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, vd. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional Pegasus-Murcia Project. *PLoS One.* 2015;10(9):e0137293.

107. Reibling N, Beckfield J, Huijts T, Schmidt-Catran A, Thomson KH, Wendt C. Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. *Eur J Public Health*. 01 Şubat 2017;27(suppl_1):47-54.
108. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Stansfeld S. Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychol Med*. Ağustos 2010;40(8):1401-7.
109. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 05 Mart 2013;145(3):308-14.
110. Viseu J, Leal R, de Jesus SN, Pinto P, Pechorro P, Greenglass E. Relationship between economic stress factors and stress, anxiety, and depression: Moderating role of social support. *Psychiatry Res*. Ekim 2018;268:102-7.
111. Economou M, Peppou LE, Souliotis K, Konstantakopoulos G, Papaslanis T, Kontoangelos K, vd. An association of economic hardship with depression and suicidality in times of recession in Greece. *Psychiatry Res*. Eylül 2019;279:172-9.
112. Yates BE, DeLetter MC, Parrish EM. Prescribed exercise for the treatment of depression in a college population: An interprofessional approach. *Perspect Psychiatr Care*. Ekim 2020;56(4):894-9.
113. Khanzada FJ, Soomro N, Khan SZ. Association of Physical Exercise on Anxiety and Depression Amongst Adults. *J Coll Physicians Surg Pak*. Temmuz 2015;25(7):546-8.
114. Jurak G, Morrison SA, Leskošek B, Kovač M, Hadžić V, Vodičar J, vd. Physical activity recommendations during the coronavirus disease-2019 virus outbreak. *J Sport Health Sci*. Temmuz 2020;9(4):325-7.
115. Toups M, Carmody T, Greer T, Rethorst C, Grannemann B, Trivedi MH. Exercise is an effective treatment for positive valence symptoms in major depression. *J Affect Disord*. Şubat 2017;209:188-94.
116. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 01 Ocak 2018;175(1):28-36.
117. Velioğlu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 17 Mart 2018;45(1):35-41.
118. Nicotine dependence and related risk factors at individuals admitted to primary care units in Ankara Yenimahalle. *Turk Aile Hek Derg*. 01 Mart 2014;18(1):42-8.
119. Boudreaux ED, Baumann BM, Camargo CA, O'Hea E, Ziedonis DM. Changes in smoking associated with an acute health event: theoretical and practical implications. *Ann Behav Med*. Nisan 2007;33(2):189-99.

120. Şahin EV, Sunay D, Balcı N, Parbucu M, Mıdık Özpak A, Arslan İ. Approaching nicotine dependency and affecting factors in smoking cessation centers. *Ortadoğu Tıp Derg.* 01 Eylül 2019;11(3):259-62.
121. El-Sherbiny NA, Elsary AY. Smoking and nicotine dependence in relation to depression, anxiety, and stress in Egyptian adults: A cross-sectional study. *J Family Community Med.* 2022;29(1):8-16.
122. Arica S, Kafadar D, Esen AD. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine.* 2018;7(1):5-13.