T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, UYKU KALİTESİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI FARKINDALIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa KORKMAZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY 2025

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, UYKU KALİTESİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI FARKINDALIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa KORKMAZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HATAY İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, UYKU KALİTESİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI FARKINDALIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa KORKMAZ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)...……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

I. Prof. Dr. Cahit ÖZER

II. Prof. Dr. Erhan YENGİL

III. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ v
V. KISALTMALAR VE SİMGELER vi
VI. TEŞEKKÜR vii
VII. ÖZET viii
VIII. ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 1
2.1. Sigara ve Zararları 1
2.1.1. Sigaranın Tarihçesi 1
2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi 1
2.1.3. Sigara Bağımlılığı 2
2.1.4. Sigaranın Zararları 3
2.2. Uyku 4
2.2.1. Uykunun Nörofizyolojisi 4
2.2.2. NREM Uyku Dönemi 4
2.2.3. Rem Uyku Dönemi 5
2.2.4. Uyku Bozuklukları 6
2.2.5. Uyku Kalitesi 6
2.2.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler 6
2.2.7. Sigara ve Uyku Arasındaki İlişki 7
2.3. Üçüncü El Sigara Dumanı(ÜESD) 8
2.3.1. ÜESD Tanımı 8
2.3.2. ÜESD Tarihçesi 8
2.3.3. ÜESD İçeriği 9

2.3.4. İkinci El Sigara Dumanı(İESD) ve ÜESD'nin Farkları 9
3. GEREÇ VE YÖNTEM 11
3.1. Etik Kurul ve İzinler 11
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 11
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü 11
3.4. Araştırmanın Türü 12
3.5. Verilerin Toplanması 12
3.6. Anket ve Ölçekler 12
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi 16
4. BULGULAR 17
5. TARTIŞMA 36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 45
7. KAYNAKLAR 47
8. EKLER 54
9. ÖZGEÇMİŞ 66

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri 18
Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler 19
Tablo 3. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması 20
Tablo 4. Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması 23
Tablo 5. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması 24
Tablo 6. Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması 25
Tablo 7. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması 26
Tablo 8. Hastaların Kategorik Demografik Özelliklerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 28
Tablo 9. Hastaların Kategorik Demografik Özelliklerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 30
Tablo 10. Hastaların Sayısal Demografik Özelliklerine ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki 31
Tablo 11. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 32
Tablo 12. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 33
Tablo 13. Hastaların Uyku Kalitesi Gruplarına Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması 34
Tablo 14. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki 35

V. KISALTMALAR VE SİMGELER

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BATHS: Beliefs About Thirdhand Smoke

EEG: Elektroensefalografi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

İESD: İkinci El Sigara Dumanı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LDT: Lateral Dorsal Tegmentum

NNK: Metilnitrosamino-piridil-bütanon

NNN: N'-Nitrosonornicotine

NREM: Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri)

PAH: Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar

PPT: Pedinkülopontin Tegmentum

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

REM: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)

ÜESD: Üçüncü El Sigara Dumanı

VI. TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca göstermiş olduğunuz anlayış, özveri ve kıymetli katkılarınız, bu çalışmanın tamamlanmasında büyük rol oynamıştır. Bilimsel yaklaşımınız, yapıcı geri bildirimleriniz ve her soruma sabırla yanıt verişiniz, mesleki gelişimimde önemli bir rehber olmuştur. Uzmanlık eğitimim süresince kazandırdığınız mesleki birikim ve etik anlayış için ayrıca müteşekkirim. Sizinle çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissediyor, edindiğim deneyimlerin meslek hayatım boyunca yol gösterici olacağına inanıyorum. Tüm katkıları için danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit Özer'e,

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübeleriyle yolumuzu her daim aydınlatan, bizleri daha nitelikli hekimler olarak yetiştirebilmek adına her koşulda bilgi ve birikimini samimiyetle paylaşan, özveri ve fedakârlığını esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan Yengil'e,

Tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan, yardımseverliği ve güler yüzüyle motivasyonumu ve moralimi daima yüksek tutan, karşılaştığımız her sorunu anlayış ve sabırla çözüme kavuşturan, her konuda destek ve katkılarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Pınar Döner Güner'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında, özellikle de uzmanlık eğitimim süresince, koşullar ne olursa olsun yanımda olduklarını hissettiren, varlıklarıyla bana güç ve huzur veren, fedakârlıklarıyla bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan kıymetli annem Halise Korkmaz'a ve değerli babam Süleyman Korkmaz'a,

Hayat yolculuğunda birlikte yaşamaktan ve birlikte çalışmaktan her daim mutluluk duyduğum, her zorluğa omuz omuza göğüs gerdiğimiz, her güzelliği birlikte paylaşıp çoğalttığımız, sabrı, anlayışı ve sevgisiyle en büyük destekçim olan kıymetli hayat arkadaşım Ece Ökten Korkmaz'a,

Bu süreçte emeği geçen herkese teşekkür eder, saygılarımı sunarım.…

Dr. Mustafa KORKMAZ

VII. ÖZET

HATAY İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, UYKU KALİTESİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI FARKINDALIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Hatay il merkezinde aile hekimliği birimlerine başvuran erişkin bireylerde nikotin bağımlılık düzeyini saptamak ve bu düzeyin uyku kalitesi ile üçüncü el sigara dumanı farkındalığıyla ilişkisini inceleyerek, tütün maruziyetine yönelik farkındalık ve koruyucu sağlık hizmetlerine bilimsel katkı sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Hatay il merkezindeki bazı ASM'lerde ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri sigara kullanan kişilere yüz yüze görüşme ve sanal anket yoluyla anket uygulandı.

Bulgular: Toplam 433 birey bu çalışmayı tamamlamıştır. Çoğunluğunu erkekler(%66,7) ve yükseköğretim mezunları(%58,2) oluşturmuştur. Katılımcıların bağımlılık düzeyi ile eğitim durumu($p=0,029$), gelir düzeyi($p=0,022$) ve düzenli spor yapma durumu($p=0,032$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Uyku kalitesi açısından ise cinsiyet($p=0,027$), medeni durum($p=0,009$), çalışma durumu($p<0,001$) ve birlikte yaşanılan ortamda sigara içen birey bulunma durumu($p=0,005$) ile anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı yalnızca eğitim düzeyiyle($p<0,001$) anlamlı ilişki tespit edilmiş olup, nikotin bağımlılığı($p=0,590$) ve uyku kalitesi($p=0,514$) ile farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuçlar: Nikotin bağımlılığı düzeyinin uyku kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Üçüncü el sigara dumanına yönelik farkındalık düzeyi eğitim düzeyiyle pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ancak, nikotin bağımlılığı ile üçüncü el sigara dumanı farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular, sigara bağımlılığı ile ilişkili yaşam kalitesi sorunlarının azaltılmasında sağlık hizmetlerinde farkındalık temelli müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Sigara dumanı, Nikotin, Uyku kalitesi, Nikotin bağımlılığı, Üçüncü El Sigara Dumanı

VIII. ABSTRACT

ASSESSMENT OF NICOTINE DEPENDENCE, SLEEP QUALITY, AND THIRDHAND SMOKE AWARENESS AMONG ADULT PATIENTS ATTENDING PRIMARY CARE UNITS IN THE CITY CENTER OF HATAY

Aim: The aim of this study is to determine the level of nicotine dependence among adult individuals attending family medicine units in the central district of Hatay and to examine its association with sleep quality and awareness of third-hand smoke exposure, thereby contributing scientific evidence to support awareness and preventive healthcare strategies against tobacco-related exposure.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional, descriptive survey. The questionnaire was administered to 433 individuals aged 18 years and older who were current smokers and presented regardless of reason to selected Family Health Centers in the central district of Hatay and the Family Medicine outpatient clinic of Hatay Mustafa Kemal University Hospital, using face-to-face interviews and online surveys.

Results: The majority of the 433 participants in this study were male (66.7%) and had a higher education degree (58.2%). Statistically significant differences were observed between nicotine dependence levels and educational status ($p=0.029$), income level ($p=0.022$), and engagement in regular physical activity ($p=0.032$). Regarding sleep quality, significant associations were found with gender ($p=0.027$), marital status ($p=0.009$), employment status ($p<0.001$), and the presence of smokers in the household ($p=0.005$). Awareness of third-hand smoke was found to be significantly associated only with educational status ($p<0.001$), while no statistically significant relationships were identified between awareness levels and nicotine dependence ($p=0.590$) or sleep quality ($p=0.514$).

Conclusions: Nicotine dependence was found to have a negative impact on sleep quality. Awareness of third-hand smoke was positively associated with educational attainment. However, no significant relationship was observed between nicotine dependence and awareness of third-hand smoke. These findings highlight the importance of awareness-based interventions in healthcare services to reduce quality of life problems associated with smoking addiction.

Key words: Tobacco smoke, Nicotine, Sleep quality, Nicotine dependence, Thirdhand smoke

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içmenin moleküler ve hücresel düzeyde yol açtığı biyokimyasal değişikliklerin, başta kanser ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok ciddi sağlık sorununa neden olduğunu bilinmektedir(1). Bireylerin sigaranın sağlık üzerindeki risklerini algılama biçimlerinin, tütün kullanım davranışlarını önemli ölçüde etkilediği ve bu algının, toplum sağlığının şekillenmesinde kritik bir rol oynadığı belirtilmektedir(2). Dünya nüfusunun yaklaşık %20'sinin tütün ürünleri kullandığı ve bu oranın gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise tütün kullanımı, küresel ortalamalara benzer şekilde yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de yetişkin nüfusun yaklaşık %30'unun düzenli olarak tütün ürünleri kullandığı ve bu oranın erkeklerde %40'ın üzerine olduğu bildirilmiştir(3).

Tütün kullanımının zararları yalnızca aktif ve pasif içicilikle sınırlı değildir; üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) da önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Üçüncü el sigara dumanının, sigara içilen ortamlarda yüzeylere ve eşyalara yapışan toksik kimyasallar aracılığıyla uzun süreli maruziyete neden olduğunu ve özellikle çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler için ciddi sağlık riskleri taşıdığı vurgulanmaktadır(4). Üçüncü el sigara dumanının kapalı alanlarda yaşayan bireyler için büyük bir tehdit oluşturduğu, çünkü toksik kalıntıların havalandırma sistemleriyle tamamen temizlenmesinin mümkün olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle, üçüncü el sigara dumanının etkilerine yönelik farkındalık artırıcı çalışmaların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır(5).

Sigara kullanımı uyku kalitesi üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Sigara içen bireylerin uyku yapısı polisomnografik analizlerle incelenerek, bu bireylerde uykuya dalma süresinin uzadığı, uyku bütünlüğünün bozulduğu ve derin uyku evrelerinin azaldığı ortaya konmuştur. Nikotinin uyarıcı etkisi, özellikle uyku öncesi sigara içen bireylerde uyku kalitesini daha da olumsuz etkilemektedir. Sigara kullanımının uyku

bozukluklarıyla ilişkisi gösterilmekte ve tütün bağımlılığının yalnızca gün içindeki işlevselliği değil, gece dinlenme sürecini de bozduğu vurgulanmaktadır(6). Sigara içen bireylerde uyku apnesi, insomnia ve huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü belirtilmekte ve bu durumun, nikotinin merkezi sinir sistemi üzerindeki uyarıcı etkisiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu bulgular, sigara kullanımının uyku sağlığı üzerindeki çok yönlü olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır(7).

Tüm olumsuz sağlık problemlerine rağmen sigara kullanımı toplumda yüksek bir orana sahiptir. Literatürde, nikotin bağımlılığının bireylerin uyku kalitesi üzerinde bozucu etkiler yarattığı ve üçüncü el sigara dumanının, özellikle kapalı ortamlarda yaşayan bireyler için ciddi bir sağlık tehdidi oluşturduğu gösterilmiştir(8, 9). Ancak bu üç değişkenin bir arada değerlendirildiği, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erişkin bireyler özelinde yapılan kapsamlı çalışmalar sınırlıdır. Bu doğrultuda, çalışmamızın temel amacı; Hatay il merkezinde aile hekimliği birimlerine başvuran erişkin bireylerde nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek, bu düzeyin uyku kalitesi ve üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi ile olan ilişkisini analiz ederek, toplumun tütün ürünleri kaynaklı maruziyetine karşı farkındalığını artırmaya yönelik bilimsel bir temel oluşturmak ve aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek koruyucu müdahale stratejilerine katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara ve Zararları

2.1.1. Sigaranın Tarihçesi

Tütün kullanımının kökenleri binlerce yıl öncesine dayanır. Tütün bitkisi Amerika kıtasının yerli halkları tarafından hem dini törenlerde hem de tıbbi amaçlarla kullanılmıştır. Kaşiflerin 15. yüzyılın sonlarında Amerika'ya gelmesiyle birlikte, tütün tüketimi hızla dünyaya yayılmaya başlamıştır. 16. yüzyılda tütün, Avrupa'da popüler hale gelmiş ve hem keyif verici hem de tıbbi özellikleri nedeniyle kabul görmüştür. Ancak, tütün kullanımının sağlık üzerindeki negatif etkileri de erken dönemlerde fark edilmeye başlanmıştır. 17. yüzyılda bazı bilim insanları ve hekimler, tütünün zararlarına dair uyarılarda bulunmuş olsa da, tütün endüstrisinin büyümesi ve tütün ürünlerinin yaygınlaşması engellenememiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde ise sigara kullanımı, küresel bir sağlık sorunu haline gelmiş ve sigaranın neden olduğu hastalıklar üzerine yapılan bilimsel çalışmalar artmıştır. Bu süreçte, tütün endüstrisinin pazarlama stratejileri ve sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi, tütün kullanımının yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır. Günümüzde ise sigara kullanımı, dünya genelinde önlenebilir ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır ve tütün kontrolüne yönelik politikalar, halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır(10).

2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar, sigara kullanımının akciğer kanseri, kalp-damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve diğer birçok kronik hastalıkla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çevresel tütün

dumanına maruziyet de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Özellikle çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler üzerinde ciddi sağlık riskleri oluşturmaktadır. Her yıl milyonlarca insanın sigara kaynaklı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği bilinmektedir(11). Sigara dumanına dolaylı maruziyetlerin de ciddi sağlık problemlerine neden olduğu belirtilmiştir(12).

Sigara içimi; doğrudan (aktif) veya dolaylı (pasif) yollarla bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen, hastalık, sakatlık ve erken ölüme yol açan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Aynı zamanda çevre kirliliğine katkı sağlamasıyla ekolojik düzlemde de zararlı sonuçlar doğurmaktadır. Bu çok yönlü etkiler, sigara kullanımını yalnızca bireysel bir tercih olmaktan çıkararak toplumsal müdahale gerektiren bir sağlık sorunu haline getirmiştir. Türkiye'de tütün ürünlerine karşı başlatılan yasal ve kurumsal mücadele, 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun çerçevesinde şekillenmiş ve özellikle kamu spotları aracılığıyla sigara karşıtı tutumlar teşvik edilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte, yapılan araştırmalar, sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olmanın ya da sigaraya karşı duyarlılığın, sigarayı bırakma veya azaltma davranışı üzerinde tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Tütün kullanımına yönelik mücadelede en belirleyici faktörlerin bireylerin sigara içmeye dair beklentileri ve sigaraya yönelik tutumları olduğu anlaşılmaktadır(13).

2.1.3. Sigara Bağımlılığı

Nikotin, merkezi sinir sisteminde özellikle mezolimbik dopamin yolaklarını aktive ederek bağımlılığın oluşmasına neden olmaktadır. Sigara tüketimi esnasında nikotin beyindeki asetil kolin reseptörlerini uyararak ödül mekanizmasını devreye girmekte bunun sonucunda da bağımlılık durumu ortaya çıkar. Sigara bağımlılığında nikotin eksikliği durumunda beyindeki nörobiyolojik denge bozulmakta ve nikotin kullanma dürtüsünün artışına neden olmaktadır(14).

Nikotin bağımlılığı, bireyin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik düzeyde değişiklikler yaşamasına neden olurken, beyin ödül sisteminin sürekli uyarılmasıyla bu bağımlılık kalıcı bir hale gelir. Tedavi sürecinde bu bağımlılık düzeylerinin doğru

değerlendirilmesi; özellikle farmakolojik müdahale planlamalarında büyük önem taşır. Klinik uygulamalarda en yaygın kullanılan değerlendirme aracı olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi(FNBT), bireyin sabah ilk sigarasını içme zamanı ve günlük sigara tüketim miktarı gibi parametreleri kullanarak nikotin bağımlılığının ciddiyetini belirlemeye yardımcı olmaktadır(15).

2.1.4. Sigaranın Zararları

Tütün dumanında bulunan kanserojen maddeler, özellikle akciğer, ağız , sindirim ve solunum yolu kanserleri başta olmak üzere birçok malignitenin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Pasif içicilik durumunda birçok kronik hastalığın nedeni olduğu bilinmektedir(16). Uzun dönem sigara kullanımının bağışıklık sistemini baskılayarak, kişinin enfeksiyonlara yakalanma riskini artırdığı ve iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Ayrıca sigaranın, diyabet gibi kronik hastalıklarda komplikasyon riskini yükselterek hastalık yönetimini güçleştirmektedir(17).

İnme (serebrovasküler hastalıklar) açısından değerlendirildiğinde, sigara içiminin bireyde felç geçirme riskini anlamlı düzeyde artırdığı sistematik olarak ortaya konmuştur. Günde içilen her 5 sigara için riskin %12 oranında yükseldiği rapor edilmiştir. Bu durum, sigaranın toksik etkisinin birikimsel doğasını ve vasküler hasar üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır(18).

Sistemik düzeyde gösterdiği yıkıcı etkilerin ötesinde, doğrudan kadın ve erkek üreme sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Kadınlarda yumurtalık fonksiyonlarının zayıflaması, folikül rezervinin azalması, erken menopoz, düşük doğum ağırlıklı bebek riski ve spontan abortus gibi pek çok komplikasyon sigara kullanımıyla ilişkilidir. Erkeklerde ise sperm sayısı, hareketliliği ve morfolojisinde bozulmalar meydana gelmekte, ayrıca sperm DNA hasarı da artmaktadır. Bu durum, doğurganlığı azaltmakla kalmayıp, sonraki kuşaklarda doğumsal anomaliler riskini de beraberinde getirmektedir(19).

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Nörofizyolojisi

Uyku süresince beyinde meydana gelen bölgesel aktivite değişimleri ve nörokimyasal düzenlemeler, kortikal ve subkortikal yapılar arasındaki etkileşimi yeniden şekillendirerek bilinç düzeyini, dikkat süreçlerini ve bilişsel dengeyi dinamik bir şekilde düzenleyen özgün bir nörofizyolojik yapı ortaya koyar(20).

Sigara içerisinde bulunan nikotin, merkezi sinir sisteminde uyarıcı etkiye sahip bir maddedir. Nikotin, asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin, noradrenalin ve serotonin gibi önemli nörotransmitterlerin salınımını artırır. Bu etki, kısa vadede uyanıklığı artırsa da uzun vadede nörofizyolojik dengenin bozulmasına yol açar. Uykunun sağlıklı bir şekilde başlayabilmesi ve sürdürülebilmesi, beyindeki inhibitör sistemlerin (özellikle GABA aracılı yavaşlatıcı etki) etkinliğiyle mümkündür. Ancak nikotin, bu yavaşlatıcı sistemleri baskılayarak uykuya geçiş sürecini geciktirir ve daha yüzeysel bir uyku yapısına neden olur(21).

2.2.2. NREM Uyku Dönemi

NREM uykusunun düzenlenmesinde bazal ön beyin, talamus, hipotalamus ve beyin sapındaki çeşitli çekirdekler görev almaktadır. Özellikle preoptik alan ile Broca'nın diagonal bölgesinin, uyaran frekansından bağımsız olarak NREM uykusunu başlatabildiği gösterilmiştir. Bu yönüyle NREM uykusu, sadece bilinçsizlik hali değil, aynı zamanda aktif ve organize bir nörofizyolojik süreçtir(22).

NREM uykusu, toplam uyku süresinin büyük bir bölümünü oluşturur ve üç evrede incelenir: N1, N2 ve N3. N1 evresi, uyanıklık ile uyku arasındaki geçişi temsil eder. Bu evrede EEG’de alfa ritminin yerini teta dalgaları (4–7 Hz) alır. Ardından gelen N2 evresi, uyku iğcikleri (11–16 Hz kısa süreli patlamalar) ve K-kompleksleri (≥0.5 saniye süren bifazik dalgalar) ile karakterize edilir. Bu evre, hem uykunun devamlılığı hem de dış uyaranlara karşı beyin yanıtlarının düzenlenmesi açısından önemlidir. N3 evresi ise derin uyku olarak tanımlanır ve yavaş dalga uykusu (slow

wave sleep) olarak bilinir. Bu evrede EEG'de yüksek genlikli (≥75 μV), düşük frekanslı (0.5–3 Hz) delta dalgaları baskındır. Uykunun doğal süreci içerisinde NREM evreleri REM uykusu ile dönüşümlü olarak yaklaşık 60–90 dakikalık siklik döngüler halinde devam eder. Bu döngüsel yapı, özellikle gece boyunca ilk yarıda derin N3 evresinin, ikinci yarıda ise REM evresinin baskın olmasına yol açar. Bu ritmik yapı, hem homeostatik uyku düzeni hem de endokrin salınımlar açısından kritik bir rol oynamaktadır(23).

2.2.3. Rem Uyku Dönemi

REM (Rapid Eye Movement) uykusu, uyku sürecinin fizyolojik ve nörobiyolojik açıdan en karmaşık evresini oluşturmaktadır. Bu evre, kortikal EEG aktivitesinin artışı, kas tonusunda belirgin azalma (atoni) ve hızlı göz hareketleri ile karakterizedir. REM uykusu belirli beyin sapı nöron gruplarının eşgüdümlü aktivasyonuyla düzenlenmektedir. Özellikle pedinkülopontin tegmentum (PPT) ve lateral dorsal tegmentum(LDT) bölgelerindeki kolinerjik hücreler, REM uykusunun başlatılmasında kritik rol oynar. Bu hücrelerin aktivasyonu, mediyal pontin retiküler formasyondaki glutamaterjik hücrelerle karşılıklı pozitif geri bildirim döngüsü oluşturarak REM evresinin sürdürülmesini sağlar. REM süresince monoaminerjik (özellikle serotonin ve norepinefrin) etkinliğin baskılanması, kolinerjik tonusun baskın hale gelmesine olanak tanır ve bu nörokimyasal denge, REM'e özgü fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasında belirleyici olur(24).

REM uykusu, sensorimotor sistemin gelişimi, duygusal belleğin konsolidasyonu ve kortikal plastisitenin sürdürülmesi açısından hayati bir nörofizyolojik evredir. REM uykusundaki işlevsel bozulmalar ise, prefrontal-limbik devrelerde hassasiyet oluşturarak, ödül-motivasyon sistemine etki eden dışsal davranışsal faktörlerin (örneğin bağımlılık eğilimleri) nörobiyolojik zeminini güçlendirebilir(25).

2.2.4. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları; uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürememe, erken uyanma gibi belirtilerle kendini gösteren ve bireylerde gündüz aşırı yorgunluk, bilişsel performansta düşüş, emosyonel dengesizlik ve sosyal işlevsellikte bozulma gibi çok yönlü klinik sonuçlara yol açan, yaygın ve klinik olarak önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır(26).

Uyku bozukluğu yaşayan bireylerde, düzensiz uyku alışkanlıkları; dikkat eksikliği, duygudurum değişimleri ve fiziksel yorgunluk gibi çok boyutlu sağlık sorunlarına yol açarak yaşam kalitesini düşürmektedir(27).

2.2.5. Uyku Kalitesi

Uyku, organizmanın fizyolojik ve psikolojik işlevlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için vazgeçilmez bir süreç olup; bu sürecin kalitesi, öğrenme, bellek konsolidasyonu, duygudurum düzenlemesi ve gündüz işlevselliğinin korunması gibi yaşamsal alanlarla doğrudan ilişkilidir(28). Uyku kalitesinin düşük olması, bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik işlevselliğinde belirgin düşüşlere neden olmakta, bu durum günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalara yol açabilmektedir(29).

Uyku kalitesi; bireyin uykuya geçiş süresi, toplam uyku süresi, gece boyunca uyanıklık yaşama sıklığı ve sabah dinlenmiş hissetme durumu gibi çeşitli bileşenleri kapsayan, öznel bir değerlendirme alanıdır. Literatürde, uyku kalitesinin genel sağlık durumu ile yakın ilişki içinde olduğu ve bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik halini doğrudan etkilediği yaygın biçimde kabul edilmektedir(30).

2.2.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku, fizyolojik, bilişsel ve psikolojik iyilik hâlinin korunmasında merkezi bir rol oynar. Ancak çeşitli bireysel ve çevresel faktörler, uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyerek bireyin genel sağlık durumunu bozabilmektedir. Hava kalitesi, odanın kokusu, gürültü gibi çevresel faktörlerin yanı sıra yoğun fiziksel aktivite , yorgunluk,

depresyon gibi psikolojik değişkenlerinde uykuyu anlamlı şekilde etkilediği bildirilmiştir(31).

Cinsiyet kadınların erkeklere göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirtilmektedir(32).

Alkol, yaygın şekilde tüketilen bir psikoaktif madde olmasına rağmen, uyku düzeni ve kalitesi üzerindeki etkileri karmaşık ve çoğunlukla olumsuzdur. Güncel genetik ve epidemiyolojik bulgular, alkol kullanımı ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin hem genetik yatkınlık hem de nedensel mekanizmalarla açıklanabileceğini göstermektedir(33).

Egzersiz düzenli bir şekilde yapıldığında uyku üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Düzenli fiziksel aktivitenin uyku kalitesini artırdığını, uykuya dalma süresini kısalttığını ve genel uyku düzenini iyileştirdiğini bilinmektedir(34).

Kronik hastalıklar ve uyku bir birini olumsuz etkileyebilecek özelliğe sahiptir. Kötü uyku kalitesi kronik hastalıkların seyrini kötüleştirebileceği gibi kronik hastalığın kontrolünün zorlaşması da kötü uyku kalitesine neden olabilmektedir. Kişinin yaşam kalitesi için bu duruma dikkat edilmesi kronik hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi dikkatle değerlendirilmelidir(35).

Nikotin santral sinir sistemini doğrudan etkileyerek uykuya dalmayı güçleştirebilmekte, uyku süresini kısaltmakta ve uyku kalitesini olumsuz yönde değiştirebilmektedir. Nikotin bağımlılığı olan kişilerde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve nikotin bağımlılığı tedavisine uyumun sağlanması için uyku kalitesi durumunun göz önünde bulundurulması hem tedaviye uyumu arttırabilir hem de kişinin iyilik halini destekleyebilir(36).

2.2.7. Sigara ve Uyku Arasındaki İlişki

Sigara kullanımı, yalnızca solunum sistemi üzerinde değil, aynı zamanda uyku düzeni ve kalitesi üzerinde de ciddi sonuçlar doğurabilen, yaygın ve önlenebilir bir risk faktörüdür. Nikotinin uyarıcı etkisi, uykuya geçiş süresini uzatmakta, gece boyunca sık uyanmalara ve uyku bölünmesine neden olmakta, bu da genel uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Sigara kullanıcılarının uykuya dalmakta zorlanma,

gece boyunca uyanmalar ve horlama gibi spesifik uyku bozukluklarını daha sık yaşadığı saptanmıştır(37).

2.3. Üçüncü El Sigara Dumanı(ÜESD)

2.3.1. ÜESD Tanımı

Üçüncü el sigara dumanı (ÜESD), tütün ürünlerinin yanmasıyla ortaya çıkan dumanın havadan uzaklaşmasının ardından, çevrede kalan zararlı kalıntıları ifade eden bir kavramdır. Bu kirleticiler; mobilyalar, halılar, duvar yüzeyleri, giysiler ve oyuncaklar gibi çeşitli iç mekân yüzeylerine yapışarak uzun süre kalıcılığını sürdürür. ÜESD, yalnızca fiziksel kalıntılarla sınırlı olmayıp, zamanla ortam hava kirleticileriyle (örneğin nitröz asit ve ozon) kimyasal tepkimelere girerek yeni ve daha toksik bileşikler oluşturur. Bu bileşikler arasında kansere yol açtığı bilinen tütün nitrozaminleri (NNK, NNN) gibi maddeler öne çıkmaktadır(38).

ÜESD, sigara içilmesinden sonra bile ortamda kalan zararlı kimyasalların çocuklar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi zayıf bireyler gibi hassas gruplar için görünmeyen ancak sürekli bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle, yalnızca sigaranın içilmediği değil, tütün kalıntılarının da bulunmadığı tam anlamıyla dumansız alanların oluşturulması, ÜESD maruziyetinin önlenmesi açısından hayati önem taşımaktadır(39).

2.3.2. ÜESD Tarihçesi

Üçüncü el sigara dumanı (ÜESD), pasif içicilikten farklı olarak tütün dumanı maruziyetinin uzun süreli ve kalıcı etkilerini tanımlayan görece yeni bir halk sağlığı kavramıdır. ÜESD, sigara içildikten sonra ortamda kalan nikotin ve diğer toksik bileşiklerin iç mekân yüzeylerine, eşyalara ve tozlara yapışarak zamanla kimyasal reaksiyonlara girmesiyle ortaya çıkan zararlı madde grubunu ifade eder. Bu kavram, ilk kez 2006 yılında bilimsel terminolojiye girmiş, 2009 yılında yayımlanan bilimsel makalelerle akademik literatürde yerini almıştır. Üçüncü el dumanın

tanımlanmasından itibaren araştırmalar hızlı bir şekilde artmış, ABD'deki Lawrence Berkeley Ulusal Laboratuvarı gibi önde gelen merkezlerde yapılan deneysel çalışmalar, bu kalıntıların insan sağlığı üzerindeki potansiyel etkilerini ortaya koymuştur. Takip eden yıllarda yapılan deneysel çalışmalarda, üçüncü el dumana maruz bırakılan farelerde DNA hasarı, yara iyileşmesinde gecikme ve akciğer kanseri gelişimi gibi etkiler rapor edilmiştir(40).

2.3.3. ÜESD İçeriği

Üçüncü el sigara dumanı (ÜESD), sigara içildikten sonra çevrede kalan tütün kalıntılarının tozlara ve yüzeylere yapışarak, zamanla gaz fazına geçip ortam havasındaki diğer bileşiklerle reaksiyona girmesi sonucu ortaya çıkan ve soluma, cilt teması ya da oral yolla organizmaya alınabilen toksik maddeler bütünüdür(41). Nikotin, nitroz asit gibi iç ortam kirleticileriyle reaksiyona girerek tütün nitrozaminleri (örneğin: NNK ve NNN) üretir. Ayrıca yüzeylerden "off-gassing" ile yeniden gaz fazına geçebilir. E-sigara buharında da benzer toksik maddeler bulunmuştur ve ÜESD bileşimine katkı sağlar(42).

2.3.4. İkinci El Sigara Dumanı(İESD) ve ÜESD'nin Farkları

Tütün tüketimi sonucu çevreye yayılan zararlı kimyasallar, doğrudan sigara dumanına maruz kalınmasa dahi sağlık üzerinde önemli tehditler oluşturabilir. Bu kapsamda, ikinci el sigara dumanı (İESD) ve üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) kavramları birbirinden ayırt edilmesi gereken iki ayrı maruziyet tipini temsil etmektedir. İESD, aktif sigara içimi sırasında doğrudan solunan ana akım ve yan akım dumanının karışımıyla oluşur ve ortam havasında yoğun şekilde bulunan gaz ve partikül faz bileşenlerini içerir. Bu duman, tütün yanarken açığa çıkan nikotin, PAH(Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar)'lar, N-nitrozaminler ve ağır metaller gibi binlerce zararlı kimyasalı doğrudan atmosfere salar. ÜESD ise sigara içimi tamamlandıktan sonra ortamda kalan kalıntıların özellikle yüzeylere çöken veya toz parçacıklarına tutunan tütün bileşenlerinin zamanla havaya geri karışması sonucu oluşur. Tütün dumanında yer alan bileşiklerin çoğu fiziksel yüzeylere tutunabilir ve

ardından çevresel koşullara (sıcaklık, nem, havalandırma) bağlı olarak yeniden gaz fazına geçebilir (“off-gassing” yoluyla). Bu süreç, özellikle nikotin gibi yarı uçucu organik bileşenlerin, iç ortam havasındaki ozon ya da nitröz asit ile reaksiyona girerek yeni toksik türevler (örneğin: tütün spesifik nitrozaminler) oluşturmasına zemin hazırlar(43).

2.3.4.1. ÜESD’nin Zararları

ÜESD'ye maruz bırakılan farelerde karaciğer, akciğer, deri ve nörolojik sistem düzeyinde çok yönlü patolojik değişiklikler gözlenmiştir. Özellikle karaciğerde trigliserid düzeylerinin yükselmesi ve hepatositlerde yağ birikimi, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığına giden sürecin başladığını ortaya koymuştur. Bu tablo, kardiyovasküler hastalıklar ve insülin direnci gibi metabolik sendrom bileşenlerinin gelişimi açısından ciddi bir risk teşkil etmektedir. Akciğer düzeyinde ise alveoler duvarların kalınlaştığı, kollajen üretiminin arttığı ve pro-inflamatuvar sitokin düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır. Bu durum, kronik inflamasyona bağlı fibrozis gelişimine zemin hazırlayarak solunum fonksiyonlarını tehdit edebilecek bir tabloyu işaret etmektedir. Deride ise yara iyileşmesi süreci belirgin şekilde bozulmuş, kollajen organizasyonu kaybolmuş ve epitel dokuda keratinizasyon artışı gözlenmiştir. Bu değişimler, yalnızca sigara içicilerini değil, sigara içilen ortamlarda bulunan bireyleri de postoperatif komplikasyonlar açısından risk altına sokmaktadır. ÜESD’ye maruz kalan hayvanlarda gözlenen hiperaktivite ve anksiyeteye yatkınlık gibi davranışsal değişiklikler, çocuklarda sigara dumanına pasif veya kalıntı yoluyla maruziyetin nörogelişimsel etkilerine dair mevcut klinik gözlemleri desteklemektedir(44).

Özellikle çocukların, bağışıklık ve solunum sistemlerinin gelişimsel aşamada olması ÜESD'nin çocuklarda solunumsal semptomatolojiye yol açabileceği ve bu durumun ilerleyen yaşlarda astım, bronşiyal hiperreaktivite ve kronik solunum yolu hastalıklarına dönüşme potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir. Üstelik ÜESD'ye maruziyet yalnızca doğrudan solunum yoluyla değil; cilt teması ve oral yol gibi çoklu maruziyet yolları ile de etkili olabilmektedir. Özellikle çocukların bağışıklık sistemlerinin gelişim aşamasında olması ve yüzeylerle daha sık temas kurmaları, bu yaş grubunu ÜESD’ye karşı daha savunmasız kılmaktadır(45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (08.01.2025-Karar no:63) izin alınmıştır (Ek-6).

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Hatay il merkezinde bulunan ASM'lerde yapılması için izin alınmıştır. İl müdürlüğü tarafından Antakya içerisindeki Serinyol, Mücahitler, 11 No'lu, Kuzeytepe ve 6 No'lu ASM'lere izin verilmiştir. (Ek-7).

Araştırmada kullanılan 'Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği' ve 'Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi' için yazarlardan izin alınmıştır (Ek-8).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışmamız Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nin izniyle Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile hekimliği polikliniğinde ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün verdiği izin doğrultusunda Hatay İl merkezindeki, Serinyol, Mücahitler, 11 No'lu, Kuzeytepe ve 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırma Kesitsel Tipte Anket çalışmasıdır. Çalışma Hatay İl Merkez'inde bulunan Aile Hekimliği Poliklinikleri ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yürütülmüştür.

Bu çalışmada örneklem büyüklüğü literatür incelenerek çalışma öncesinde hesaplandı. Çalışmada kullanılacak olan 3 ölçek için hesaplama yapılıp en yüksek örneklem büyüklüğüne sahip olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) esas

alınmıştır. Uysal ve ark. çalışması referans alındı (46). Bu bilgiye göre kullanılacak ölçekler için yaklaşık standart sapma s=2.5, ortalama üzerinden hesaplanan yaklaşık hata payı %5 olarak hesaplandı. Popülasyon büyüklüğü bilinmeyen olarak dikkate alındığında, birinci tip hata 0,05 olup, bu çalışmada ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü en az 384 kişi ile çalışmanın yürütülmesi gerektiği hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Türü

Kesitsel tipte, tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma Hatay il merkezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Antakya'da Birinci Basamak ASM'lerde (İl Sağlık Müdürlüğü tarafından izin verilen merkezlerde) Mart–Haziran 2025 tarihleri arasında yürütüldü. 587 kişiye ulaşıldı 126 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 461 sigara kullanan erişkin hastaya gönüllülük esasına göre yüz yüze ve internet ortamında Google Forms ile oluşturulmuş anket formu uygulandı. Ancak 28 kişi anketleri eksik veya hatalı doldurduğundan dolayı çalışma dışı bırakılarak 433 kişiyle araştırma tamamlandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1) 18 yaş ve üzeri olmak

2) Sigara kullanıyor olmak

3) Çalışmaya gönüllü olmak

3.6. Anket ve Ölçekler

Çalışmada kullanılan anket formu, katılımcılardan elde edilecek verilerin çok boyutlu değerlendirilmesini sağlamak amacıyla oluşturuldu. Anket; literatür taraması doğrultusunda geliştirilen 15 maddelik sosyodemografik bilgi formu, bireylerin nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek üzere 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), uyku kalitesini değerlendirmek üzere 24 maddelik

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve üçüncü el sigara dumanına ilişkin farkındalık düzeyini ölçmeye yönelik 9 maddelik Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği'nden meydana gelmektedir.

a- Sosyodemografik Anket

Mevcut literatür taranarak, tarafımızca hazırlandı. Ankette cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi durumlar sorgulanmıştır. 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

b- Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından 8 soru olarak "Fagerström Tolerans Testi" adıyla oluşturulan FNBT, 1991 yılında Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden değerlendirilerek 6 soruluk son halini almıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), bireylerin nikotine olan fiziksel bağımlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, yaygın biçimde kullanılan altı maddelik bir ölçektir. Bu test, sigara içme davranışlarının yoğunluğunu ve bağımlılık seviyesini nicel olarak belirlemeye yardımcı olur. FNBT'nin Türkçe versiyonu, Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından geçerlik ve güvenirlik analizine tabi tutulmuş ve Türk örnekleminde orta düzeyde güvenilirlik (Cronbach alfa: 0.56) göstermiştir. Ölçek, bireyin sabah uyanır uyanmaz sigara içme süresi, günlük içilen sigara sayısı, sigara içme yasağı olan ortamlarda içme dürtüsü ve hastalık gibi olağan dışı durumlarda sigara içme eğilimi gibi değişkenleri sorgular. Bu sorular üzerinden elde edilen puanlar, bağımlılığın şiddetini çok düşük, düşük, orta, yüksek, çok yüksek olarak sınıflandırmaya olanak tanır.

Çalışmada ayrıca, FNBT'nin test-tekrar test güvenilirliğinin tatmin edici olduğu ve nikotin bağımlılığı düzeyinin saptanmasında klinik ortamlarda uygulanabilir bir araç olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. FNBT, sigara bırakma girişiminde bulunan bireylerin tedavi planlamasında bağımlılık şiddetinin nesnel olarak değerlendirilmesini sağlaması açısından önem taşımaktadır(46) (Ek-4).

c- **Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)**

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), bireylerin son bir ay içerisindeki uyku düzeni ve kalitesini öznel olarak değerlendirmelerini sağlayan, kapsamlı ve klinik geçerliliği yüksek bir ölçektir. Ölçek, Daniel J. Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, hem psikiyatrik hem de genel popülasyonda uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılandırılmıştır.

PUKİ, 24 maddeden oluşan ölçekteki 19 madde kişiye sorulurken 5 madde oda arkadaşı varsa onun tarafından cevaplandırılır. Bu maddelerden elde edilen veriler yedi bileşene ayrılmaktadır: subjektif uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, toplam uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu. Her bileşen 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmekte, bu bileşenlerin toplamından elde edilen küresel puan ise 0 ile 21 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar, daha kötü uyku kalitesini ifade etmektedir. Toplam puan 5 üstünde ise kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilir.

Bu ölçek, Türkiye'de Mehmet Yücel Ağargün, Hayrettin Kara ve Ömer Anlar tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik–güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formun psikometrik değerlendirmesinde Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş, bu da ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Test-tekrar test yöntemiyle de güvenilirlik sağlaması nedeniyle, PUKİ Türk popülasyonu için geçerli bir değerlendirme aracı olarak kabul edilmiştir. PUKİ'nin ayırt edici gücü yüksek olup, uyku kalitesi iyi olan bireylerle kötü uykuya sahip bireyleri ayırt etmede duyarlılığı %89.6, özgüllüğü ise %86.5 olarak saptanmıştır. PUKİ, nitel (uykuya dair öznel değerlendirmeler) ve nicel (uyku süresi, uykuya dalma süresi vb.) verileri bir araya getirerek kapsamlı bir değerlendirme sağlar. Hem bireysel izlem hem de araştırma amacıyla grup karşılaştırmalarında kullanılabilecek güçlü bir ölçme aracıdır(47, 48) (Ek-3).

d- Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği (ÜESDF)

Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği, bireylerin üçüncü el sigara dumanına ilişkin bilgi, inanç ve farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş özbildirimli bir ölçme aracıdır. Ölçeğin orijinali, 2017 yılında Haardörfer ve arkadaşları tarafından "Beliefs About Thirdhand Smoke" (BATHS) adıyla geliştirilmiş; Türkçe uyarlaması ise Önal ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçeye uyarlanan form, dokuz olumlu ifadeden oluşan beşli Likert tipi bir yapıdadır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum). Ölçek, bireylerin üçüncü el sigara dumanının sağlık üzerindeki etkileri ve çevresel kalıcılığı konularındaki farkındalık düzeylerini iki alt boyutta değerlendirir: "Sağlık Etkileri" (1., 2., 3., 7. ve 8. maddeler) ve "Çevrede Kalıcılık" (4., 5., 6. ve 9. maddeler). Geçerlik ve güvenirlik analizleri kapsamında yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda ölçeğin iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Faktör yükleri 0.512 ile 0.829 arasında değişmiş, toplam varyansın %49.32'si açıklanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.712, alt boyutlara ait alfa katsayıları ise sırasıyla 0.676 (sağlık etkileri) ve 0.682 (çevrede kalıcılık) olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, ölçeğin hem bütünsel düzeyde hem de alt boyutları açısından güvenilir olduğunu göstermektedir. Toplam puan aralığı 9 ile 45 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireylerin üçüncü el sigara dumanına dair farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır ve kesme noktası tanımlanmamıştır. Değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmakta, alt boyut skorları ayrıca raporlanabilmektedir. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği, üçüncü el sigara dumanının halk sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik bireysel farkındalığı ölçmek, koruyucu sağlık hizmetleri planlamak ve müdahale programlarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir(49) (Ek-5).

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum-maksimum), kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelendi, normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılmayan özelliklerin üç ve daha fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Üç ve daha fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması durumunda Kruskal Wallis testi sonrası farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için bonferroni düzeltmeli (adjusted) sonuçlar dikkate alınarak ikili kıyaslama yapıldı. Kategorik değişkenlerin gruplara göre karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Ayrıca sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelendi. İstatistiksel analizler için SPSS 23.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) programı kullanıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Hastalara ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Araştırmaya katılanlar incelendiğinde hastaların %66,7'si erkek, %33,3'ü kadın, %6,5'i ilköğretim mezunu, %35,3'ü ortaöğretim mezunu, %58,2'si yükseköğretim mezunudur. Bireylerin %50,1'i bekar, %49,9'u evli, %63,7'si çalışıyor, %36,3'ü çalışmamaktadır. Araştırmaya katılanların %31,6'sı devlet memuru, %17,6'sı serbest meslek, %23,1'i işçi, %15,7'si öğrenci, %7,9'u ev hanımı ve %4,2'si ise emeklidir. Bireylerin %29,8'inin geliri giderinden düşük, %54,3'ünün geliri giderine eşit ve %15,9'unun ise geliri giderinden yüksektir. Hastaların %62,4'ü alkol kullanmadığını, %88,0'ının kronik hastalığı olmadığını, %84,1'i düzenli ilaç kullanmadığını, %77,8'si düzenli spor yapmadığını, %16,2'si yalnız, %70,7'si aile ile, %13,2'si arkadaşları ile yaşadığını ve %47,6'sı ise birlikte yaşadığı yerde sigara içen kişilerin olduğunu belirtmiştir. Hastaların yaş medyanı 31 (18-79) yıl, sigara kullanma süre medyanı 10(1-55) yıl ve sigara kullanmaya başlama yaşı medyanı ise 19 (8-56) olarak belirlenmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Değişken	**Grup**	**Sayı (%)**
Cinsiyet	Erkek	289 (66,7)
	Kadın	144 (33,3)
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	28 (6,5)
	Ortaöğretim mezunu	153 (35,3)
	Yükseköğretim mezunu	252 (58,2)
Medeni durum	Bekar	217 (50,1)
	Evli	216 (49,9)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	276 (63,7)
	Çalışmıyor	157 (36,3)
Meslek	Devlet memuru	137 (31,6)
	Serbest Meslek	76 (17,6)
	İşçi	100 (23,1)
	Öğrenci	68 (15,7)
	Ev hanımı	34 (7,9)
	Emekli	18 (4,2)
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	129 (29,8)
	Geliri giderine eşit	235 (54,3)
	Geliri giderinden yüksek	69 (15,9)
Alkol kullanım durumu	Evet	163 (37,6)
	Hayır	270 (62,4)
Kronik hastalık	Evet	52 (12,0)
	Hayır	381 (88,0)
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	69 (15,9)
	Hayır	364 (84,1)
Düzenli spor yapma durumu	Evet	96 (22,2)
	Hayır	337 (77,8)
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	70 (16,2)
	Aile ile	306 (70,7)
	Arkadaşlar ile	57 (13,2)
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	206 (47,6)
	Yok	227 (52,4)
		Medyan (Min-Maks)
Yaş		31 (18-79)
Kaç Yıldır Sigara Kullanıyor		10 (1-55)
Sigara Kullanmaya Başlama Yaşı		19 (8-56)

Çalışmada kullanılan ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde Fagerström nikotin bağımlılık düzeyine göre hastaların %32,1'i çok az bağımlı, %21,1'i az bağımlı, %21,7'si orta derece bağımlı, %19,6'sı yüksek bağımlı ve %5,5'i ise çok yüksek bağımlıdır. Ayrıca bireylerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Medyan Puanı 4(0-10) olarak hesaplanmıştır. Bireylerin %37,9'u iyi uyku kalitesine, %62,1'i ise kötü uyku kalitesine sahip olup Pittsburgh Uyku Kalitesi Medyan Puanı 7(0-18) olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği medyan puanı 34(9-45) olarak, Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri Alt Boyutu meyan puanı 19 (5-25) olarak ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu medyan puanı 15 (4-20) olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	**Grup**	**Sayı (%)**
Fagerström nikotin bağımlılık düzeyi	Çok az bağımlılık	139 (32,1)
	Az bağımlılık	91 (21,1)
	Orta derecede bağımlılık	94 (21,7)
	Yüksek bağımlılık	85 (19,6)
	Çok yüksek bağımlılık	24 (5,5)
Pittsburgh Uyku Kalitesi	Uyku kalitesi iyi	164 (37,9)
	Uyku kalitesi kötü	269 (62,1)
		Medyan (Min-Maks)
Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı		4 (0-10)
Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı		7 (0-18)
Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Puanı		34 (9-45)
Sağlık Etkileri Alt Boyutu Puanı		19 (5-25)
Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu Puanı		15 (4-20)

Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde hastaların cinsiyetine (p=0,183), medeni durumuna (p=0,890), çalışma durumuna (p=0,844), mesleğine (p=0,268), alkol kullanma durumuna (p=0,906), kronik hastalığa (p=0,953), düzenli ilaç kullanımına (p=0,892), birlikte yaşanılan kişiye (p=0,222) ve birlikte yaşadığı yerde başka sigara içen başka birinin varlığına göre (p=0,342) Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ancak eğitim düzeyine (p=0,029), gelir düzeyine (p=0,022) ve düzenli spor yapma durumuna göre (p=0,032) Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Yüzdeler incelendiğinde yükseköğretim mezunu bireylerin çoğunlukla çok az ve az bağımlı oldukları, geliri giderinden düşük ve geliri giderine eşit olanların, geliri giderinden yüksek olanlara göre daha çok bağımlı oldukları, düzenli spor yapmayanların daha çok bağımlı oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır. (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması

		Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi					
		Çok az bağımlılık	**Az bağımlılık**	**Orta derecede bağımlılık**	**Yüksek bağımlılık**	**Çok yüksek bağımlılık**	
Değişken	**Grup**	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**p**
Cinsiyet	Erkek	86 (61,9)	57 (62,6)	66 (70,2)	60 (70,6)	20 (83,3)	0,183
	Kadın	53 (38,1)	34 (37,4)	28 (29,8)	25 (29,4)	4 (16,7)	
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	8 (5,8)	6 (6,6)	6 (6,4)	8 (9,4)	0 (0)	**0,029***
	Ortaöğretim mezunu	38 (27,3)	28 (30,8)	36 (38,3)	40 (47,1)	11 (45,8)	
	Yükseköğretim mezunu	93 (66,9)	57 (62,6)	52 (55,3)	37 (43,5)	13 (54,2)	

Tablo 3. (devamı)

Medeni durum	Bekar	72 (51,8)	44 (48,4)	45 (47,9)	42 (49,4)	14 (58,3)	0,890
	Evli	67 (48,2)	47 (51,6)	49 (52,1)	43 (50,6)	10 (41,7)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	84 (60,4)	58 (63,7)	61 (64,9)	56 (65,9)	17 (70,8)	0,844
	Çalışmıyor	55 (39,6)	33 (36,3)	33 (35,1)	29 (34,1)	7 (29,2)	
Meslek	Devlet memuru	40 (28,8)	27 (29,7)	36 (38,3)	26 (30,6)	8 (33,3)	0,268
	Serbest Meslek	21 (15,1)	18 (19,8)	13 (13,8)	18 (21,2)	6 (25)	
	İşçi	34 (24,5)	15 (16,5)	25 (26,6)	19 (22,4)	7 (29,2)	
	Öğrenci	22 (15,8)	21 (23,1)	12 (12,8)	11 (12,9)	2 (8,3)	
	Ev hanımı	12 (8,6)	9 (9,9)	6 (6,4)	7 (8,2)	0 (0)	
	Emekli	10 (7,2)	1 (1,1)	2 (2,1)	4 (4,7)	1 (4,2)	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	33 (23,7)	32 (35,2)	26 (27,7)	31 (36,5)	7 (29,2)	**0,022***
	Geliri giderine eşit	80 (57,6)	42 (46,2)	62 (66)	40 (47,1)	11 (45,8)	
	Geliri giderinden yüksek	26 (18,7)	17 (18,7)	6 (6,4)	14 (16,5)	6 (25)	
Alkol kullanım durumu	Evet	50 (36)	34 (37,4)	37 (39,4)	31 (36,5)	11 (45,8)	0,906
	Hayır	89 (64)	57 (62,6)	57 (60,6)	54 (63,5)	13 (54,2)	
Kronik hastalık	Evet	15 (10,8)	10 (11)	12 (12,8)	12 (14,1)	3 (12,5)	0,953
	Hayır	124 (89,2)	81 (89)	82 (87,2)	73 (85,9)	21 (87,5)	

Tablo 3. (devamı)

Düzenli ilaç kullanımı	Evet	23 (16,5)	14 (15,4)	13 (13,8)	16 (18,8)	3 (12,5)	0,892
	Hayır	116 (83,5)	77 (84,6)	81 (86,2)	69 (81,2)	21 (87,5)	
Düzenli spor yapma durumu	Evet	42 (30,2)	21 (23,1)	13 (13,8)	17 (20)	3 (12,5)	**0,032***
	Hayır	97 (69,8)	70 (76,9)	81 (86,2)	68 (80)	21 (87,5)	
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	24 (17,3)	14 (15,4)	11 (11,7)	14 (16,5)	7 (29,2)	0,222
	Aile ile	96 (69,1)	62 (68,1)	67 (71,3)	65 (76,5)	16 (66,7)	
	Arkadaşlar ile	19 (13,7)	15 (16,5)	16 (17)	6 (7,1)	1 (4,2)	
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	58 (41,7)	42 (46,2)	48 (51,1)	47 (55,3)	11 (45,8)	0,342
	Yok	81 (58,3)	49 (53,8)	46 (48,9)	38 (44,7)	13 (54,2)	

***p<0,05**; Ki-kare testi.*

Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde yaşa göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,436).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyleri arasında sigara kullanma yılı arasındaki ilişki incelendiğinde çok az bağımlı olanlar, orta, yüksek ve çok yüksek bağımlı olanlara göre daha az yıldır sigara kullanmakta (p<0,001)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyleri ile sigara kullanmaya başlama yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde çok az bağımlı olanlar, çok yüksek bağımlı olanlara göre daha büyük yaşlarda sigaraya başlamışlardır (p<0,001) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi	Medyan (Min-Maks)	p
Yaş	Çok az bağımlılık	30 (20-79)	0,436Θ
	Az bağımlılık	30 (18-65)	
	Orta derecede bağımlılık	34 (18-58)	
	Yüksek bağımlılık	32 (18-63)	
	Çok yüksek bağımlılık	32,5 (19-66)	
Kaç Yıldır Sigara Kullanıyor	**A-**Çok az bağımlılık	6 (1-50)	**<0,001*** Θ **A<C,D, E**
	B-Az bağımlılık	10 (1-45)	
	C-Orta derecede bağımlılık	13,5 (1-40)	
	D-Yüksek bağımlılık	12 (1-55)	
	E-Çok yüksek bağımlılık	14 (3-46)	
Sigara Kullanmaya Başlama Yaşı	**A-**Çok az bağımlılık	20 (12-56)	**<0,001*** Θ **E<A**
	B-Az bağımlılık	19 (11-42)	
	C-Orta derecede bağımlılık	19 (12-48)	
	D-Yüksek bağımlılık	18 (8-47)	
	E-Çok yüksek bağımlılık	17 (13-22)	

***p<0,05**; Θ: Kruskal Wallis testi; A, B, C, D, E: Çoklu karşılaştırma testi.*

Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde eğitim düzeyine (p=0,628), mesleğe (p=0,067), gelir düzeyine (p=0,424), alkol kullanma durumuna (p=0,505), kronik hastalığa (p=0,411), düzenli ilaç kullanma durumuna (p=396), düzenli spor yapma durumuna (p=0,696), birlikte yaşanılan kişiye göre (p=0,205) Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Ancak cinsiyete (p=0,027), medeni duruma (p=0,009), çalışma durumuna (p<0,001) ve birlikte yaşadığı yerde sigara içen başka birinin varlığına göre (p=0,005) uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yüzdeler incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre, evlilerin bekarlara göre, çalışanların çalışmayanlara göre, birlikte yaşadığı yerde sigara içen başka biri olmayanların olanlara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması

		Pittsburgh Uyku Kalitesi		
		İyi	**Kötü**	
Değişken	**Grup**	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	**p**
Cinsiyet	Erkek	120 (73,2)	169 (62,8)	**0,027***
	Kadın	44 (26,8)	100 (37,2)	
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	13 (7,9)	15 (5,6)	0,628
	Ortaöğretim mezunu	57 (34,8)	96 (35,7)	
	Yükseköğretim mezunu	94 (57,3)	158 (58,7)	
Medeni durum	Bekar	69 (42,1)	148 (55)	**0,009***
	Evli	95 (57,9)	121 (45)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	125 (76,2)	151 (56,1)	**<0,001***
	Çalışmıyor	39 (23,8)	118 (43,9)	
Meslek	Devlet memuru	59 (36)	78 (29)	0,067
	Serbest Meslek	34 (20,7)	42 (15,6)	
	İşçi	39 (23,8)	61 (22,7)	
	Öğrenci	16 (9,8)	52 (19,3)	
	Ev hanımı	11 (6,7)	23 (8,6)	
	Emekli	5 (3)	13 (4,8)	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	44 (26,8)	85 (31,6)	0,424
	Geliri giderine eşit	90 (54,9)	145 (53,9)	
	Geliri giderinden yüksek	30 (18,3)	39 (14,5)	

Tablo 5. (devamı)

Alkol kullanım durumu	Evet	65 (39,6)	98 (36,4)	0,505
	Hayır	99 (60,4)	171 (63,6)	
Kronik hastalık	Evet	17 (10,4)	35 (13)	0,411
	Hayır	147 (89,6)	234 (87)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	23 (14)	46 (17,1)	0,396
	Hayır	141 (86)	223 (82,9)	
Düzenli spor yapma durumu	Evet	38 (23,2)	58 (21,6)	0,696
	Hayır	126 (76,8)	211 (78,4)	
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	25 (15,2)	45 (16,7)	0,205
	Aile ile	123 (75)	183 (68)	
	Arkadaşlar ile	16 (9,8)	41 (15,2)	
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	64 (39)	142 (52,8)	**0,005***
	Yok	100 (61)	127 (47,2)	

***p<0,05**; Ki-kare testi.*

Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde bireylerin sigara kullanma yılına (p=0,139) ve sigara kullanmaya başlama yaşına göre (p=0,136) uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarına göre uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p=0,024). Ortalamalar incelendiğinde iyi uyku kalitesine sahip bireylerin yaş ortalaması, kötü uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksektir. (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların sayısal demografik özelliklerine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken	**Pittsburgh Uyku Kalitesi**	**Medyan (Min-Maks)**	**p**
Yaş	İyi	34 (18-66)	**0,024***§
	Kötü	30 (18-79)	
Kaç Yıldır Sigara Kullanıyor	İyi	11 (1-50)	0,139§
	Kötü	10 (1-55)	
Sigara Kullanmaya Başlama Yaşı	İyi	20 (11-56)	0,136§
	Kötü	19 (8-47)	

***p<0,05**; §: Mann Whitney U Testi.*

Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyete (p=0,396), medeni duruma (p=0,826), çalışma durumuna (p=0,493), mesleğe (p=0,148), gelir düzeyine (p=0,287), alkol kullanma durumuna (p=0,870), kronik hastalığa (p=0,787), düzenli ilaç kullanma durumuna (p=0,249), düzenli spor yapma durumuna (p=0,371), birlikte yaşanılan kişiye (p=0,274) ve birlikte yaşadığı yerde sigara içen başka birinin varlığına göre (p=0,444) Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Ancak eğitim düzeyine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001). Ortalamalar incelendiğinde yükseköğretim mezunlarının Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçek puanları diğer mezunlara göre daha yüksektir. (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken	**Grup**	**Medyan (Min-Maks)**	**p**
Cinsiyet	Erkek	34 (9-45)	0,396§
	Kadın	34 (9-45)	
Eğitim durumu	**A**-İlköğretim mezunu	30 (11-45)	**<0,001***Ɵ
	B-Ortaöğretim mezunu	32 (9-45)	**C>A,B**
	C-Yükseköğretim mezunu	36 (9-45)	
Medeni durum	Bekar	34 (9-45)	0,826§
	Evli	34 (9-45)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	34 (9-45)	0,493§
	Çalışmıyor	33 (9-45)	
Meslek	Devlet memuru	35 (9-45)	0,148Ɵ
	Serbest Meslek	36 (9-45)	
	İşçi	32 (9-45)	
	Öğrenci	34 (9-45)	
	Ev hanımı	33 (12-43)	
	Emekli	32 (18-45)	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	34 (9-45)	0,287Ɵ
	Geliri giderine eşit	34 (9-45)	
	Geliri giderinden yüksek	35 (9-45)	

Tablo 7. (devamı)

Alkol kullanım durumu	Evet	34 (9-45)	0,870§
	Hayır	34 (9-45)	
Kronik hastalık	Evet	34 (9-45)	0,787§
	Hayır	34 (9-45)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	35 (9-45)	0,249§
	Hayır	34 (9-45)	
Düzenli spor yapma durumu	Evet	36 (10-45)	0,371§
	Hayır	34 (9-45)	
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	33,5 (9-45)	0,274Θ
	Aile ile	34 (9-45)	
	Arkadaşlar ile	35 (18-45)	
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	34 (9-45)	0,444§
	Yok	34 (9-45)	

***p<0,05**; §: Mann Whitney U Testi; Θ: Kruskal Wallis testi; A, B, C: Çoklu karşılaştırma testi.*

Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri alt boyut puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyete (p=0,533), medeni duruma (p=0,734), çalışma durumuna (p=0,589), mesleğe (p=0,217), gelir düzeyine (p=0,412), alkol kullanma durumuna (p=0,534), kronik hastalığa (p=0,980), düzenli ilaç kullanma durumuna (p=0,584), düzenli spor yapma durumuna (p=0,290), birlikte yaşanılan kişiye (p=0,103) ve birlikte yaşadığı yerde sigara içen başka birinin varlığına göre (p=0,383) Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Ancak eğitim düzeyine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Ortalamalar incelendiğinde yükseköğretim mezunlarının Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri alt boyut puanlarının diğer mezunlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Kategorik Demografik Özelliklerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Sağlık Etkileri Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Medyan (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Erkek	19 (5-25)	0,533§
	Kadın	19 (5-25)	
Eğitim durumu	**A-**İlköğretim mezunu	17,5 (6-25)	**<0,001*Ɵ**
	B-Ortaöğretim mezunu	18 (5-25)	**C>A,B**
	C-Yükseköğretim mezunu	20 (5-25)	
Medeni durum	Bekar	19 (5-25)	0,734§
	Evli	19 (5-25)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	19 (5-25)	0,589§
	Çalışmıyor	19 (5-25)	
Meslek	Devlet memuru	19 (5-25)	0,217Ɵ
	Serbest Meslek	20 (5-25)	
	İşçi	18 (5-25)	
	Öğrenci	19,5 (5-25)	
	Ev hanımı	19 (6-23)	
	Emekli	19 (10-25)	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	19 (5-25)	0,412Ɵ
	Geliri giderine eşit	19 (5-25)	
	Geliri giderinden yüksek	20 (5-25)	
Alkol kullanım durumu	Evet	19 (5-25)	0,534§
	Hayır	19 (5-25)	
Kronik hastalık	Evet	19 (5-25)	0,980§
	Hayır	19 (5-25)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	19 (5-25)	0,584§
	Hayır	19 (5-25)	
Düzenli spor yapma durumu	Evet	20 (5-25)	0,290§
	Hayır	19 (5-25)	
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	19 (5-25)	0,103Ɵ
	Aile ile	19 (5-25)	
	Arkadaşlar ile	20 (8-25)	
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	20 (5-25)	0,383§
	Yok	19 (5-25)	

p<0,05; *§: Mann Whitney U Testi; Ɵ: Kruskal Wallis testi; A, B, C: Çoklu karşılaştırma testi.*

Hastaların kategorik demografik özelliklerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık alt boyut puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyete (p=0,294), medeni duruma (p=0,960), çalışma durumuna (p=0,378), mesleğe (p=0,080), gelir düzeyine (p=0,191), alkol kullanma durumuna (p=0,247), kronik hastalığa (p=0,441), düzenli ilaç kullanma durumuna (p=0,078), düzenli spor yapma durumuna (p=0,535, birlikte yaşanılan kişiye (p=0,545) ve birlikte yaşadığı yerde sigara içen başka birinin varlığına göre (p=0,566) Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Ancak eğitim düzeyine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Ortalamalar incelendiğinde yükseköğretim mezunlarının Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık alt boyut puanlarının diğer mezunlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Kategorik Demografik Özelliklerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Çevrede Kalıcılık Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Medyan (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Erkek	15 (4-20)	0,294§
	Kadın	16 (4-20)	
Eğitim durumu	**A**-İlköğretim mezunu	13,5 (4-20)	**<0,001*Ɵ**
	B-Ortaöğretim mezunu	14 (4-20)	**C>A,B**
	C-Yükseköğretim mezunu	16 (4-20)	
Medeni durum	Bekar	15 (4-20)	0,960§
	Evli	15 (4-20)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16 (4-20)	0,378§
	Çalışmıyor	15 (4-20)	
Meslek	Devlet memuru	16 (4-20)	0,080Ɵ
	Serbest Meslek	16 (4-20)	
	İşçi	13,5 (4-20)	
	Öğrenci	15 (4-20)	
	Ev hanımı	14,5 (6-20)	
	Emekli	14 (8-20)	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	15 (4-20)	0,191Ɵ
	Geliri giderine eşit	15 (4-20)	
	Geliri giderinden yüksek	16 (4-20)	
Alkol kullanım durumu	Evet	16 (4-20)	0,247§
	Hayır	15 (4-20)	
Kronik hastalık	Evet	16 (4-20)	0,441§
	Hayır	15 (4-20)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	16 (4-20)	0,078§
	Hayır	15 (4-20)	
Düzenli spor yapma durumu	Evet	16 (4-20)	0,535§
	Hayır	15 (4-20)	
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	15 (4-20)	0,545Ɵ
	Aile ile	15 (4-20)	
	Arkadaşlar ile	15 (8-20)	
Birlikte Yaşadığı Yerde Başka Sigara İçen	Var	15 (4-20)	0,566§
	Yok	15 (4-20)	

p<0,05*; §: Mann Whitney U Testi; Ɵ: Kruskal Wallis testi; A, B, C: Çoklu karşılaştırma testi.*

Hastaların yaş (p=0,562),, kaç yıldır sigara kullandığı (p=0,610), sigara kullanmaya başlama yaşı (p=0,106) ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Hastaların yaş (p=0,594), kaç yıldır sigara kullandığı (p=0,677), sigara kullanmaya başlama yaşı (p=0,132) ile Sağlık Etkileri Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Hastaların yaş (p=0,478),, kaç yıldır sigara kullandığı (p=0,743), sigara kullanmaya başlama yaşı (p=0,087) ile Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların Sayısal Demografik Özelliklerine ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler		**Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği**	**Sağlık Etkileri Alt Boyutu**	**Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu**
Yaş	r	0,028	0,026	0,034
	p	0,562	0,594	0,478
Kaç Yıldır Sigara Kullanıyor	r	-0,025	-0,020	-0,016
	p	0,610	0,677	0,743
Sigara Kullanmaya Başlama Yaşı	r	0,078	0,072	0,082
	p	0,106	0,132	0,087

r: Spearman Korelasyon Katsayısı.

Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,590).

Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine göre Sağlık Etkileri Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,315).

Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine göre Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,822).

Tablo 11. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	**Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi**	**Medyan (Min-Maks)**	**p**
Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği	Çok az bağımlılık	34 (9-45)	0,590 Ɵ
	Az bağımlılık	35 (9-45)	
	Orta derecede bağımlılık	34,5 (9-45)	
	Yüksek bağımlılık	35 (9-45)	
	Çok yüksek bağımlılık	33 (15-45)	
Sağlık Etkileri Alt Boyutu	Çok az bağımlılık	19 (5-25)	0,315 Ɵ
	Az bağımlılık	20 (5-25)	
	Orta derecede bağımlılık	19 (5-25)	
	Yüksek bağımlılık	19 (5-25)	
	Çok yüksek bağımlılık	18 (8-25)	
Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu	Çok az bağımlılık	15 (4-20)	0,822 Ɵ
	Az bağımlılık	15 (4-20)	
	Orta derecede bağımlılık	15 (4-20)	
	Yüksek bağımlılık	16 (4-20)	
	Çok yüksek bağımlılık	14 (7-20)	

Ɵ: Kruskal Wallis testi;

Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,514).

Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerine göre Sağlık Etkileri Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,434).

Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerine göre Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,448) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeylerine Göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	**Pittsburgh Uyku Kalitesi**	**Medyan (Min-Maks)**	**p**
Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği	İyi	34 (9-45)	0,514 §
	Kötü	34 (9-45)	
Sağlık Etkileri Alt Boyutu	İyi	19 (5-25)	0,434 §
	Kötü	20 (5-25)	
Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu	İyi	15 (4-20)	0,448 §
	Kötü	15 (4-20)	

§: Mann Whitney U Testi;

Hastaların uyku kalitesi gruplarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanlarına göre uyku kalitesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p=0,004). Ortalamalar incelendiğinde kötü uyku kalitesine sahip bireylerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı iyi uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksektir (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların Uyku Kalitesi Gruplarına Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	**Pittsburgh Uyku Kalitesi**	**Medyan (Min-Maks)**	**p**
Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı	İyi	3 (0-10)	**0,004*§**
	Kötü	5 (0-10)	

***p<0,05**; §: Mann Whitney U Testi;*

Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 14. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Değişkenler		**Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği**	**Sağlık Etkileri Alt Boyutu**	**Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu**
Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı	r	-0,063	-0,088	-0,025
	p	0,193	0,067	0,599
Pittsburgh	r	0,036	0,026	0,056
Uyku Kalitesi Puanı	p	0,456	0,596	0,249

r: Spearman Korelasyon Katsayısı.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, Hatay il merkezinde aile hekimliği birimlerine başvuran erişkin bireylerde nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek, bu düzeyin uyku kalitesi ve üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi ile olan ilişkisini analiz ederek, toplumun tütün ürünleri maruziyetine karşı farkındalığını artırmaya yönelik bilimsel bir temel oluşturmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek koruyucu hekimlik uygulamalarına katkı sağlamak açısından önemlidir.

Bu araştırma, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği gibi geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış üç farklı ölçüm aracının aynı çalışmada birlikte uygulanmış olması, elde edilen bulguların kapsamlı bir şekilde yorumlanmasına olanak sağlamıştır. Çok sayıda sosyodemografik değişkenin dikkate alınması, bağımlılık düzeyini etkileyebilecek olası etmenlerin çok yönlü analiz edilmesine olanak sağlamıştır. Üç farklı değişkenin (nikotin bağımlılığı, uyku kalitesi ve üçüncü el sigara dumanı farkındalığı) karşılıklı ilişkilerinin aynı veri seti üzerinden değerlendirilmiş olması da, kapsamlı yaklaşım olanağı sunmuştur.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, maddi durum, alkol kullanma durumu, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, düzenli spor yapma, birlikte yaşadığı kişiler, birlikte yaşadığı kişilerden sigara kullananlar, sigara kullanma süresi ve sigaraya başlama yaşına bakarak sosyodemografik sorular sorgulanmış olup bunların nikotin bağımlılık düzeyi, uyku kalitesi ve üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi ile aralarındaki ilişki incelenmiştir.

Cinsiyet ve nikotin bağımlılık düzeyi ilişkisi incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular; Tayland'daki üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen ve Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ile değerlendirilen çalışmanın sonuçlarıyla

uyumludur. Söz konusu çalışmada erkek ve kadın öğrencilerin nikotin bağımlılığı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamış FNBT ortalama puanları her iki cinsiyette de düşük seyretmiştir. Ayrıca FNBT kategorilerine göre dağılım da cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (50). Ikonomidis ve arkadaşlarının akut miyokard enfarktüsü sonrası sigara içme durumlarını inceledikleri çalışmanın sonuçları bulgumuzu desteklenmektedir. İlgili çalışmada, erkek ve kadın hastalar arasında Fagerström puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, nikotin bağımlılığının cinsiyetten bağımsız olarak gelişebileceğini ve bağımlılık şiddetinin daha çok bireysel davranışsal ve biyolojik etmenlerle şekillendiğini düşündürmektedir(51). Bu çalışmalara paralellik gösterecek şekilde çalışmamızda, cinsiyet ile Fagerström Nikotin Bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ölçeği kullanılarak; yaş, sigaraya başlama yaşı ve günlük tüketim gibi değişkenlerin analiz edildiği bir çalışmada FNBT puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir(52). Benzer şekilde, Saad-Hussein ve arkadaşlarının (2017) sigara bırakma polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yürüttüğü çalışmada da yaş ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır(53). John ve ark. (2003) tarafından yürütülen iki büyük toplum örneklemine dayalı çalışmada da, nikotin bağımlılık skorlarının yaş değişkeninden bağımsız olduğu bildirilmiştir(54). Çalışmamızda yaş değişkeni ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, bu durum literatürde yer alan benzer bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Nikotin bağımlılık düzeyi ile eğitim durumu incelendiğinde, Siahpush ve arkadaşlarının (2006) yürüttüğü çok uluslu çalışmada, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin daha düşük nikotin bağımlılık düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir(55). Benzer şekilde, Salim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek bireylerde nikotin bağımlılık düzeyinin azaldığı gösterilmiştir(56). Bu çalışmalara paralellik gösterecek şekilde çalışmamızda da, eğitim durumu ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yükseköğretim mezunu bireylerin çoğunlukla çok az ve az bağımlı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Korkut ve Sevinç'in toplum sağlığı merkezinde yürüttükleri çalışmada, evli ve bekar bireyler arasında nikotin bağımlılığı puanlarında sayısal farklılıklar gözlenmiş olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir(57). Benzer şekilde, Li ve arkadaşlarının Çin'de gerçekleştirdikleri çalışmada da, medeni durumun nikotin bağımlılığı düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir(58). Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızda, meslek grupları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Saad-Hussein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da farklı meslek gruplarında yer alan bireylerin nikotin bağımlılığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir(53). Benzer şekilde, Guo ve arkadaşlarının Çin'de yaptığı çalışmada da, meslek gruplarının nikotin bağımlılığı düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı bildirilmiştir(59).

Bu çalışmada, bireylerin gelir düzeyi ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hobkirk ve arkadaşlarının Pennsylvania Adult Smoking Study kapsamında gerçekleştirdikleri çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin FNBT puanlarının yüksek gelir grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir(60). Bu bulgularla paralel olarak, bizim çalışmamızda da gelir düzeyi ile FNBT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur; düşük gelir grubundaki bireylerde nikotin bağımlılığı düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, Papadopoulou ve arkadaşlarının Yunanistan'da gerçekleştirdikleri çalışmada da, KOAH'lı bireylerin ve KOAH olmayan bireylerin nikotin bağımlılığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(61).

Çalışmamızda, düzenli spor yapma durumu ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapmayan bireylerin daha yüksek nikotin bağımlılığına sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgumuz, Telli Atalay ve arkadaşlarının Türkiye'deki üniversite öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmayla paralellik göstermektedir. İlgili çalışmada, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahip bireylerin, fiziksel aktivite düzeylerinin anlamlı biçimde daha düşük olduğu ve oturarak geçirilen sürenin daha uzun olduğu rapor edilmiştir(62). Benzer şekilde, Loprinzi ve arkadaşlarının genç yetişkin sigara içicileri üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada da, düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirtilmiştir.(63). Naz Gürşan ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada da, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları ile toplam fiziksel aktivite düzeyi arasında orta düzeyde negatif bir ilişki saptanmış, nikotin bağımlılığı düzeyi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı gösterilmiştir(64). Benzer şekilde Guo ve arkadaşlarının Çin'de üniversite öğrencileriyle yürüttüğü bir çalışmada da nikotin bağımlılığı puanları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında güçlü bir negatif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca, yüksek nikotin bağımlılığı düzeyi olan bireylerin düşük fiziksel aktiviteye sahip olma olasılığı 14.66 kat daha fazladır. Bu bulgular, fiziksel aktivite eksikliğinin nikotin bağımlılığını artırabileceğini göstermektedir(65).

Çalışmamızda, ortalamalar incelendiğinde çok az bağımlı olanların, orta, yüksek ve çok yüksek bağımlı olanlara göre daha az yıl sigara içtikleri bulunmuştur. Benzer şekilde, Kutlu ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerle yürüttükleri çalışmada da, sigara kullanım süresi ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, uzun süredir sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığının daha yüksek düzeyde geliştiğini göstermektedir(66). Aynı zamanda bu bulgu, Jayakrishnan ve ark. tarafından yapılan çalışmayla örtüşmektedir; söz konusu çalışmada, FNBT puanı ile sigara içme süresi arasında güçlü bir pozitif korelasyon bildirilmiş, yani sigara kullanım süresi ve yoğunluğu arttıkça bağımlılık seviyesinin de anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir(67).

Çalışmamızda cinsiyete göre uyku kalitesi incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre uyku kalitesinin daha iyi olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Benzer şekilde, Fatima ve ark. tarafından yürütülen geniş örneklemli bir çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu vurgulanmıştır(32). Rodrigues ve ark. Kanada'da gerçekleştirdikleri geniş ölçekli bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla daha düşük uyku memnuniyeti ve daha düşük uyku verimliliğine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır ve bu durumun çok sayıda sosyodemografik ve klinik değişkene rağmen anlamlılığını koruduğu bildirilmiştir(68). Morris ve ark. çalışmasında, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) üzerinden yapılan değerlendirmede, erkeklerin kadınlara kıyasla daha iyi öznel uyku kalitesine sahip olduğu, daha az uyku bozulması yaşadığı ve gün içi işlevselliklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, özellikle uyku kalitesini oluşturan alt bileşenlerde belirginleşmiş ve erkeklerin genel olarak daha yüksek uyku verimliliği ve süresine sahip oldukları, kadınların ise kötü uyku kalitesine (bozulma, gündüz yorgunluk) sahip oldukları görülmüştür(69).

Çalışmamızda evli olanların bekarlara göre uyku kalitesinin iyi olduğu sonucuna ulaşıldı. Benzer biçimde, Karagöz ve Demirci tarafından yapılan bir çalışmada da, evli sağlık çalışanlarının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ortalamalarının bekar çalışanlara göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu ve bu durumun evlilikle birlikte artan sosyal destek ve düzenli yaşam biçimiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir(70).

Çalışmamızda çalışan bireylerin uyku kalitesinin çalışmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğu saptanmıştır. Benzer biçimde, Graco ve ark. tarafından omurilik yaralanması olan bireyler üzerinde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada da, çalışan katılımcıların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının daha düşük olduğu, dolayısıyla daha iyi uyku kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir. Bu bulgu, çalışmanın uyku sağlığı üzerindeki olası olumlu etkilerine dikkat çekmektedir(71). Benzer şekilde, Najafi ve ark. tarafından HIV ile yaşayan bireyler üzerinde yürütülen çalışmada da, istihdamda olmayan bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının çalışanlara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve işsizliğin kötü uyku kalitesi için bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir(72). Bu bulgumuz, Greissl ve ark. tarafından yapılan prospektif kohort çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu araştırmada, her ne kadar Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

kullanılmamış olsa da, aktigrafi ve özbildirim temelli değerlendirmeler sonucunda işsiz bireylerin uyku verimliliğinin daha düşük, gece uyanıklıklarının daha sık ve uyku zamanlamalarının daha düzensiz olduğu gösterilmiştir(73).

Çalışmamızda yaş ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular; Kim ve ark. tarafından yürütülen ve 223 binden fazla bireyin değerlendirildiği toplum temelli çalışmanın bulgularıyla çelişmektedir. Söz konusu çalışmada, yaş ortalaması yükseldikçe PUKİ puanlarının anlamlı biçimde arttığı ve özellikle 70 yaş üzeri bireylerde kötü uyku kalitesinin belirginleştiği bildirilmiştir.(74). Madrid-Valero ve ark. tarafından İspanya genel popülasyonunda yürütülen geniş ölçekli çalışmada, uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile değerlendirilmiş ve yaşın, kötü uyku kalitesi ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgu, özellikle 50 yaş üzerindeki bireylerde PUKİ skorlarının arttığını ve kötü uyku kalitesinin yaygınlaştığını göstermektedir(75). Çalışmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda, iyi uyku kalitesine sahip bireylerin yaş ortalamasının, kötü uyku kalitesine sahip bireylere kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, örneklem yapımızdaki yaş aralıklarının dağılımının düzensizliği, bireylerin sahip olabileceği olası fiziksel sağlık problemlerinin bölgenin afet sonrası durumundan kaynaklı olarak sağlık hizmetine erişimde yaşanan kısıtlılıklar nedeniyle tespit edilememiş veya yeterince kontrol edilememiş olması gibi metodolojik sınırlılıkların etkisiyle açıklanabilir. Çalışmanın yürütüldüğü ilin yakın geçmişte büyük bir deprem felaketi yaşamış olması, bireylerin psikolojik durumlarını özellikle daha genç bireylerde görülme ihtimali yüksek olan gelecek kaygısı gibi durumları tetiklemiş ve daha genç bireylerin uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bu nedenle, afet sonrası dönemde yaşanan uyku problemlerinin, bölgesel düzeyde daha ayrıntılı ve kontrollü çalışmalarla incelenmesi gerekmektedir. Mevcut çalışmanın, bu konuda gerçekleştirilecek ileri araştırmalara zemin hazırlayacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği ile alt ölçekleri olan Sağlık Etkisi ve Çevrede Kalıcılık Etkisi eğitim düzeyi ile kıyaslandığı zaman Xie ve ark. tarafından Shanghai'da yürütülen çalışmada, üçüncü el sigara dumanı farkındalığı ve alt ölçekleri BATHS ölçeği ile değerlendirilmiş, yapılan analizlerde eğitim düzeyi yükseldikçe

farkındalık puanlarının anlamlı şekilde arttığı gösterilmiş, çok değişkenli analizlerde ise lisans ve yüksek lisans düzeyindeki bireylerin, ortaokul düzeyinde eğitim alanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir(76). Can ve ark. tarafından kanser hastaları üzerinde yürütülen çalışmada, eğitim düzeyi ile üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, üniversite mezunlarının ilkokul ve ortaokul mezunlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek farkındalık oranlarına sahip oldukları tespit edilmiştir(77). Çalışmamızda bu bulgularla paralel olacak şekilde yükseköğretim mezunlarının Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçek puanları ve alt ölçekler olan Sağlık Etkileri alt boyutu ve Çevrede Kalıcılık alt boyutu puanlarının diğer eğitim düzeyindekilere göre daha yüksek olduğu yani farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine göre Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği Puanlarının karşılaştırıldığında; Özsarı ve Kocadağ'ın üçüncü el sigara dumanı farkındalığı üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada, Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeylerine göre üçüncü el sigara dumanına ilişkin inanç ve farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(78). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da nikotin bağımlılık düzeyleri arttıkça farkındalık puanlarında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiş olması, üçüncü el sigara dumanı farkındalığı konusundaki algının bağımlılık düzeyinden bağımsız olarak şekillenebileceğine işaret etmektedir. Mevcut çalışmamızın bu konuda ileride yapılacak çalışmalara yön göstereceği düşünülmektedir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve Uyku Kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; Gu ve arkadaşlarının Çin'de yürüttüğü ve yalnızca sigara içmeye devam eden akciğer kanseri hastalarını kapsayan çalışmada, nikotin bağımlılığı düzeyinin uyku kalitesi üzerindeki etkisi net bir biçimde ortaya konmuştur. Fagerström Testi ile değerlendirilen nikotin bağımlılığına göre iki gruba ayrılan bireyler incelendiğinde, yüksek bağımlılık düzeyine sahip hastaların, düşük bağımlılığı olanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Buna göre, FNBT puanı yüksek olan bireylerin ortalama toplam PUKİ puanı daha yüksek, FNBT puanı düşük olan bireylerde bu değer daha düşük olarak

bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir(79). Arbinaga ve arkadaşlarının İspanya'da üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada FNBT ile ölçülen nikotin bağımlılığı düzeyinin, PUKİ toplam puanı ile anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Bulgular, gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu ortaya koymuş ve özellikle yüksek bağımlılığa sahip grubun PUKİ toplam puanlarının diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunun saptanması, yüksek nikotin bağımlılığı olan bireylerde, uyku kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha kötü olduğuna işaret etmektedir(80). Sertçelik ve Karalezli'nin gerçekleştirdiği kesitsel araştırma sigarayı bırakmak amacıyla başvuran 280 birey üzerinden Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile yapılan değerlendirmelerde, nikotin bağımlılık düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. FNBT puanın artışıyla, bireyin kötü uyku kalitesine sahip olma olasılığının arttığı gözlemlenmiştir(36). Benzer bulgulara çalışmamızda da ulaşılmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanlarına göre uyku kalitesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Sun ve arkadaşlarının Çin'de hipertansif bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri geniş örneklemli kesitsel çalışmada, üçüncü el sigara dumanına (ÜESD) maruz kalmanın uyku kalitesi üzerindeki etkisi spesifik olarak incelenmiş, söz konusu çalışmada, 159 birey ÜESD maruziyeti olan grup olarak değerlendirilmiş ve uyku kalitesi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin kısa formu ile ölçülmüştür. Elde edilen veriler doğrultusunda, üçüncü el sigara dumanına maruz kalan bireylerin %55.3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiş olsa da, yapılan çok değişkenli regresyon analizlerinde bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bildirilmiştir(81). Aynı şekilde bizim de çalışmamızda Pittsburgh Uyku Kalitesi Düzeyleri ile Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Bu konudaki çalışmalar sınırlı olup çalışmamız daha sonraki çalışmalar için yol gösterici nitelik taşımaktadır.

Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı Ölçeği ve alt boyut puanları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi Puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Puanı arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu üç ölçek arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma tespit edemedik. Bu konudaki çalışma sınırlı olup çalışmamız daha sonraki çalışmalar için yol gösterici nitelik taşımaktadır.

Bununla birlikte çalışmanın bazı sınırlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikle, araştırmanın kesitsel tasarımı neden-sonuç ilişkisi kurmaya olanak tanımamakta yalnızca değişkenler arasındaki ilişkilere dair veriler sunmaktadır. Ayrıca, verilerin tamamı bireylerin öz bildirimlerine dayanmaktadır. Bu durum, yanıtlayıcı yanlılığı (response bias) ve sosyal istenirlik yanlılığı gibi metodolojik sorunları beraberinde getirebilir. Hatay ilinin yakın geçmişte büyük bir deprem felaketi yaşamış olması da bireylerin psikolojik durumlarını ve dolaylı olarak uyku kalitelerini etkilemiş olabilir, bu durum özellikle uyku kalitesi değişkeni üzerinde potansiyel bir dışsal etki olarak değerlendirilmelidir. Üçüncü el sigara dumanı farkındalığı konusundaki çalışmaların sayıca az olması, elde edilen bulguların karşılaştırmalı değerlendirilmesini sınırlamaktadır. Son olarak, örneklemin sadece bir il merkezinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerden seçilmiş olması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, Hatay il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran sigara kullanan erişkin bireylerin nikotin bağımlılık düzeyleri değerlendirilmiş bu düzeylerin uyku kalitesi ve üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi ile ilişkisi çok yönlü olarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcıların önemli bir kısmının orta ve üzeri düzeyde nikotin bağımlılığına sahip olduğu, kötü uyku kalitesi oranının yüksek olduğu ve üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeylerinin özellikle eğitim düzeyi yüksek bireylerde anlamlı biçimde arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, nikotin bağımlılığı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunması, bağımlılık düzeyi arttıkça uyku kalitesinin bozulduğunu göstermektedir. Buna karşılık, nikotin bağımlılık düzeyi ile üçüncü el sigara dumanı farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, farkındalığın bireyin bağımlılık durumundan bağımsız olarak geliştiğini düşündürmektedir. Ayrıca, yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslek gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin nikotin bağımlılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, bu faktörlerin bireysel ve çevresel etkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, nikotin bağımlılığı ile uyku sağlığı arasında tespit edilen ilişki göz önüne alınarak, sigara kullanan bireylerin yalnızca tütün kullanımı açısından değil, aynı zamanda uyku kalitesi yönünden de düzenli olarak değerlendirilmesi önerilebilir.
2. Üçüncü el sigara dumanı farkındalığını artırmaya yönelik sağlık eğitimi programları, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylere yönelik olarak geliştirilmelidir. Bu farkındalık, yalnızca bireyin kendi sağlığı değil, aynı

ortamı paylaşan diğer bireylerin pasif maruziyeti açısından da kritik öneme sahiptir.

3. Sigara bırakma hizmetlerinin güçlendirilmesi, sadece bağımlılık düzeyini düşürmeye değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini (özellikle uyku sağlığını) artırmaya katkı sağlayacaktır. Müdahale programlarında bireyin fiziksel aktivite düzeyi, stres düzeyi ve sosyal durumları gibi çok boyutlu faktörler de dikkate alınmalıdır.
4. Afet sonrası dönemlerde bireylerin psikososyal durumlarını etkileyebilecek unsurların sağlık durumları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ele alan bütüncül ve bölgeye özgü çalışmaların artırılması düşünülebilir.

Sonuç olarak, sigara kullanımının yalnızca fiziksel bağımlılık düzeyinde değil, bireyin yaşam kalitesi ve çevresel farkındalık düzeyi üzerinde çok boyutlu etkileri olduğu görülmektedir. Bu nedenle, halk sağlığı politikalarının geliştirilmesinde bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli ve tütün kontrol stratejileri, bireysel davranışları hedeflemenin ötesine geçerek toplumsal farkındalığı güçlendirecek adımlar atılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Das SK. Harmful health effects of cigarette smoking. Molecular and cellular biochemistry. 2003 Nov;253(1):159-65.

2. Carbone JC, Kverndokk S, Røgeberg OJ. Smoking, health, risk, and perception. Journal of Health Economics. 2005 Jul 1;24(4):631-53.

3. Pesen SF, Karadoğan S, Akbulut A. Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontol Politikalarına Genel Bir Bakış. Turkey Health Literacy Journal. 2021 Dec 2;2(3):191-6.

4. Odacı NU, Kitiş Y. Sigaranın Görünmeyen Yüzü: Üçüncü El Sigara Dumanı.

5. Mercan Y, Dönmez M, Pancar N. İç Ortam Hava Kirliliğinde Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı: Aktif İçicilikten Pasif Maruziyete. Ahi Evran Medical Journal. 2023 Sep 1;7(3):260-8.

6. Jaehne A, Unbehaun T, Feige B, Lutz UC, Batra A, Riemann D. How smoking affects sleep: a polysomnographical analysis. Sleep medicine. 2012 Dec 1;13(10):1286-92.

7. Htoo A, Talwar A, Feinsilver SH, Greenberg H. Smoking and sleep disorders. Medical Clinics. 2004 Nov 1;88(6):1575-91..

8. Purani H, Friedrichsen S, Allen AM. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. Addictive behaviors. 2019 Mar 1;90:71-6.

9. Jacob III P, Benowitz NL, Destaillats H, Gundel L, Hang B, Martins-Green M, Matt GE, Quintana PJ, Samet JM, Schick SF, Talbot P. Thirdhand smoke: new evidence, challenges, and future directions. Chemical research in toxicology. 2017 Jan 17;30(1):270-94.

10. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology. 2003 Sep;8(3):286-90.

11. Brownson RC, Figgs LW, Caisley LE. Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. Oncogene. 2002 Oct;21(48):7341-8.

12. Fleiss JL, Gross AJ. Meta-analysis in epidemiology, with special reference to studies of the association between exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer: a critique. Journal of clinical epidemiology. 1991 Jan 1;44(2):127-39.

13. Güllülü U, Türk B. KAMU SPOTLARININ SİGARA BIRAKMA/AZALTMA NİYETİ ÜZERİNE ETKİLERİ. Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi. 2015;8(16):23-42.

14. Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. Neuron. 1996 May 1;16(5):905-8.

15. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):78-89.

16. Demir Ü. SİGARANIN SAĞLIĞA ZARARLARI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1996;12(3):99-108.

17. YAMAN MT, DİLEKTAŞLI AG. Sigaranın Sağlık Zararları. Turkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics. 2024;17(3):9-16.

18. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: a meta-analysis. Medicine. 2019 Mar 1;98(12):e14872.

19. Terzioğlu F, Yücel AG, Karatay AG. Sigara ve infertilite. Klasmat Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın. 2008(731).

20. Hobson JA, Stickgold R, Pace-Schott EF. The neuropsychology of REM sleep dreaming. Neuroreport. 1998 Feb 16;9(3):R1-4.

21. Eliş T, Akpınar RB. UYKU BOZUKLUĞU YAŞAYAN BİREYLERİN YAKINMALARININ VE UYKUYU ETKİLEYEN DURUMLARIN İNCELENMESİ. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2021;24(3):331-7.

22. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;22(1):93-8.

23. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association. 2016 Feb;29(1):5.

24. Datta S, MacLean RR. Neurobiological mechanisms for the regulation of mammalian sleep–wake behavior: reinterpretation of historical evidence and inclusion of contemporary cellular and molecular evidence. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2007 Jan 1;31(5):775-824.

26. Tursunboyev M, Yaxyayev M, Turayev BJMS, Research. Clinical psychopathological features of sleep disorders. 2025;4(1):130-9.

27. Ali GÖ, ERDEM H, DADAK A. NOMOFOBİNİN UYKU BOZUKLUĞU ÜZERİNE ROLÜNÜN İNCELENMESİ. The Journal of Academic Social Science Studies. 2025 Jan 8;17(Year: 17-Number: 102):523-36.

28. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(2):241-60.

29. Lee S, Kim JH, Chung JH. The association between sleep quality and quality of life: a population-based study. Sleep Medicine. 2021 Aug 1;84:121-6.

30. Wang YY, Li JX, Liu YF, Bai W, Sun HL, Si TL, Su Z, Cheung T, Ungvari GS, Ng CH, Zhang Q. Prevalence of poor sleep quality among stroke survivors: A meta-analysis and systematic review. Sleep medicine reviews. 2025 Feb 7:102070.

31. Altun I, Cınar N, Dede C. The contributing factors to poor sleep experiences in according to the university students: A cross-sectional study. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2012 Jun;17(6):557.

32. Fatima Y, Doi SA, Najman JM, Al Mamun A. Exploring gender difference in sleep quality of young adults: findings from a large population study. Clinical medicine & research. 2017 Feb 10;14(3-4):138-44.

33. Chakravorty S, Kember RL, Mazzotti DR, Dashti HS, Toikumo S, Gehrman PR, Kranzler HR. The relationship between alcohol-and sleep-related traits: results from polygenic risk score and Mendelian randomization analyses. Drug and alcohol dependence. 2023 Oct 1;251:110912.

34. Alnawwar MA, Alraddadi MI, Algethmi RA, Salem GA, Salem MA, Alharbi AA. The effect of physical activity on sleep quality and sleep disorder: a systematic review. Cureus. 2023 Aug 16;15(8).

35. Edmealem A, Tegegne B, Alem G, Zeleke H, Ayenew T, Ayenew S, Sisay Gebeyew A, Tomiso B, Getahun A, Wondie T, Liknaw T. Sleep quality among patients with chronic illness in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry. 2024 May 30;15:1365463.

36. Sertcelik UO, Karalezli A. The association between nicotine dependence and sleep quality in patients referred to a smoking cessation outpatient clinic: A cross-sectional study. Tobacco Induced Diseases. 2024 Nov 4;22:10-8332.

37. Sun H, Li S. Exploring the relationship between smoking and poor sleep quality: a cross-sectional study using NHANES. Frontiers in Psychiatry. 2024 May 28;15:1407741.

38. Drehmer JE, Walters BH, Nabi-Burza E, Winickoff JP. Guidance for the clinical management of thirdhand smoke exposure in the child health care setting. Journal of clinical outcomes management: JCOM. 2017 Dec;24(12):551.

39. Koç EM, Başer D, Döner P, Yılmaz T, Yılmaz T, Alsancak A, Şencan R, Kasım İ, Kahveci R, Özkara A. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2015 Mar 1;6(1):33-9.

40. Sezer RE. Bulaşıcı olmayan hastalık ile ilgili diğer etkenler: İkinci el ve üçüncü el tütün dumanı. Beslenme ve diyet bileşenleri ile bulaşıcı olmayan hastalıklar etkileşimine güncel yaklaşımlar (ss. 85-92). Türkiye Klinikleri. 2019.

41. Çadirci D, Terzi NK, Terzi R, Cihan FG. Validity and reliability of Turkish version of beliefs about third-hand smoke scale: BATHS-T. Central European journal of public health. 2021 Mar 31;29(1):56-61.

42. Northrup TF, Stotts AL, Suchting R, Khan AM, Green C, Klawans MR, Quintana PJ, Hoh E, Hovell MF, Matt GE. Thirdhand smoke contamination and infant nicotine exposure in a neonatal intensive care unit: an observational study. Nicotine and Tobacco Research. 2021 Feb 1;23(2):373-82.

43. Rodgman A, Perfetti TA. The chemical components of tobacco and tobacco smoke. CRC press; 2008 Dec 22.

44. Martins-Green M, Adhami N, Frankos M, Valdez M, Goodwin B, Lyubovitsky J, Dhall S, Garcia M, Egiebor I, Martinez B, Green HW. Cigarette smoke toxins deposited on surfaces: implications for human health. PloS one. 2014 Jan 29;9(1):e86391.

45. Jung JW, Ju YS, Kang HR. Association between parental smoking behavior and children's respiratory morbidity: 5-year study in an urban city of South Korea. Pediatric pulmonology. 2012 Apr;47(4):338-45.

46. Uysal MA, Kadakal F, Karşidağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004 Jan 1;52(2):115-21.

47. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989 May 1;28(2):193-213.

48. MY A. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin gecerligi ve guvenirligi. Turk Psikiyatri Dergisi. 1996;7:107-15.

49. Önal Ö, Evcil FY, Eroğlu HN, Kişioğlu A. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDA FARKINDALIK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2021;28(3):499-506.

50. Chinwong D, Mookmanee N, Chongpornchai J, Chinwong S. A comparison of gender differences in smoking behaviors, intention to quit, and nicotine dependence among Thai university students. Journal of addiction. 2018;2018(1):8081670.

51. Ikonomidis I, Thymis J, Kourea K, Kostelli G, Neocleous A, Katogiannis K, Makavos G, Polyzogopoulou E, Plotas P, Lambadiari V, Parissis J. Fagerstrom score predicts smoking status six months after hospitalization for acute myocardial infarction: a prospective study. Hellenic Journal of Cardiology. 2022 Sep 1;67:28-35.

52. Öncel SY, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu FA. Risk factors for smoking behavior among university students. Turkish Journal of Medical Sciences. 2011;41(6):1071-80.

53. Saad-Hussein A, Mohammed AM, Hafez SF, El-Tahlawy E, Shaheen W, Helmy MA, El-Hamshary M. Environmental and Social factors influencing in nicotine dependence detected through using Fagerström Test for Nicotine Dependence. Egyptian Journal of Environmental Research EJER. 2017 Jan;6:68-76.

54. John U, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Schumann A, Adam C, Alte D, Lüdemann J. The Fagerström test for nicotine dependence in two adult population samples—potential influence of lifetime amount of tobacco smoked on the degree of dependence. Drug and Alcohol Dependence. 2003 Jul 20;71(1):1-6.

55. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco control. 2006 Jun 1;15(suppl 3):iii71-5.

56. Salim MR, Hashim HM, Dawood H. Assessment of Smoking Dependence by FAGERSTRŐM Test and its Association with Some Comorbidities and Educational level. Journal of the Faculty of Medicine Baghdad. 2022 Jul 24;64(2):74-80.

57. Korkut B, Sevinç N. Bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde nikotin bağımlılığı ve etkili faktörler. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2021;28(1):137-43.

58. Huijie LI, Yunping ZH, Suyun LI, Qiang WA, Lulu PA, Xiaorong YA, Mingkui HA, Chongqi JI. The relationship between nicotine dependence and age among current smokers. Iranian journal of public health. 2015 Apr;44(4):495.

59. Guo Y, Liu DY, Wang YJ, Huang MJ, Jiang N, Hou Q, Feng B, Wu WY, Wu YB, Qi F, Sun XY. Family functioning and nicotine dependence among smoking fathers: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2023 Apr 6;23(1):658.

60. Hobkirk AL, Krebs NM, Muscat JE. Income as a moderator of psychological stress and nicotine dependence among adult smokers. Addictive behaviors. 2018 Sep 1;84:215-23.

61. Papadopoulou E, Haidich AB, Mathioudakis A, Tsavlis D, Papadopoulou K, Oikonomidou R, Bogiatzidis P, Tryfon S. The Fagerström Test for Nicotine Dependence, as a prognostic factor, in current smokers with and without COPD: A cross-sectional study in northern Greece. Chronic Respiratory Disease. 2024 Feb 17;21:14799731241235213.

62. Atalay OT, Taspinar B, Taspinar F, Cavlak U. Assessment of physical activity levels and nicotine dependence among university students. Medicina Sportiva: Journal of Romanian Sports Medicine Society. 2014 Oct 1;10(4):2441.

63. Loprinzi PD, Kane CJ, Mahoney S, Walker JF. Physical activity and nicotine dependence among a national sample of young US adults who smoke daily: Evaluation of cross-sectional and longitudinal associations to determine which behavior drives this relationship. Physiology & Behavior. 2015 Feb 1;139:1-6.

64. Gürşan İN, Şahin H, Aksel N. An investigation of relationship between smoking and physical activity in health care professionals. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2019;30(1):55-61.

65. Guo Y. Nicotine dependence affects cardiopulmonary endurance and physical activity in college students in Henan, China. Tobacco induced diseases. 2023 Jun 23;21:86.

66. Kutlu R, Demirbaş N, Karaoğlu N. Sigara İçenlerde Psikolojik Bağımlılığın Ve Sigara İçme İsteğinin Bırakma Başarısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Selcuk University Medical Journal. 2021 Jul 1;37(3).

67. Jayakrishnan R, Mathew A, Lekshmi K, Sebastian P, Finne P, Uutela A. Assessment of nicotine dependence among smokers in a selected rural population in Kerala, India. Asian Pac J Cancer Prev. 2012 Jan 1;13(6):2663-7.

68. Rodrigues R, Jing A, Anderson KK, Alonzo R, Wilk P, Reid GJ, Gilliland J, Zou G, Nicholson K, Guaiana G, Stranges S. Who sleeps well in Canada? The social determinants of sleep health among middle-aged and older adults in the Canadian Longitudinal Study on Aging. Sleep Health. 2024 Feb 1;10(1):104-13.

69. Morris JL, Rohay J, Chasens ER. Sex differences in the psychometric properties of the Pittsburgh sleep quality index. Journal of women's health. 2018 Mar 1;27(3):278-82.

70. Karagöz MN, Demirci Ü. İSTANBUL'DA BİR ŞEHİR HASTANESİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SİRKADİYEN RİTİM VE YORGUNLUK DURUMLARININ HEDONİK YEMEYE ETKİSİ. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi.;12(3):991-1015.

71. Graco M, Arora M, Berlowitz DJ, Craig A, Middleton JW. The impact of sleep quality on health, participation and employment outcomes in people with spinal cord injury: analyses from a large cross-sectional survey. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2023 Jun 1;66(5):101738.

72. Najafi A, Mahboobi M, Sadeghniiat Haghighi K, Aghajani F, Nakhostin-Ansari A, Soltani S, Jafarpour A, Afsar Kazerooni P, Bazargani M, Ghodrati S, Akbarpour S. Sleep disturbance, psychiatric issues, and employment status of Iranian people living with HIV. BMC Research Notes. 2021 Aug 30;14(1):338.

73. Greissl S, Mergl R, Sander C, Hensch T, Engel C, Hegerl U. Is unemployment associated with inefficient sleep habits? A cohort study using objective sleep measurements. Journal of Sleep Research. 2022 Jun;31(3):e13516.

74. Kim M, Um YH, Kim TW, Kim SM, Seo HJ, Jeong JH, Lee J, Kim S, Cho IH, Kim SY, Hong SC. Association between age and sleep quality: Findings from a community health survey. Sleep Medicine Research. 2021 Dec 31;12(2):155-60.

75. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Couto BR, Sánchez-Romera JF, Ordoñana JR. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. Gaceta sanitaria. 2017;31:18-22.

76. Xie Z, Chen M, Fu Z, He Y, Tian Y, Zhang X, Feng N. Thirdhand smoke beliefs and behaviors among families of primary school children in Shanghai. Tobacco Induced Diseases. 2021 Feb 10;19:10.

77. Can R, Saraç E, Yıldız E, Kurtuluş Ş. Third-hand Smoking Beliefs in Patients with Cancer. Thoracic Research and Practice. 2025 Feb 4;26(2):55.

78. Özsarı S, Kocadağ D. The effect of thirdhand smoke belief on intention to quit smoking. Anatolian Current Medical Journal. 2023 Jul 24;5(4):305-10.

79. Gu F, Li XF, Xu JF, Gao GH, Wu YF, Zhou CC. Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis. Journal of Thoracic Disease. 2018 May;10(5):2583.

80. Arbinaga F, Fernández-Cuenca S, Joaquin-Mingorance M. The relationship between subjective sleep quality and smoking in university students. Sleep Hypn. 2019 Dec 21;21(4):309-20.

81. Sun N, Ni Y, Deng Y, Qi J, Yu Z, Wu C, He J, Wu Y. The association between passive smoking and sleep quality in a Chinese hypertensive population: a cross-sectional study. Tobacco Induced Diseases. 2024 Feb 2;22:10-8332.

8. EKLER

Ek-1: Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/(Rıza) Formu

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

Ek-3: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Ek-4: Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT)

Ek-5: Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği

Ek-6: Etik Kurul Onayı

Ek-7: İl Sağlık Araştırma İzni

Ek-8: Ölçekler İçin İzinler

EK-1

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: Hatay İl Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi Araştırmanın Amacı: Hatay İl Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin DeğerlendirilmesiAraştırmaya Katılma Süresi: 9 ay Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: 384

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada 'Hatay İl Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi'ni amaçladık.Bu nedenle size sorulacak 15 soruluk sosyodemografik verileri ölçen sorular, 6 soruluk Fagerstom nikotin bağımlılık testi (FNBT) , 24 soruluk Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği ve 9 soruluk Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği sorularından oluşmuştur. Toplamda 54 soru adet soru sorulacaktır. Soruları cevaplamanız yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Sizden herhangi bir tetkik yaptırmanız istenmeyecektir. Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Çalışmaya katılmanız tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır veya tedavi sürecinizde değişiklik oluşturmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden ve bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmadan istediğiniz anda geri çekilme hakkına sahipsiniz. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: [redacted] Adresi: Aile Hekimliği A.B.D.	Telefon [redacted] Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

EK-2

Hatay İl Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Bilgiler:

1- Yaşınız ?
……..

2- Cinsiyetiniz ?
a- Erkek
b- Kadın
c-

3- Eğitim durumuz nedir ?
a- Okuma yazma bilmiyor
b- İlköğretim mezunu
c- Ortaöğretim mezunu
d- Yükseköğretim mezunu
e-

4- Medeni durumunuz nedir ?
a- Evli
b- Bekar

5- Çalışma durumu ?
a- Çalışıyor
b- Çalışmıyor
c- Emekli

6- Mesleğiniz nedir?
…….

7- Maddi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?
a- Geliri giderinden düşük
b- Geliri giderine eşit
c- Geliri giderinden yüksek

8- Alkol kullanıyor musunuz ?
a- Evet
b- Hayır

9- Kronik bir rahatsızlığınız var mı ?

a- Evet Varsa nelerdir : ……..

b- Hayır

10- Düzenli ilaç kullanıyor musunuz ?

a- Evet Varsa hangi ilaçlar : …….

b- Hayır

11- Düzenli olarak spor yapıyor musunuz ?

a- Evet

b- Hayır

12- Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz ?

a- Yalnız

b- Aile ile birlikte

c- Arkadaşlar ile birlikte

13- Birlikte yaşadığınız yerde başka sigara içen var mı ?

a- Var

b- Yok

14-) Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz ?

…….

15- Sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız?

…….

EK-3

PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim: Tarih: Yaş:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad alışkanlıklarınızla ilgilidir.Cevaplarınız
geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1.Geçen ay,geceleri genellikle ne zaman yattınız?

MUTAD YATIŞ SAATİ…….._____

2.Geçen ay,geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak)aldı ?

……..DAKİKA

3.Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?

MUTAD KALKIŞ SAATİ…….._____

4.Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz sürüden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ……..SAAT

Aşağıdaki soruların herbiri için en uygun cevabı seçiniz.Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5.Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a)30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay boyunca hiç	haftada birden az	haftada bir veya iki kez	haftada üç veya daha fazla
____	____	____	___

(b)Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay boyunca hiç	haftada birden az	haftada bir veya iki kez	haftada üç veya daha fazla
____	___	____	___

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay boyunca hiç	haftada birden az	haftada bir veya iki kez	haftada üç veya daha fazla
____	___	____	___

(d)Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay boyunca hiç	haftada birden az	haftada bir veya iki kez	haftada üç veya daha fazla
____	___	____	__

(e)Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay boyunca hiç	haftada birden az	haftada bir veya iki kez	haftada üç veya daha fazla
____	___	____	__

(f)Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(g)Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(h)Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(i)Ağrı duydunuz

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

(j)Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

6.Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi _____
Oldukça iyi _____
Oldukça kötü _____
Çok kötü _____

7.Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

8.Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

9.Geçen ay ,bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı ____
Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ____
Bir dereceye kadar problem oluşturdu ____
Çok büyük bir problem oluşturdu ____

10.Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ____
Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var ____
Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil ____
Partner aynı yatakta ____

11.Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağidaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun...

(a)Gürültülü horlama

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(b)Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya saşkınlık

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz

geçen ay boyunca hiç____	haftada birden az___	haftada bir veya iki kez____	haftada üç veya daha fazla__

EK-4

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT):

1 - Günde ne kadar sigara içiyorsunuz ?

a-) 10 veya daha az
b-) 11-20
c-) 20-30
d-) 31 veya daha fazla

2 - Uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne kadar sürede içiyorsunuz?

a-) 5 dakika içinde
b-) 6-30 dakika içinde
c-) 31-60 dakika içinde
d-) 60 dakikadan fazla

3 - Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde (örneğin sinema, kütüphane) sigara içme isteği duyuyor musunuz?

a-) Evet
b-) Hayır

4 - Günün hangi sigarası sizin için en vazgeçilmezdir?

a-) Sabah ilk sigara
b-) Diğer herhangi biri

5 - Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içiyor musunuz?

a-) Evet
b-) Hayır

6 - Ağır hasta olduğunuzda bile sigara içiyor musunuz?

a-) Evet
b-) Hayır

EK-5

Ek 1 Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, bebek ve çocukların sağlığına zarar verebilir.	1	2	3	4	5
2. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir	1	2	3	4	5
3. Dün sigara içilmiş odadaki duman partikülleri kansere yol açabilir.	1	2	3	4	5
4. Sigara içilen bir odada duman partikülleri günlerce kalabilir.	1	2	3	4	5
5. Sigara içilen bir odada duman partikülleri haftalarca kalabilir.	1	2	3	4	5
6. Sigara içilen odada duman partikülleri mobilya ve duvarların içine işler.	1	2	3	4	5
7. Sigara içtikten sonra deri, saç ve elbiselerin üzerinde kalan duman partikülleri, diğer insanlara dokunarak geçebilir.	1	2	3	4	5
8. Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra, parçacıklar vücudumuza deri yoluyla girebilir.	1	2	3	4	5
9. Camları açmak veya klima kullanmak bir odadaki tüm duman partiküllerini ortadan kaldırmaz.	1	2	3	4	5

EK-6

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
08/01/2025	01	63

KARAR 05- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Mustafa KORKMAZ'ın uzmanlık tezi) "Hatay İl Merkezinde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(Katılmadı)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(İmza)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI
(Üye)

[redacted]

(İmza)
Sedat BORAZAN
(Raportör)

EK-7

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MÜDÜRLÜK MAKAMINA 21.03.2025

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Hatay İl Merkezinde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Antakya Serinyol Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Mücahitler Aile Sağlığı Merkezi, Antakya 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Kuzeytepe Aile Sağlığı Merkezi, Antakya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
Araştırmanın Statüsü	Uzmanlık Tez Çalışması
Eğitim Kurumu/ Üniversitesi	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ

KARAR: 15.09.2023 tarihli ve 224627335 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğünün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 20/03/2025 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapan Prof. Dr. Cahit ÖZER'in sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ tarafından yapılması planlanan *"Hatay İl Merkezinde Aile Hekimliğine Başvuran Erişkin Hastalarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi"* konulu uzmanlık tez çalışmasını aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenirliğine zarar verilmemesi, aile hekimlerinin onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi; ayrıca araştırmanın veri toplama sürecinin enfeksiyon tedbirleri kapsamından Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yapılması, araştırma için aile sağlığı merkezinin kullanılmaması aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilmemesi ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşılması durumunda Müdürlüğümüze bağlı Antakya Serinyol Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Mücahitler Aile Sağlığı Merkezi, Antakya 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Antakya Kuzeytepe Aile Sağlığı Merkezi ve Antakya 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapması **uygun** görülmüştür.

EK-8

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği İzini



Tez çalışması hk. Gelen Kutusu x

[redacted] 11 Ara 2024 Çar 14:46

Hayırlı günler dilliyorum hocam.Ben Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanı olarak görev yapmaktayım.Uyku Kalitesinin de değerlendirildiği yapmakta olduğum tez çalışmamda kullanmak üzere sizlerin hazırlamış olduğu ölçeği ve ölçeğin yorumunu paylaşmanızı ve izninizi rica ediyorum.Size ve tüm ekibinize saygılarımı sunuyor iyi çalışmalar dilliyorum.

[redacted] 14 Ara 2024 Cmt 16:48

Alıcı: Ben

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Selamlar

From: [redacted]

Sent:

To:

Subject: Tez çalışması hk.

Hayırlı günler dilliyorum hocam.Ben Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanı olarak görev yapmaktayım.Uyku Kalitesinin de değerlendirildiği yapmakta olduğum tez çalışmamda kullanmak üzere sizlerin hazırlamış olduğu ölçeği ve ölçeğin yorumunu paylaşmanızı ve izninizi rica ediyorum.Size ve tüm ekibinize saygılarımı sunuyor iyi çalışmalar dilliyorum.

Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği İzni



Tez çalışması hk. Gelen Kutusu x

Mustafa KORKMAZ 12 Ara 2024 Per 15:59

Hayırlı günler dilliyorum hocam.Ben Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanı olarak

[redacted] 12 Ara 2024 Per 22:49

Alıcı: Ben

Sayın Mustafa KORKMAZ,

Ölçeği kullanımanızda sakınca yoktur.

İyi çalışmalar dilerim.

Gönderen: [redacted]

Gönderildi:

Kime: Özgür

Konu: Tez çalışması hk.

Hayırlı günler dilliyorum hocam.Ben Arş. Gör. Dr. Mustafa KORKMAZ.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde Aile Hekimi Asistanı olarak görev yapmaktayım.Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık ile alakalı yapmakta olduğum tez çalışmamda kullanmak üzere sizlerin hazırlamış olduğu Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği'ni ve ölçeğin yorumunu paylaşmanızı ve izninizi rica ediyorum.Size ve tüm ekibinize saygılarımı sunuyor iyi çalışmalar dilliyorum.

9. ÖZGEÇMİŞ

Mustafa KORKMAZ, ilköğrenim ve ortaöğrenimini Mardin Kızıltepe 23 Nisan İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimini ise Mardin Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. Tıp eğitimini Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamlayarak mezun olmuştur. Mezuniyetinin ardından pratisyen hekim olarak Mardin Kızıltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde görev yapmıştır. Halen Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekim olarak görevine devam etmektedir.