



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SİGARA İÇME DURUMLARI İLE UYKU KALİTESİ VE ÖZ
YETERLİLİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr.İbrahim Halil ÖLMEZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN-2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SİGARA İÇME DURUMLARI İLE UYKU KALİTESİ VE ÖZ
YETERLİLİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr.İbrahim Halil ÖLMEZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY

ERZİNCAN-2023

ETİK ONAM

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Doç.Dr.Ertuğrul ERHAN başkanlığında toplanan klinik araştırmaları etik kurul tarafından, 30.05.2023 tarihinde, 266037 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: İbrahim Halil ÖLMEZ

Tarih: 01.12.2023

İmza:

ÖNSÖZ

Bilgi birikimi ve akademisyen kimliği ile her daim örnek aldığım, hoşgörölü ve paylaşımcı, sorunlarımızı can kulağıyla dinleyen ve çözümler üreten, tez yazım sürecinde sürekli yanımda olduğunu hissettiren, özveri ve sabırla desteklerini sunan, özellikle de aile hekimliği kavramını bana öğreten saygıdeğer hocamız Dr.Öğr.Üyesi Ersan GÜRSOY'a,

Aramıza katıldıktan sonra kliniğimize güç katan, hoşgörölü, bilgi birikimi ve deneyimiyle uzmanlık eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocamız Dr.Öğr.Üyesi Mercan YAĞIZ'a,

Asistanlığım boyunca her zaman yanımda olan ve birlikte çalıştığım Dr.Mustafa Cihan DİKMEN, Dr.Mehmet KILINÇER, Dr.Bilal KARABAŞ, Dr.Cihat ÜSTÜN ve diğer tüm hekim arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, her daim yanımda olan, beni bu günlere getiren, varlıklarıyla mutlu olduğum canım aileme,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr.İbrahim Halil ÖLMEZ

İÇİNDEKİLER

ETİK ONAM.....	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Sigara	3
2.1.1.Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi	3
2.1.2. Tütün Ürünleri ve Tütünün Kullanım Şekilleri	4
2.1.3. Sigaranın Bileşenleri	4
2.1.4. Sigara Epidemiyolojisi	5

2.1.5. Sigaranın Vücut Sağlığına Etkileri.....	6
2.1.6. Nikotin Bağımlılığı	7
2.1.7. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi	8
Davranış Terapileri.....	10
Farmakolojik Tedavi	10
Nikotin Replasman Tedavileri.....	10
Bupropion.....	10
Vareniklin.....	11
Diğer İlaçlar	11
2.1.8.Tütün Kontrolü.....	11
2.2.Uyku	12
2.2.1.Uykunun Tanımı	12
2.2.2. Uyku ve Uyanıklık Döngüsü	12
2.2.3. Uykunun Evreleri.....	12
2.2.4. Uyku Bozuklukları.....	13
İnsomnia	14

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları	14
Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar	14
Sirkadiyen ritim uyku - uyanıklık bozuklukları.....	15
Parasomniler	15
Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları.....	15
Diğer uyku hastalıkları	16
2.2.5. Uykuyu Etkileyen Faktörler	16
2.3. Öz Yeterlilik Algısı	17
2.3.1. Öz Yeterlilik Kavramı	17
2.3.2. Öz Yeterlilik Kaynakları	18
2.3.3. Öz Yeterlilik ile İlişkili Kavramlar	19
2.3.4. Sağlık Alanında Öz Yeterlilik Kavramı	19
2.3.5. Öz Yeterlilik ve Sigara Kullanımı.....	20
3-GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Yapısı ve Evreni	21
3.2. Örneklem.....	21

3.3. Veri Toplama Araçları	21
3.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	22
3.5. İstatistiksel Analiz	23
3.6. Etik Kurul.....	23
3.7. Araştırmanın Bütçesi	23
4-BULGULAR	24
5-TARTIŞMA	39
6-SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
7-KAYNAKLAR.....	48
8-EKLER.....	55
EK-1 / Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	55
EK-2 / Demografik Veri Anketi.....	57
EK-3 / Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	59
EK-4 / Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	60
EK-5 / Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	61
EK-6 / Etik Kurul Onay Belgesi	62

SİMGELER VE KISALTMALAR

FNBT	: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MİN	: Minimum
MAX	: Maksimum
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
SS	: Standart Sapma
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
PAP	: Pozitif Havayolu Basınç
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
AASM	: American Academy of Sleep Medicine
NREM	: Non Rapid Eye Movement
REM	: Rapid Eye Movement
EEG	: Elektroensefalografi
EOG	: Elektrookülogram
EMG	: Elektromiyogram
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	24
---	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri(22).....	5
Tablo 2.Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar(22)	6
Tablo 3. 5A Stratejileri.....	9
Tablo 4. 5R Stratejileri.....	9
Tablo 5. Demografik Veriler	24
Tablo 6. Sigara,Alkol,İlaç Kullanımları ve Hastalık Durumları	25
Tablo 7. Çay ve Kahve Tüketimi.....	26
Tablo 8. Uykuya Dalma ve Gece Uyuma Süreleri	27
Tablo 9. Yaşanılan Uyku Problemleri.....	27
Tablo 10. Diğer PUKİ* Verileri	29
Tablo 11. Toplam PUKİ* min-max ve ort. puanı.....	30
Tablo 12. FNBT* Verileri.....	30
Tablo 13. Toplam FNBT* min-max ve ort. puanı.....	31
Tablo 14. Genel Öz Yeterlilik min-max ve ort.puanı	31
Tablo 15. Genel Öz Yeterlilik Sorularının Puan Ortalamaları	31
Tablo 16. Sigara İçme Durumuna Göre Toplam PUKİ* ve Genel Öz Yeterlilik Puanları.....	32
Tablo 17. Sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz sorusu ile genel öz yeterlilik puanı ilişkisi.....	32

Tablo 18. Sigaranın uyku kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz sorusu ile toplam PUKİ* puanı ilişkisi.....	33
Tablo 19. Günlük çay-kahve tüketimi ile toplam PUKİ*, toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 20. Toplam FNBT* puanı ile toplam PUKİ* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 21. Toplam FNBT* puanı ile Genel öz yeterlilik sorularının karşılaştırılması.....	34
Tablo 22. Yaş ile toplam PUKİ* ve Genel Öz yeterlilik puanları arasındaki ilişki	35
Tablo 23. Cinsiyet ile Genel Öz yeterlilik puanı arasındaki ilişki.....	35
Tablo 24. Çocuk sayısı ile toplam PUKİ* puanı arasındaki ilişki.....	35
Tablo 25. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile Genel Öz yeterlilik puanı arasındaki ilişki.....	36
Tablo 26. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile toplam PUKİ* puanı arasındaki ilişki.....	36
Tablo 27. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile toplam FNBT* puanı arasındaki ilişki.....	37
Tablo 28. Kronik hastalığınız var mı sorusuna verilen cevaplar ile toplam PUKİ*,toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 29. Sigara içme süresi ile toplam PUKİ*,toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 30. Sigara içme durumu ile uykuya dalma süresi karşılaştırılması.....	38
Tablo 31. Alkol kullanma durumu ile toplam PUKİ*, toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması	38

ÖZET

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki

Amaç: Bireyin belli bir performansı başarılı olarak yapması için kendine olan inancına ya da kendi yargısına öz yeterlilik denir. Öz yeterlilik inancı, öğrenen için okul yaşamında akademik başarının önemli bir belirleyicisi olmasının yanı sıra, okul dışı yaşamında tüm hayatı boyunca kullanacağı bir beceridir. Ayrıca sağlıklı bir yaşam için kaliteli uyku vazgeçilmezdir. Kötü kaliteli uyku depresyon, anksiyete, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi birçok hastalık ile ilişkilidir. Toplumda sigara içme alışkanlığı olan bireylerin sayısı oldukça fazladır. Bireylerin sigara içme durumları ile öz yeterlilik algısı ve uyku kalitesi arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını saptamak çalışmamızın temel amacıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı nitelikte olup çalışmanın evrenini Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Haziran 2023 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, gönüllü, Türkçe bilen, iletişim kurma problemi olmayan bireyler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara literatür taranarak hazırlanmış 20 soruluk bir demografik veri anket formu uygulanmıştır. Ülkemizde Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış "Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi(FNBT)" uygulanmıştır. Ülkemizde Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış "Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi(PUKİ)" uygulanmıştır. Yine ülkemizde Yıldırım ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış "Genel Özyeterlilik Ölçeği" uygulanmıştır. Demografik veri formunda yer alan her bir soru için toplam 20 kişiyle olmak üzere toplam 400 kişiyle görüşülmesi planlanmıştır. %10 luk veri kaybı da göz önünde bulundurularak 440 kişiyle görüşülmesi planlanmıştır. Katılımcıların tamamından sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Çalışmanın her aşamasında Helsinki deklarasyonunun ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların ortalama PUKİ puanı 11,74 (min=6, max=21) ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ise maksimum 85 üzerinden 63,9 (min=37, max=85) idi. Sigara içenlerin ortalama Fagerstrom puanı 3,72 (min=0, max=10) idi. Sigara içenlerin PUKİ puanları içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksekti ve bu da uyku kalitesinin daha kötü olduğunu gösteriyordu ($p < 0.001$). Sigara içenlerin öz yeterlilik puanları içmeyenlere göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,431$).

Sonuçlar: Bu alışma sonucunda sigara içmenin uyku kalitesini olumsuz etkilediği ancak öz yeterlilik algısını anlamlı düzeyde etkilemediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Tütün Kullanım Bozukluğu, Uyku Bozuklukları, z Yeterlilik



ABSTRACT

The Relationship between Smoking Status and Sleep Quality and Self-efficacy Perception of Patients Admitted to the Family Medicine Outpatient Clinic

Aim: The individual's belief in self or own judgment to successfully perform a certain performance is called self-efficacy. Belief in self-efficacy is an important determinant of academic success in school life for the learner, as well as a skill that will use throughout life out of school. In addition, quality sleep is indispensable for healthy life. Poor quality sleep is associated with many diseases such as depression, anxiety, diabetes, obesity and hypertension. The number of individuals who have a habit of smoking in the society is quite high. The main aim of our study is to determine whether there is any relationship between individuals' smoking status, self-efficacy perception and sleep quality.

Materials and Methods: Our study is cross-sectional descriptive and the population of the study consists of patients who applied to Erzincan Mengücek Gazi Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinic between June 2023 and August 2023. Individuals aged 18 and over, voluntarily, who speak Turkish, and who do not have communication problems were included in the study. A 20-question demographic data questionnaire prepared by scanning the literature was applied to the participants who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. The “Fagerstrom Nicotine Addiction Test”, the validity and reliability of which was performed in Turkish by Uysal and his friends, was applied in our country. The “Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)”, the validity and reliability of which was performed in Turkish by Ağargün and his friends, was applied in our country. Again, the ‘General Self-Efficacy Scale’, the validity and reliability of which was performed in Turkish by Yildirim and his friends, was applied in our country. It is planned to interview a total of 400 people, including a total of 20 people for each question included in the demographic data form. It is planned to interview 440 people taking into account the data loss of 10%. A verbal and written informed voluntary consent form was taken from all participants. The principles of the Helsinki declaration were followed at every stage of the study.

Results: The average PSQI score of the participants was 11.74 (min=6, max=21), and the mean score of the General Self-Efficacy Scale was 63.9 (min=37, max=85) out of a maximum of 85 points. The mean Fagerstrom score of the smokers was 3.72 (min=0, max=10). The PSQI scores of the smokers were significantly higher than the non-smokers, indicating worse sleep quality ($p < 0.001$). Although the self-efficacy scores of smokers were higher than those of non-smokers, no significant relationship was observed between them ($p=0.431$).

Conclusion: As a result of this study, it was seen that smoking affects sleep quality negatively, but it does not significantly affect self-efficacy perception.

Keywords: Cigarette, Tobacco Use Disorder, Sleep Disorders, Self Efficacy



1-GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içme alışkanlığı 21.yüzyılın en önemli sağlık problemlerinden biri olarak söylenmektedir. Kişiler önemli hastalıklara yakalanacaklarını bilmelerine rağmen sigarayı bırakmayı düşünmemekte ya da bırakamamaktadırlar. Çoğunlukla insan sigaranın bırakılması halinde kendisini boşluktaymış gibi hisseceğini, dikkatinin bozulacağını, günlük performansının azalacağını, duygu ve düşüncelerini belirtmekte zorlanacağını ve çoğu zaman da sigara içmeden yaşamak istemediklerini söylemektedir(1).

Dünyada yılda 6 milyon birey sigaradan dolayı hayatını kaybetmektedir. Sigaradan kaynaklanan bu vefatlar dünyadaki bütün kadın vefatlarının %6'sı ve bütün erkek vefatlarının da %12'si demektir(2). Dünyada yaklaşık 1,3 milyar birey sigara kullanmaktadır. Bu rakamın dörtte üçünü Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan 10 ülke oluşturmaktadır(3). Yaklaşık 16 milyon sigara kullanıcısı olan ülkemizde yılda 100.000 birey sigara kullanımına bağlı ölmektedir. Sigara kullanımı aynı şekilde devam ederse; 2030 senesinde her sene 8 milyondan çok vefat olacağı, 2030 senesindeki vefatların %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve 21.yy süresince bir milyar bireyin vefat edeceği öngörülmektedir(4).

İçerdiği yüksek miktardaki zararlı kimyasal maddelerden dolayı insan hayatını önemli ölçüde tehlikeye atan sigaranın, hücrelerin üstünde, mutajen, kanserojen, toksik ve inflamatuvar etkileri bulunmaktadır(5). Sigaranın bu etkilerinden dolayı astım, KOAH gibi solunum yolu hastalıklarını; hipertansiyon, MI gibi kardiyovasküler hastalıkları; SVO, anevrizma gibi beyin damar hastalıklarını ayrıca diyabet, kanser ve erken ölüm riskini artırdığı bilinmektedir. Sigaranın neden olduğu hastalıklar, vefat ve kayıpların engellenebilir olması, sigara kullanımının zaten kendisinin bir rahatsızlık olması ve ülkeler boyutunda bir salgın olarak kabul görülmesi; bu bağımlılığı, detaylı şekilde incelememizi zorunlu kılmaktadır.

Sağlıklı hayat için kaliteli uyku kaçınılmazdır. Kötü kaliteli uykunun öncelikle depresyon, anksiyete, intihar gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla ve bunlara ek olarak diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi de birçok metabolik hastalıkla ilişkisi bulunmuştur(6). Uyku bozuklukları ile sigara kullanımı yakından ilişkili kavramlardır. Uyku hastalıklarının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik varlık, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar, alkol ve sigara kullanımı, hayat stresi, ilaç kullanımıyla yakından ilgili olduğu belirtilmiştir(7). Sigara bağımlılığı ile uyku hastalıkları ve kalitesi için Mak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; sigara kullananların uykuya dalarken güçlük yaşadıkları, uyanma sorunu, erken uyanma ve

bütün gün uykulu olma gibi uyku sorunları çektikleri gösterilmiştir(8). Ayrıca uyku ile alakalı rahatsızlıklar; hayatı riske atan kazalara, performans azalmalarına, önemli psikiyatrik hastalıklara, bilişsel yetenek kayıplarına sebep olabilen; insanın hayat standartını doğrudan etkileyebilen mühim bir sağlık sorunu olarak belirtilmektedir(9).

Sigaranın kolay ulaşılabilir olması nedeniyle dünyanın her yerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Dünyadaki ülkelerin etnik yapısı ve kültürüne bağlı olarak sigara kullanım nedenleri değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde genç popülasyon arasında sigara kullanımının oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Merak, arkadaş çevresi, aile etkisi, bireylerin yaşadıkları problemlere bağlı olarak stres ve endişe durumlarının artması gibi sebepler sigara kullanımını artırmakta ve kullanım yaşı giderek düşmektedir(10).

Kişinin performansını başarılı olarak yapması için kendine olan güvenine ya da kendi yargısına öz yeterlilik denir. Öz yeterlilik algısı, öğrenen için okul hayatında başarının önemli bir unsuru olmanın yanı sıra, okul dışındaki hayatında da kullanabileceği bir beceridir.

Bandura'nın geliştirdiği Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre en temel kavram öz yeterlilik becerisidir. Bu kuram; kişilerin ilgi duydukları yerlerde kendine güvenli olmalarının, yeteneklerini göstermelerinde faydalı olduğunu savunmaktadır. Madde kullanım bozukluğundan sakınmak nedeniyle yapılmış bir araştırmada; öz yeterlilik becerisi zayıf, 17 yaş üzeri topluluk içinde olan, rahatsızlığı olan, meslek lisesinde eğitim gören, parçalanmış aile yapısı olan, saldırgan davranışı olan, baba eğitimi yetersiz, ailedeki ilişkileri kötü, zayıf okul başarısı olan ve akademik hayatından zevk almayan kişilerin bağımlılık yapan maddeyi kullanma ihtimallerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir(11).

Sigara kullanan bireylerin sigara içmeye başlama sebebi, sigara içme davranışına devam etme ve sigarayı bırakma durumlarını anlamak için sigaradan beklentilerini bilmek oldukça önemlidir. Özellikle bireylerin sigara kullanımına başlama ve bu davranışı sürdürme sebebini tam olarak anlamak, sigarayı bırakma sürecinde kişiye uygun bir bırakma modeli belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Toplumda sigara içme alışkanlığı olan bireylerin sayısı oldukça fazladır. Bundan dolayı sigara bağımlılığının yol açtığı rahatsızlıkların ve bağımlılığa yol açan nedenleri bilmek önemlidir. Bizim çalışmamızda sigara içme durumunun hem uyku kalitesi hem de öz yeterlilik algısı ile ilişkili olup olmadığını saptamak temel amacımızdır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1.Sigara

2.1.1.Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün bitkisi, Patlıcangiller (Solanaceae) familyasından olan Nicotiana türünde yer alır. Tütünün diğer bitkilerden farkı yapraklarında nikotin olmasıdır. Nikotin beyinde keyif verici kimyasallar salgılayarak alışkanlık yapar. Nikotin bitki kökünde oluşup yapraklarda depolanır. Kurutulmuş tütün yaprağında bulunan nikotin miktarı %0.5 ile %8 arasında, sigara tütününde ise %0.5 ile %3 arasındadır(12).

Tütün bitkisi tarihte farklı etnik yapılarda bazen keyif verici madde,bazen dini törenlerde bazende hastalıkları tedavi etmek için kullanılmıştır. Tütünün üretimi milattan önce(M.Ö.) 6000 senesinde Amerika’da başladığı, bundan 4500 sene sonrada Orta Amerika’da yaşayan Mayaların tütünü kullandıkları bilinir. Mayaların tütünün yaprağını sarıp ve ufalamayla ilk pipolarda kullandığı, tütünden yapılan sakızlar çiğnedikleri, tütünün tozlarını ciltlerine sürdükleri veya lavman gibi kullanımları tahmin edilmektedir(13). Cristoph Colomb’un 1492 senesinde Amerika’yı keşfi sonrası Avrupa tütün ile tanışmıştır(14). Keşfin ardından 50-60 sene içerisinde, tütün, öncelikle Portekiz ve İspanya olmak üzere, Hollanda, Macaristan, Fransa, İngiltere ve İtalya’ya gitmiş, üstelik az miktarda üretim bile başlamıştır. 16. yy. sonunda ise, tütün Avrupa’da hemen hemen tamamına, Japonya, Sibirya, Afrika ve Hindistan’a kadar ulaşmış, üretimi yapılan ve kullanımı giderek artan, dolayısıyla da ticaret yapılmaya başlanmıştır(15).

Tütünün ticareti ve kullanımı sonraki senelerde de hızla çoğalmaya ve yaygınlaşmaya devam etmiş; fakat bu arada tütünün olası zararlarından bahseden fikirler de konuşulmaya ve tütünün kullanımı çeşitli ülkelerde zararlı olduğu düşünülerek yasaklanmaya başlanmıştır. Richard Peto ve Richard Doll adlı iki İngiliz tıp doktorunun 1951- 1962 seneleri arasında kırk bin tıp doktoru üzerinde yaptığı anket çalışmaları ile tütün kullanımının 24 farklı hastalığa neden olduğu ve sürekli sigara kullananların yarısının 20-30 sene sonra sigaranın neden olduğu hastalıklara bağlı erken yaşta ölebilecekleri ortaya çıkarılmıştır(16).

Türkiye’de 1923 senesinde 558 sayılı kanun ile tütünün üretimi, tüketimi ve satışı yasal hale getirilerek Tekel isimli kuruluşa verilmiştir. Tütünün tıpta kullanılan ve keyif veren yanlarından sonra kötü kokusu ve yangınlara neden olmasından dolayı yönetici ve din adamlarından yoğun tepkiler almıştır. Hatta Osmanlıda padişah IV. Murat tütün içiminden kaynaklanan yangınlara neden olan

kişilere ölüm cezasına kadar varan ağır cezalar vermiştir.1856 senesinde nikotinin zararları bilimsel olarak ispatlanmıştır(17).

2.1.2. Tütün Ürünleri ve Tütünün Kullanım Şekilleri

Ülkemizde tütün deyince akla ilk sigara gelse de tütün ürünleri birçok çeşitten oluşur. Ülkemizde üretilenler ise sigara başta olmak üzere sıklıkla nargile tütünü, pipo tütünü, çiğneme tütünü, sarma tütün, puro ve ülkemize özgü olan ‘Maraş otu’dur. Türkiye’de üretilmeyen ithal edilenler ise sigarillo ve elektronik sigaradır(18).

Tütün ürünlerinden bazıları yöresel kültür ve teknoloji içermektedirken, tütünün kullanım yolları evrenseldir. Tütün ürünlerinin yüksek toksisitesinden dolayı epidemiyolojik çalışmalar, en sık kullanılan sigaraya odaklanmıştır. Son yıllarda elektronik sigara tüketimi arttığı için buna yönelik araştırmalar artmıştır. Üstelik, diğer tütün ürünlerini geleneksel kullananlar, sigara içenlere göre daha az miktarda tütünü tüketmektedir (örnek olarak, daha az puro veya pipo içmekte veya daha az tütünü kullanmaktadır). Bunun için, bu ürünlerin sınırlı epidemiyolojisi düşük tüketimle ilişkilidir.

2.1.3. Sigaranın Bileşenleri

Sigaranın dumanı bir kısmı toksik ve karsinojen olan 5000’den fazla kimyasal madde içermektedir. Bu maddelerden dolayı vücuttaki çoğu organı etkilemekte, birçok hastalığa neden olmakta ayrıca ölüm artışında da etkili olmaktadır(19). Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı(IARC) sigarayı grup I karsinojen olarak göstermiştir(20).

Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı(IARC) sigaranın dumanında 81 bileşenin karsinojen olduğunu söylemiştir. Bu bileşenlerin 11’i “insanda kansere yol açtığı bilinen” ve 14’ü de “insanda kansere yol açması muhtemel” gruptadır(21). Nikotin bu maddelerden en önemlisidir. Sigaranın bağımlılık etkisinden sorumlu olup, tütünün içinde doğal olarak bulunmaktadır. Sigara yapımı için kullanılan tütünde % 0.5-3 nikotin bulunmaktadır(12). Sigarada bulunan kanserojenik bileşenler: Arsenik, katran, nikel, kurşun, formaldehit, benzen, kadmiyum, polonyum-210, krom nitrozaminler, akrolein, kobalt ve berilyum gibi maddelerdir(Tablo 1).

Tablo 1.Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri(22)

Partikül Fazı	Başlıca Etki	Gaz Fazı	Başlıca Etki
Katran	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Nikotin Doza bağlı uyarıcı, parasempatik,N-kolinerjik reseptörlere depresör etki	Nitrojen Oksitler	İrritan, proinflamatuvar/silyotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar/silyotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar/silyotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar/silyotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar/silyotoksik
Benzopiren	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/ karsinojenik
Katekol	Mutajenik/karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/ karsinojenik
İndol	Tümör akselasyonu		

2.1.4. Sigara Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) 2016 verilerine baktığımızda 1,1 milyar kişi tütün kullanmaktadır. Tütünün kullanımı gelişmiş yerlerde azalmasına karşın, gelişmekte olan yerlerde hızla artma sürmektedir. 2030 senesinde tütünden dolayı vefatların % 80'inin gelişmekte olan yerlerde olacağı tahmin edilmektedir(23). En çok tütün kullanan ilk 10 ülke içinden ilki Çin olmak üzere, ABD, Endonezya, Türkiye ve Vietnam gibi ülkeler bulunmaktadır. Türkiye, sigara tüketiminde dünyada 8. sıradadır(24).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın istatistiklerine göre ülkemizde 14.8 milyon (% 27) insan tütün tüketmektedir. Bu insanların %23.8 i her gün tütün kullanmaktadır. Erkek kullanıcı oranı (%41,5) kadınlardan (%13,1) fazladır. Erkek bireylerin % 37,3'ü, kadın bireylerin ise %10,7'si her gün tütünü kullanmaktadır. Tütünün ürünleri arasında en çok sigara (%94,8) kullanılmaktayken ikinci sırada ise nargile (%0.8) tüketilmektedir. Türkiye'de yetişkin sigara kullanıcısı oranı ise % 22 olarak gösterilmiştir(25).

Türkiye'de 2008 senesinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sağlık çalışanlarının sigara kullanma sıklığı hemşire, ebe, hekimler ve teknisyenler olarak ayrı ayrı bakıldığında %30.5-33.8 arasında değişiklik gösteren oranlar tespit edilmiştir. Türkiye'de pratisyen hekimlerin %30,5'i ve uzman hekimlerin %22.1'i düzenli olarak sigara kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir(25).

2.1.5. Sigaranın Vücut Sağlığına Etkileri

Sigara başta akciğer kanseri, KOAH, kalp ve beyin damar rahatsızlıklarının sebebi olmakla birlikte diğer birçok rahatsızlıklarda ilişkisi bulunmaktadır. Hatta pasif içme yoluyla da birçok kişinin sağlığı için zararlı olmaktadır. Sigara tüm kronik akciğer rahatsızlıklarının %80'ninden, kalp rahatsızlığı ve kanserden dolayı mortalitenin de üçte birinden sorumlu gösterilmiştir. Tablo 2 de sigaranın neden olduğu rahatsızlıklar gösterilmiştir(21).

Tablo 2.Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar(22)

SİSTEMLER	HASTALIKLAR
Solunum sistemi	KOAH, pnömoni Akciğer kanseri
Kardiyovasküler sistem	Koroner arter hastalıkları Periferik vasküler hastalıklar Serebrovasküler hastalıklar
Kanserler	Akciğer kanseri Oral, nazal ve laringeal kanserler Mesane, böbrek, üreter ve serviks kanserleri Özofagus, mide ve pankreas kanserleri Myeloid lösemi
Üreme sistemi	Kısırlık Erken doğum- Düşük doğum ağırlığı Ölü doğum

Diğer	Osteoporoz, femur fraktürü Peptik ülser Ani bebek ölümü
-------	---

Sigaranın tüketimi, birçok organ ve sistemi etkileyebileceği gibi, bunlar içinde en fazla bilinen solunum sisteminde yaptığı hasarlardır. Solunum sisteminde anatomik ve fonksiyonel değişiklikler sebebiyle zamanla KOAH gelişmekte, amfizem ve kronik bronşit gibi rahatsızlıklar da buna katılmaktadır. KOAH nedeniyle ölüm riski sigara içenlerde, içmeyenlere göre 12-13 kat daha yüksek bulunmuştur. Sigaranın astımda da aynı KOAH'ta olduğu gibi, hastalığın hem gelişiminde hem de ilerleyişinde çok fazla olumsuz etkisi vardır(26).

İlk defa 1964 yılında 'Amerikan Cerrahlar Birliği'nin sunduğu rapor ile sigaranın kullanımının akciğer kanseri ile nedensel bağlantısı gösterilmiş olup, zaman içinde yapılan araştırmalarda; sigaranın akciğer kanseri için hem erkek hem kadınlarda başlıca sebep olduğu ispatlanmıştır(27).

Koroner kalp rahatsızlıkları ile sigaranın içimi arasındaki bağlantı ilk defa 1940 senesinde gösterilmiştir. İlerleyen senelerde yapılmış araştırmalarda sigaranın kardiyovasküler hastalıklarını, inme riskini, ani ölümü, kalp krizini, aort anevrizmasını ve periferik arter hastalıklarının riskini arttırdığı gösterilmiştir. İngiltere'de erkek doktorlar arasında yapılan ve yirmi sene süren bir çalışmada günde yirmi beş ve daha çok sigara kullananlarda, koroner kalp hastalığının ölüm oranı kullanmayanlara göre 2-3 kat daha fazla bulunmuştur. Sigara içen kadınlarda yapılan araştırmalarda da benzer bulgular edinilmiştir. Yapılan araştırmaların çoğunda hem erkeklerin hem kadınların sigara içiminin miyokard infarktüsü ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani vefat oranını arttırdığı bulunmuştur. Bu risk sigaraya başlama yaşıyla, günde kullanılan sigara miktarıyla ve kullanılan yıl sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca sigaranın kolesterol yüksekliği ve diyabet gibi risk faktörlerini de büyük oranda arttırdığı bilinmektedir(28).

Akciğer kanseri ilk sırada olmak üzere birçok kanserde başrolü olan sigara tüm kanserlerin de üçte birinden suçlanmaktadır. Bu kanserler içinde farinks, larinks, ağız içi, mide, meme, kolon, serviks, pankreas ve mesane kanseri yer almaktadır.

2.1.6. Nikotin Bağımlılığı

Bağımlılık, "kronik bir beyin rahatsızlığı" şeklinde tanımlanabilir. Bunun sebebi, bağımlılık yapıcı bileşenin beyin yapı ve görevini değiştirerek etki göstermesidir. Sürekli sigara içimi sonucunda

sigarada bulunan nikotin beyinde bu etkileri göstermekte ve bağımlılığa sebep olmaktadır. Nikotinin bağımlılığı hem fizyolojik hem psikolojik bir bağımlılık olarak söylenilebilir.

DSM-V de “Tütün Kullanım Bozukluğu” şöyle tanımlanmaktadır:

On iki aylık zaman içerisinde, aşağıdaki en az iki madde ile kendini gösteren, klinikte gözle görülür bozulmaya veya fonksiyonda azalmaya neden olan, uygunsuz tütün kullanımı örüntüsünün olması:

1. İstenildiğinden fazla miktarda ya da uzun süredir kullanımı
2. Maddenin bırakılması ya da kontrol altında tutulması için faydası olmayan uğraşlar
3. Maddenin elde edilmesi, kullanılması veya etkisinden kurtulması için gerekli faaliyetlere çok vakit ayrılması
4. Maddenin kullanılması için çok fazla bir istek duyulması ya da kendisinin zorlanmış hissedilmesi
5. Maddenin sürekli kullanımları sonunda görevlerini yapamama (evde, işte, okulda)
6. Olumsuz sonuçlarına karşın kullanımın devam edilmesi(toplumda ve insanlar arasında problemler)
7. Kullanımdan dolayı gündelik işlerin yapılmaması veya azaltılması(eğlence, iş gibi)
8. Tehlikeli olabilecek zamanlarda bile kullanımın devam edilmesi
9. Olumsuz fiziksel ya da zihinsel etkilerin bilinmesine karşın kullanımın sürdürülmesi
10. Maddeye karşı tolerans varlığı
11. Yoksunluk belirtileri(bulantı, kusma, sinirlilik, terleme, uykusuzluk, titreme gibi)

2.1.7. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi

Son zamanlarda sigara nedenli ölüm artışı sebebiyle bu bağımlılıkla mücadele çok önemlidir. Sigara bağımlılığı ile mücadelede çok sayıda faydalı yöntem geliştirilmiş olup ve çalışmalar hala devam etmektedir. Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen nikotin bağımlılığının tedavisi hekimlerimizin sorumluluğu altındadır.

Doktorlar muayeneye gelen her hastanın tütün tüketimini sorgulamalı, kullananları bırakmaları yönünde uyarmalı ve teşvik etmelidir. Hastalara sözel tıbbi açıklamalar yapılması ve sigaranın zararları ile ilgili bilgi verilmesi birinci basamakta ‘kısa hekim müdahalesi’ şeklinde tanımlanır. Son derece basit ve uygulanabilir olan bu müdahale yüzde yüz başarı sağlamasa da sigara bırakma oranını belirgin bir şekilde arttırmaktadır(29).

Doktor desteği olmadan kullanıcıların sigarayı bırakma girişimleri %90 başarısız olurken destek alan kullanıcıların %50’si ilaç tedavilerini uygulamakta ve başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bundan

dolayı doktorların sigarayı bırakma düşüncesi olan hastalarını cesaretlendirmeleri çok büyük önem teşkil etmektedir(30).

Doktorların sigarayı bırakmak için istekli ve isteksiz olan hastalara ayrı ayrı uygulamaları için 5A ve 5R stratejileri önerilmektedir(31). Sigarayı bırakma denemesinde istekli olgulara 5A stratejileri, bırakma denemesinde isteksiz olgulara 5R stratejileri uygulanmalıdır.

Tablo 3. 5A Stratejileri

<u>A</u> SK (SOR)	Hastanın hekime başvurma nedeni ne olursa olsun tütün ürününü kullanıp kullanmadığı, ne sıklıkla ve ne kadar kullandığı ve ne zaman kullanmaya başladığı sorulmalıdır.
<u>A</u> DVICE (ÖNER)	Hastaya sigarayı bırakması gerektiği mutlaka önerilmelidir.
<u>A</u> SSESS (DEĞERLENDİR)	Hastanın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği, daha önce bırakmışsa karşılaştığı zorluklar ve endişeleri sorgulanmalı, hastaya bu konuda önerilerde bulunulmalıdır.
<u>A</u> SSIST (ÖNDERLİK ET)	Hastaya sigara bırakma planı hazırlanmalı ve hasta yoksunluk belirtileri ile karşılaştığı takdirde yapabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir.
<u>A</u> RRANGE (İZLE)	Hasta mutlaka kontrollere çağırılmalı ve yakından takip edilmelidir.

Tablo 4. 5R Stratejileri

<u>R</u> ELEVANCE (İLİŞKİ)	Sigaranın etkileri hasta ile ilişkilendirilerek anlatılmalı ve sigara bırakma konusunda hasta cesaretlendirilmelidir.
<u>R</u> ISKS (RİSKLER)	Hastaya sigara kullanma sonucu oluşabilecek riskler hakkında bilgi verilmelidir.
<u>R</u> EWARDS (ÖDÜLLER)	Hastaya sigarayı bırakması halinde hayatında oluşabilecek olumlu etkilerden bahsedilmelidir.
<u>R</u> OADBLOCKS (ENGELLER)	Hastanın sigarayı bırakmak istememesine neden olan sorunlar belirlenmelidir.
<u>R</u> EPETITION (TEKRAR)	Hasta ile her görüşmede hasta, sigara bırakma konusunda tekrar bilgilendirilmelidir.

Davranış Terapileri

Davranış terapileri kullanıcının sigaradan uzaklaşmasını, sigara kullanma düşüncesiyle mücadele etme becerisi kazanmasını ve sigaraya yönelik olumsuz tepki geliştirmesini sağlamaya yönelik yöntemlerden oluşur.

Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi hastanın yoksunluk semptomlarını azaltarak sigarayı bırakma sürecini kolaylaştırmaktadır. Bu tedavilerin başlıcaları şöyledir; nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin tedavisi.

Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavisinin önceliği nikotinik reseptörlere bağlanarak, sigarayı bırakmanın sonrasında olabilecek fazla nikotin isteği, çabucak sinirlenmek ve dikkat eksikliği gibi yoksunluk belirtilerini önleyerek bırakmayı rahatlatmaktır. Bunun yanında replasman tedavisi hastayı sigaranın diğer zararlı ve toksik maddelerine karşı da koruma sağlar. Bu tedavide kullanılmakta olanlar; nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin dil altı tablet, nikotin pastil, nikotin nazal sprey ve nikotin inhalerdir. Ancak Türkiye’de bunlardan sadece nikotin sakızı ve transdermal nikotin bandı bulunur. Bunlardan hangisi seçilecekse hastaya göre karar vermek gerekir. Bu ürünler kombine şeklinde, vareniklin veya bupropion ile beraber kullanılabilir. Sigara içilirken kullanılmaları önerilmezler(32).

Bupropion

Bupropion sigara kullanımının tedavisinde faydası olan ilk non nikotin tedavi şeklidir. Non-trisiklik antidepresandır. Dopaminin ve noradrenalinin sinaptik geri alım bir inhibitörüdür. Yoksunluk semptomlarının azalmasını sağlar. Yapılan çalışmalarda bupropionun yalnız kullanımında sigaranın bırakılma oranını hemen hemen 2 kat artırdığı tespit edilmiştir. Her ne kadar kombine tedavilerinin tek başına olanlarına belirgin bir üstünlüğü görülmesine de ciddi yoksunluk semptomları olan veya yalnız kullanımdan fayda göremeyen kişilerde nikotin replasman tedavisi ile bupropion birlikte kullanılabilir(33).

Bupropion tedavisi 300 mg/gün miktarda olarak sekiz haftadır. Gerekli görüldüğü durumlarda ise tedavi 6 aya kadar uzatılabilir. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır ve hasta tedaviyi aldığı sırada sigarayı bırakır. Tedavinin ilk üç günü 150 mg/gün, dördüncü günden itibaren 300 mg/gün

miktarında kullanılmalıdır. Sürekli salınan şekli tedavi olan Zyban sigaranın bırakılmasında yardımcı tedavi için onay almıştır(30).

Vareniklin

Vareniklin nikotinik reseptörlerinin uyarılmasıyla nikotinik agonist etki gösterir. Böylece nukleus accumbens dopamin salgılanmasını uyarır. Vareniklin bu etkisiyle sigarayı bırakma tedavisi sırasında oluşan yoksunluk semptomlarını azaltır(34). Yapılan çalışmalarda vareniklinin plaseboya göre 3 kat daha etkili olduğu kanıtlanmıştır(25).

Tedavinin ilk 3 günü 0,5 mg/gün, sonraki 4-7.günler arasında 2x 0,5mg/gün, 8.günden sonra ise 2x1mg/gün dozunda kullanılır. Ortalama kullanılması on iki haftadır fakat yirmi dört haftalık tedavinin nüksü önlemede daha başarılı olduğu gözlenmiştir(34).

Diğer İlaçlar

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan diğer bazı ilaçlar ise şunlardır; monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri, klonidin, nortiptilin, rimonabant, klonidin ve nikotin aşısıdır. Bunlar arasında en sık kullanılanlar klonidin ve nortiptilindir.

2.1.8.Tütün Kontrolü

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 senesinde yürürlüğe alınmıştır. Bu sözleşme tütünün kullanımını azaltmak için ülkelere 2025 senesine kadar uygulanmasını istediği ulusal hedefler belirlemiştir. Türkiye, DSÖ'nün TKÇS'sine 2004 yılında taraf olmuştur(35).

DSÖ 2008 yılında bu önlemlerin etkin şekilde uygulanmasına yardımcı olması amaçlı tütünün kontrolü hakkında faydalı olduğu ispatlanmış, türkçe karşılığı 'güçlendirme' diyebileceğimiz 6 maddeyi içermekte olan bir politika paketi (MPOWER) hazırlamıştır(36).

Pakette yer alan 6 politika şunlardır:

- Salgın ve koruyucu yolların yakından izlenilmesi (**Monitor**)
- Toplumu pasif sigara içiminden mümkün olduğunca korunulması (**Protect**)
- Sigara bırakmayı isteyenlere yardım edilmesi (**Offer**)
- Herkesin sigaranın zararları hakkında uyarılması (**Warn**)
- Reklamın, tanıtımın ve sponsorluğun yasaklanması (**Enforce**)

- Tütünle ilgili vergileri ve fiyatları artırmak (Raise)

2.2.Uyku

2.2.1.Uykunun Tanımı

Uyku;yaşam için gerekli olan, dışardan uyarılara yanıt eşiğinin arttığı, geri dönüşümlü, komplike nörolojik olaydır. Uyku insan hayatının yaklaşık üçte birini kapsayan fizyolojik bir durumdur. Birçok hayati fonksiyon için gerekli olan aktif bir süreç ve biyolojik bir gerekliliktir.Birincil fonksiyonu vücut için dinlenme sağlamasıdır(37).

Yeterli süredeki uyku;gündüz uyanıklık hali,gün içindeki performans,kaliteli ve sağlıklı bir hayat için gereklidir. Uyku yoksunluğu ise çeşitli bilişsel, fizyolojik, davranışsal ve duygusal durumları olumsuz etkilediği gösterilmiştir(37).

2.2.2. Uyku ve Uyanıklık Döngüsü

Vücudumuzun biyolojik saatine sirkadiyen ritm denilmektedir. Bu ritim kan basıncı, büyüme hormonu, kortizol, prolaktin, tiroid stimulan hormon seviyeleri gibi çeşitli hormonal ve metabolik olayları kontrol eder. Kişiden kişiye farklılık gösteren ve yaklaşık 24 saat süren sirkadiyen ritmin düzenlediği bir diğer olay da uyku-uyanıklık döngüsüdür(38).

Sirkadiyen ritim ön hipotalamusta suprakiazmatik çekirdek tarafından düzenlenir. Dış uyarılardan etkilenebilen bu ritmin en önemli uyararı güneş ışığıdır. Işık uyarısının retinal yollarla suprakiazmatik çekirdeğe iletilmesi ile bu durum gerçekleşir. Bu şekilde gün ışığıyla gündüz uyanıklık hali sağlanır. Suprakiazmatik çekirdekteki saat, sinaptik yollarla sinyalleri pineal beze gönderir ve pineal bezden ritmik melatonin üretimi uyarılır. Melatoninin de uykuyu kolaylaştırıcı etkisi bulunmaktadır(39).

2.2.3. Uykunun Evreleri

Uyku evrelerinin gösterilmesi için gerekli temel kayıt birimleri beyinde olan elektriksel aktivitenin ölçüldüğü elektroensefalografi (EEG), gözün hareketlerinin ölçüldüğü ve kaydedildiği elektrookülogram (EOG) ve kasların dinlenme zamanındaki tonusunun ölçüldüğü elektromiyogram (EMG)' dir. Uyku sırasında verilerin kaydedilmesi de polisomnografi ile yapılır(40).

Çalışmalar sonrasında uykunun iki dönemi bulunmuştur. Tanımlama göz hareketlerine bağlı olarak yapılmıştır:

- Uykuda hızlı göz hareketlerinin olmadığı dönem (NREM - NonREM - Non Rapid Eye Movement)
- Uykuda hızlı göz hareketlerinin olduğu dönem (REM - Rapid Eye Movement)(40).

Uyku uyanıklık döngüsünde uyku, uyanıklıktan NREM evresine geçiş ile başlamaktadır. NREM arkasından REM evresi gelir ve bu evreler birbiri ardına ilerler. Uykunun başından ilk REM evresinin bitimine kadarki olan dilime bir uyku siklusu denilir. Bir uyku siklusu yaklaşık 90-120 dakika sürer ve ortalama sekiz saatlik bir gece uykusunda 4-5 sefer tekrar eder. 80 dakikadan önce REM uykusu ortaya çıkmaz(41).

NREM uykusu erişkin insanların uykuya ilk geçiş dönemidir. Hızlı göz hareketleri bu dönemde olmaz. Bu uyku dönemi derin ve dinlendirici tipteki uykudur(41).

REM uykusu hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku evresidir. Toplam uyku zamanının yaklaşık %20-25'sini oluşturmaktadır. Yaklaşık 90 dakikada bir olan REM uykusu ortalama 5-30 dakika sürmektedir. REM uykusu en derin uyku dönemidir ve bu dönemde bireyi uyandırmak NREM'e göre daha güçtür. Yüz, kol ve bacaklardaki ufak seğirmeler dışında kas tonusu azalmaktadır. Sempatik sistemin aktive olmasıyla birlikte kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı yükselir ve aynı zamanda düzensiz hale gelir. Rüyaların yaklaşık %80'i REM döneminde görülmektedir. Hafıza oluşumunda görev aldığı düşünülmektedir(42).

2.2.4. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları kendisi bir hastalık olarak oluşabileceği gibi başka bir hastalığın belirtisi de olabilir. Uyku süresinde ve kalitesinde meydana gelen farklılıklar ve uykuda oluşan anormal durumlar uyku bozuklukları olarak tanımlanır. Uyku bozuklukları sınıflandırılarak bu olağan dışı durumlar daha iyi anlaşılmasına çalışılmıştır(43).

İlk defa 1979 senesinde sınıflandırılan uyku bozuklukları American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından 1991 ile 2005'te revize edilmiş ve International Classification of Sleep Disorders-1 (ICSD-1) ve ICSD-2 isimlerini almıştır. 2014 yılında AASM tarafından tekrar güncellenerek son hali olan ICSD-3 olarak değiştirilmiştir. ICSD-3 7 ana başlık içermektedir(44).

İnsomnia

Uyku için yeterli ortam ile şartlar olmasına karşın; uykuyu devam ettirme, uykuya dalma ve uykuyu bitirmeye ilişkin sorunlar, gece uykusunda sık bölünme ve sabahları normalden daha erken uyanıp tekrardan uykuya dalamamak insomnia olarak adlandırılır. Bu uyku kişiyi dinlendirmez ve gün içindeki aktivitelerinde azalmalar olmaktadır(45).

Tedavide öncelikle uyku hijyeni eğitimi verilmelidir. Öncelikle uyku bozukluğuna neden olabilecek tıbbi ya da psikiyatrik hastalıkları varsa tedavi edilmelidir. Bunlardan fayda sağlanılmazsa farmakolojik tedavi (benzodiazepin, benzodiazepin reseptör agonisti, sedatif etkili antidepresan, sedatif antihistaminikler) uygulanır(46).

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

Uykuda solunum bozuklukları; uyku sırasındaki solunum düzensizlikleri olan, yaşamı tehdit eden, horlamanın da eşlik ettiği sık görülen önemli bir hastalıktır. Patolojik düzeydeki değişikliklerin neden olduğu bu klinik durum morbidite ve mortalite artışına sebep olmaktadır(47).

Bu grupta yer alan ve sık görülen hastalık obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS)'dur. OUAS kadınlarda %2, erkeklerde %4 sıklığında görülmektedir(48). Yüksek sesle horlama, gündüzleri uyku hali, yorgunluk, uykudan nefes durması veya kesilmesi ile uyanılması en sık görülen semptomlardır. Obezite, yaş ve cinsiyet en önemli risk faktörlerindendir. Tanısı polisomnografi ile konulmaktadır(49).

Tedavide pozitif havayolu basınç (PAP) cihazları kullanılır. PAP tedavisi ile üst havayolu açıklığı sağlanmaktadır. Ayrıca nazal cerrahi, trakeostomi ve uvuloplasti gibi cerrahi yöntemler de denenebilir(46).

Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar

Geceleri yeterli uyunmasına rağmen gün içerisinde tekrar eden uyku atakları, aniden uykuya dalma, günde dokuz saatten fazla uyunmasına karşın kişinin kendisini yeterli dinlenilmiş hissetmeme veya ani uyandırılmalarda tam uyanmanın sağlanamaması gibi semptomlar gözlenir. Hipersomnia;beraber görüldüğü psikiyatrik hastalıklarda kötüleşmeye,hayat kalitesinde azalmaya ve iletişimde bozulmaya neden olmaktadır(50).

Tanı polisomnografi ve çoklu uyku latans testi ile konulur(48). Medikal tedavi olarak uyanıklığı artıran modafinil, stimülan olan amfetamin ve metilfenidat, sodyum oksibat verilebilir. Ayrıca uyku hijyeni, yaşam tarzı değişiklikleri, gün içerisinde kısa süreli uyumalar da önerilir(46).

Sirkadiyen ritm uyku - uyanıklık bozuklukları

Bireyin fizik ile çevre koşullarına uygun olan uyku uyanıklık dönemlerinin bozuk olduğu durumlarıdır. Endojen sirkadiyen ritm ile çevresel şartlar arasında dengenin bozuk olması sonucunda meydana gelir. Vardiyalı çalışan ve Jet-Lag denilen birden fazla zaman dilimini geçerek uçak seyahatleri yapan kişilerde görülebilir(51).

Tedavide uyku hijyeni, düzenli uyku uyanıklık programlanması, fototerapi, kronoterapi ve melatonin denenebilir(46).

Parasomniler

Uykuya dalarken, uyku sırasında ya da uykudan uyanmalar esnasında oluşan istenmeyen motor davranışların birlikte olduğu uyku bozukluklarıdır. REM evresi, NREM evresi veya her iki uyku evresinde farklı semptomlar ve değişken sürelerde görülebilirler. Sıklıkla çocukluk çağında başlamakta, erişkinlik döneminden önce bitmektedir. Nadiren erişkinlik döneminde de devam edebilir. Uykunun primer bir bozukluğu olarak görülebileceği gibi başka uyku sorunları, psikolojik rahatsızlıklar, kronik rahatsızlıklar, maddeler ve ilaç kullanımına bağlı olarak da görülebilir. Tanı klinik anamnez ve polisomnografi ile konulabilir(46).

Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları

Basit ve stereotipik özellik taşıyan, uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmeye engel olan hareketler bu gruptaki uyku bozukluklarına neden olmaktadır(51). Bu gruptaki en sık görülen bozukluklardan biri huzursuz bacak sendromudur. Kişilerde ekstremitelerde uyuşma, karıncalanma, ağrı, sıçrama ve uykuya dalma veya uykuyu sürdürme semptomları görülür. Kadınlar ve yaşlılar da daha çok görülür. Tanı klinik anamnez ile konulur(52).

Tedavisinde uyku hijyeni anlatılır. Yatmaya yakın saatlerde sigara, alkol, kahve alınmaması ve düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. İlaç tedavisi olarak dopaminerjik ilaçlar, antiepileptikler, benzodiazepinler ve opioidler verilebilir. Demir eksikliği gibi sekonder nedenler varsa tedavi edilmelidir(46).

Diğer uyku hastalıkları

Uyku ile ilgili nörolojik ve medikal rahatsızlıkların değerlendirildiği gruptur(53).

2.2.5. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Yaş: Uyku, yaşla beraber değişkenlik gösteren fizyolojik bir olaydır. Yenidoğanlar günün çoğunu uyuyarak geçirir. Yetişkinler günde ortalama 8 saat uyurken yaşlılarda bu süre iyice azalır. Yani yaş ilerledikçe uyku süresi ve ihtiyacı azalmaktadır. Genç erişkinler uykuya ortalama 10-30 dakikada dalarken, bu durum yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürebilmektedir(54).

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere göre daha uzun süre uyudukları halde iki kat daha fazla uyku bozukluğu gösterirler(55). Yapılan araştırmalarda kadınlardaki uykunun kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu gösterilmiştir. Buna menstrual siklus, hamilelik, menopoz gibi biyolojik sebepler, ev ve işyerindeki pozisyonları gibi çevresel etmenler neden olabilir(56).

Hastalık: Uyku bozuklukları hastalıklara neden olabilirken; birçok hastalık da ağrı, çoklu ilaç kullanımı, hospitalizasyon, depresyon ve anksiyete gibi nedenlere bağlı olarak uyku bozukluklarına sebebiyet verebilir(57). Bu nedenle uyku bozuklukları ve hastalık varlığı birbirini etkileyen durumlardır.

İlaç Kullanımı: İlaçlar uykuyu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. MSS(Merkezi Sinir Sistemi) üzerinde etkisi olan ve uykuyu etkileyebilecek olan ilaçlardan bazıları benzodiazepinler, non-benzodiazepin reseptör agonistleri, antidepresanlar, analjezikler, antiepileptikler ve MSS stimulanlarıdır. Benzodiazepin (diazepam, lorazepam, midazolam vb.) ve non-benzodiazepin reseptör agonistleri (zolpidem, zaleplon, eszopiklon vb.) uykuya başlama süresini ve uyku sırasında uyanmaları azaltıp, toplam uyku süresini artırarak uyku kalitesini artırır. Ancak yüksek dozda kullanılan ilaçların kesilmesi sonucu rebound uykusuzluk ortaya çıkabilir(58).

Sigara: Nikotin santral sinir sistemini uyarıp bağımlılık yapıcı bir maddedir. Kan basıncında, kalp hızında, katekolamin miktarında artışa sebep olmaktadır. Otonom aktivasyonun sonucunda bireylerin uykuya dalma süresi uzar ve uykuyu sürdürmede sıkıntı yaşarlar. Bu kişilerde uyku apnesi, insomnia ve uyku latansında gecikmeler de görülebilir. Yapılan çalışmalarda sigara kullanan kişilerin kullanmayanlara göre daha kötü uyku kalitesinin olduğu gösterilmiştir(59).

Alkol: Santral sinir sistemini baskılar ve sedatif etki gösterir. Uyumaya yakın bir dönemde alınan alkol uykuya geçişi hızlandırmaktadır. Alkol vücutta metabolize oldukça çekilme belirtilerinden de olan uykuda bölünme ve uyku süresinde azalma gibi semptomlar ortaya çıkar. REM evresini kısaltır.

Görülen rüya ve kâbusları artırarak uykudan uyanmalara neden olabilir ve bu nedenle uyku kalitesini bozabilir(46).

Çay ve Kahve Tüketimi: Çay ve kahve içeriğindeki kafeinden dolayı uyku üzerine etki ederler. Çay ve kahve dışında çikolata, kola, enerji içecekleri ve soda gibi besinlerde de kafein vardır. Kafein santral sinir sistemini uyaran bir maddedir ve genellikle uyanıklılığı arttırmak için kullanılır. Ancak bu etkiye karşı da tolerans gelişebilir. Kafeinin uyumadan yaklaşık 30-60 dakika önce alınması uykuya dalmada sıkıntılara, gece uykusunda sık sık bölünmelere, toplam uyku süresinde ve derin uyku süresinde azalmalara sebep olabilir. Böylece uyku kalitesinde kötüleşme görülebilir(46).

Obezite: Uyku bozukluğu sonucu görülen en önemli hastalıklardan biri obezitedir. Yapılmış araştırmalarda uyku bozukluğu ve BKİ (beden kitle indeksi) arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Yani obezitesi olan bireylerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu söylenebilir(60).

Yaşam Şekli: Vardiya usulü işler uykuyu olumsuz etkilemektedir. Gece ve sabah vardiyaları hem ana uykuda kısalmalara hem de REM ve NREM evre 2 süresinde azalmalara neden olur. Vardiya usulü çalışma şeklinde bireylerin tam bir uyku düzeni oluşamamaktadır. Gece vardiyalı çalışanların biyolojik saatinde kaymalar görülebilir. Bu kişilerde aşırı uykululuk, uykusuzluk, kronik yorgunluk, işlevsellik kaybı ve iş performansında düşmeler görülebilir(61).

2.3. Öz Yeterlilik Algısı

2.3.1. Öz Yeterlilik Kavramı

Kelime anlamı olarak kişinin belirli derecede performansı başarması için kendi inancı veya kendi yargı yetisine öz yeterlilik denilmektedir.

Öz yeterlilik kavramını 1977 senesinde Psikolog Albert Bandura ilk defa “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramı dahilinde tanımlamıştır. Kişisel yeterlilik hissiyatının kuvvetli olmasının; daha fazla bir başarı, daha sağlıklı olunma ve daha sosyal kaynaşma ile ilişkide olduğunu belirlemiştir. Bandura, öz yeterlilik algısını; kişilerin belli bir performansa ulaşmalarına yardımcı olacak eylemleri örgütleme ve sergileme yetenekleri ile ilgili yargıları olarak tanımlamaktadır. Nitekim öz yeterlilik; fiziki ve ruhsal iyilik hali, yaşadığı duygusal durumlar, sosyal hayat, akademik başarı ve kariyer tercihleri gibi birden fazla yerde kullanılır. Öz yeterliliğe göre kişi sonuçların olumlu olacağını düşünürse, hayatın kontrolünü kendinde tutabilmek adına daha aktif davranış göstermektedir(62).

Öz yeterlilik algısını arttırmaya yönelik yaşantılar gözlemlendiğinde pozitif bir görüş dikkati çeker. Öz yeterlilik algısının kuvvetli olunması başarı oluşmasında ve en önemlisi de bireysel gelişimde artma sağlanmaktadır. Öz yeterlilik algısı kuvvetli olan biri olumsuzluk halinde doğrudan kendinde suç bulmaz. Yolun yanlış olduğunu düşünerek, hemen toparlayıp başarmak için yönelebilmektedir(63).

Schunk'a göre kişi tavırlarının en önemli unsuru kendisinde olan yeterlilik inançlarıdır. Kişiler bir sorumluluğu yapmaları için gerekli olan yetilerinin kendilerinde olduğu inancını bilirlerse, sorumluluğu seçmek adına daha istekli olmakla birlikte bu konuda kararlı olduklarını göstermekte ve gereken yönelimler için harekete geçmektedirler(64).

2.3.2. Öz Yeterlilik Kaynakları

Bandura bireylerin öz yeterlilik inancının dört kaynaktan olduğunu göstermiştir. Bunlar: başarılı tecrübeler, dolaylı tecrübeler, sözel ikna, fiziksel ve ruhsal olaylardır. Bunlar arasında öz yeterlilik inancında en etkilisi başarılı tecrübelerdir. Yapılan bir işle alakalı süreklilik gösteren başarılar, kişinin o işe yönelik öz yeterlilik yetisinin kuvvetlenmesini sağlamaktadır. Ancak, aynı işteki yaşadığı başarısız olaylar, o işle alakalı öz yeterlilik yetisinin zayıflamasına sebep olmaktadır. Ancak başarısızlık, tekrar eden başarımlar sonucunda yerleşik kuvvetli öz yeterlilik inancını etkilemeyebilir(65).

Bandura'ya göre öz yeterlilik inancı dört temel kaynaktan görülen tecrübelerle oluşmaktadır:

- **Kişinin doğrudan kendisinin yaşadığı olaylar:** Kişilerin doğrudan yaşadığı olaylar o insanların güçlü bir öz yeterlilik algısının oluşumunda katkısı vardır. Hayatında yaşadıkları bütün başarılı deneyimler ilerleyen zamanlarda kişide öz yeterlilik inancının artmasına destekte bulunacaktır.
- **Dolaylı olaylar:** Kişilerin gözlemlediği diğer bireylerin olumlu veya olumsuz yaşantıları, kişinin kendisinin benzer olaylarla karşılaştığı zaman başarılı olup olmayacağıyla alakalı öz yeterliliğini etkileyecektir. Sosyal Öğrenme Kuramı'nın önemli yapılarından olan gözlenen kişinin yaşantılarını ve bu yaşantıların neticelerini görüp öğrenme, öz yeterlilik inancının oluşumunda görülmektedir. Kendilerine benzer kişileri gözlemleyen insanlar, onların olumsuz durumlarda başa çıkma beceri durumlarını izleyerek kendilerinde de aynı becerilere sahip olduklarının algısını geliştirebilir. Sosyal öğrenme kuramına göre, gözlenen bireyin insan üzerindeki etkileri kişisel öz yeterlilik inancına bağlı olarak şekillenir(66).
- **Sözel ikna:** Öz yeterlilik inancını güçlendirmek için üçüncüsü sözel ikna yoludur. Bu kaynak kişinin yaptığı işiyle alakalı göstermiş olduğu uğraşa dair diğer bireylerin, kişinin yapacağı işi başarıyla sonlandıracağına yönelik söylemiş oldukları düşünceleri içerir(67). İkna edici olumlu

konuşmalar, öz yeterlilik inancını artırabilir. Fakat birey yaptığı işte tekrar edici olumsuzluk gösterirse bu artış geçici olur(68). Bunun için sözel ikna kaynağının öz yeterlilik inancı üstündeki etkisinin sınırlı derecede olabileceği düşünülür. Bouffard-Bouchard'ın yaptığı araştırmada; aynı düzeyde problem çözme becerisine sahip olan kişilerden pozitif geri bildirim alanların, negatif geri bildirim alanlara göre kendilerini daha yeterli gördükleri ortaya konmuştur(69).

- **Psikolojik durum:** İnsanların endişe seviyesi onun öz yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Psikolojik açıdan rahat olan insanların, bir görevi başarı ile bitirmesi konusunda kendilerine olan öz yeterlilik inancı yüksek olacaktır. Bu durumda psikolojik halin iyi olmasının öz yeterlilik inancını arttırdığı, negatif psikolojik halinin ise kişilerin kendilerine olan inançlarını azalttığı söylenebilir(70).

2.3.3. Öz Yeterlilik ile İlişkili Kavramlar

- **Öz Saygı (Self esteem):** Benlik saygısı diye denilen öz saygı, insanın kendisine karşı geliştirdiği pozitif davranış olarak belirtilmiştir. Rogers, hayatın ilk senelerinde iki ihtiyaca dikkat çeker. Bu ihtiyaçlar “pozitif saygı” ve “öz saygı”dır. Kişinin olduğu gibi kabul görmesi öz saygının gelişiminde çok önemlidir. Öz yeterlilik bireylerin kişisel tutumları ile ilgilenmek yerine, bu davranışları kullanıp ortaya çıkan sonuçlarla ilgilenmektedir(66).
- **Öz Düzenleme (Self Regulation):** Kişinin kendisini tanıma ve yalnız başına öğrenebilmek adına kullanacağı bütün yöntem, taktik, teknik ve stratejiye öz düzenlemeli öğrenme denilir. Yani insanların kendi fikirleri yolunda bilişsel olarak motive olmaları olarak ifade edilir(71).
- **Benlik algısı (self concept):** Zimmerman öz yeterlilik inancına en yakın düşüncelerden birinin benlik algılaması (self concept) olduğunu belirtmiştir. Benlik algısı, kişinin kendini tanıma ve öz değer duygularının birçok türünü içinde taşımaktadır. Diğer kavramlarda olduğu gibi benlik algısı da bilişsel ulaşılabilirite konusunda farklılık gösterir(71).

2.3.4. Sağlık Alanında Öz Yeterlilik Kavramı

Öz yeterlilik algısı ile ilgili olarak sağlıkta hastanın davranışlarını inceleyen araştırma sonuçları bulunmaktadır(72). Psikiyatri bölümünde yapılan araştırmalarda öz yeterlilik inancının güçlü olması halinde psikolojik iyilik durumunun da yüksek olduğu ve tedaviden sonrada duygudurum bozukluğu olan hastaların psikososyal uyumlarının arttıkları saptanılmıştır. Alkol bağımlılığı olan kişilerde ve esrar kullananlarda öz yeterliliğin güçlü oluşunun pozitif etkiler yarattığı belirtilmiştir(73).

2.3.5. Öz Yeterlilik ve Sigara Kullanımı

Araştırmalar, sağlıklı yaşam ile öz yeterlilik algısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve öz yeterlilik algısı güçlü kişilerin daha sağlıklı bir hayat biçimini önemsediklerini ortaya koymuştur. Hatta öz yeterlilik algısı düşük bireylerin sigara kullanımına daha olumlu baktıkları, sigara kullanma alışkanlıkları olduğu ve sigara kullanmamak için çok büyük bir irade gerektiğine inandıkları belirtilmiştir(74).

Sigara kullanımına olumlu anlamlar yükleyen kişiler, sigara içince rahatladıklarını, sakinleştiklerini, daha iyi düşünebildiklerini, sorunlarla daha iyi mücadele edebildiklerini belirtmişlerdir(75). Dolayısıyla öz yeterlilik inancı güçlü olan kişilerin sağlıklarına daha hassas yaklaştıkları ve sigara kullanma oranlarının düşük olduğu, öz yeterlilik inancı zayıf olan bireylerin ise sigaraya olumlu anlam yükledikleri ve sigara kullanma oranlarının yüksek olduğu söylenebilmektedir. Yani öz yeterlilik algısı ile sigara içme davranışının ters orantılı olduğu söylenebilmektedir.

Kişilerin sigara kullanımından beklentileri, sigara kullanma davranışlarını etkileyen en önemli etkidir. Kişiler yaşları ilerledikçe çevreye duyarlılıkları artmakta ve sigaraya dair daha fazla bilgi edinmektedir. Çevresel etmenlerle erken yaşta öğrendikleri bilgileri sonucunda sigaraya yönelik düşünceleri oluşmaya başlar(76). Yani kişinin sigaradan beklentisine dair gözlemlediği sonuçlar, sigarayı kullanıp kullanmayacağı yönündeki kararını etkilemektedir.

3-GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapısı ve Evreni

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı niteliğindedir. Araştırmanın evreni Haziran 2023 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerdir.

3.2. Örneklem

Örneklem 18 yaş ve üstü, gönüllü, Türkçe bilen kişilerden seçilmiştir. Bireylere çalışmaya katılmayı reddedebileceği ve ayrıca araştırmaya katıldıktan sonra istediği zaman bu araştırmadan çekilebileceği bilgisi verilmiştir.

Demografik veri formunda yer alan her bir soru için toplam 20 kişiyle olmak üzere toplam 400 kişiyle görüşülmesi planlanmıştır. %10'luk veri kaybı da göz önünde bulundurularak 440 kişiyle görüşülmesi planlanmıştır.

Katılımcıların tamamından sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır ve çalışmanın her aşamasında revize edilmiş şekliyle Helsinki deklarasyonunun ilkelerine uyulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış ve hastaların demografik verilerini, sigara, çay ve kahve içme durumlarını sorgulayan 20 soruluk bir anket (EK-2), uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Ölçeği (EK-3), sigara içenlerde bağımlılık derecesini ölçmek için Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (EK-4) ve öz yeterlilik algısı için Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (EK-5) uygulanmıştır.

Demografik veri sorularını içeren anket, bireylerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Bu anket 20 sorudan oluşmaktadır.

PUKİ, Buysse ve ark. 1989 senesinde hazırladığı, Ağargün ile ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış uyku kalitesini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. PUKİ'de uyku gecikmesi,

öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu olarak 7 maddesi bulunmaktadır. Bu maddelerden bazıları tek bir bileşen ile belirtilirken, bazıları ise birden fazla bileşenin gruplandırılmasıyla elde edilir. Her bir bileşen 0-3 puan olarak değerlendirilmekte ve 7 madde puanının toplamı, toplam PUKİ'nin puanını oluşturmaktadır. Toplamda puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, toplamda puanın fazla oluşu uykunun kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Toplam PUKİ'nin puanının ≤ 5 olması “iyi uyku kalitesi”ni, >5 olması ise “kötü uyku kalitesi”ni gösterir(77).

FNBT, Karl O. Fagerstorm'un hazırladığı, ülkemizde Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış sigara içenlerde bağımlılık derecesini ölçmek için kullanılan bir testtir(78). FNBT 6 sorudan oluşmaktadır. Test sonucu elde edilen puanlar;

- Çok düşük (0-2 p)
- Düşük (3-4 p)
- Orta düzeyde (5 p)
- Yüksek (6-7 p)
- Çok yüksek (8-10 p)

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği, ölçeğin 23 madde şeklindeki formu Sherer ile ark. (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün şekliyle 14 maddeli olan ölçeğin sondaki hali beş dereceli likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir (Sherer ve Adams 1983). Bu çalışmada ölçekteki “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli şeklinde “hiç” ve “çok iyi” cevapları arasında değişen yanıtların verilebildiği likert formatındaki şekli kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. sorular ters puanlanır. Ölçeğin toplam puanı 17-85 arasında değişir; puanın artması öz yeterlilik algısının yükseldiğini gösterir(79).

3.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul edenler
- 18-65 yaş arası olmak
- Herhangi bir nedenle Mengücek Gazi EAH Aile Hekimliği polikliniğine başvurmak
- İletişim kurmada problemi olmayanlar
- Türkçe bilenler

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- İletişim kurmada problemi olmak

- Uyku bozukluğu tanısı olan ve/veya bunun için ilaç kullanmak
- Türkçe bilmeyenler
- Veri toplama formunu eksik doldurmak

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına girilerek analizlenmiştir. Çalışmadaki tanımlayıcı analizler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum verileriyle verilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir

2 den fazla bağımsız grubun karşılaştırmasında Kruskal Wallis ve tek yönlü ANOVA, iki numerik verinin karşılaştırmasında Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.6. Etik Kurul

Araştırmaya katılan gönüllü kişilere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Bireylerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam kağıdı alınmıştır (EK-1).

Çalışmamız için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30 Mayıs 2023 tarih ve 266037 sayıyla etik kurulu onamı alınmıştır (EK-6).

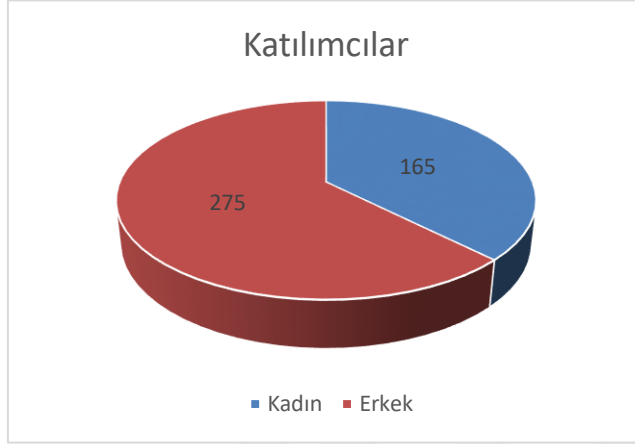
3.7.Araştırmanın Bütçesi

Çalışmanın bütçesini araştırmacılar karşılamıştır.

4-BULGULAR

Çalışmamız toplam 440 erişkin birey ile yapılmıştır. Katılımcıların 165'i (%37,5) kadın, 275'i (%62,5) erkek olup yaş ortalaması $31,05 \pm 8,24$ olarak bulundu(minimum 18, maksimum 62).

Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı



Katılımcıların 1'i (%0,2) okuryazar değil, 6'sı (%1,4) okuryazar, 38'i (%8,6) ilk-ortaokul, 66'sı (%15) lise, 329'u (%74,8) üniversite mezunudur.

Katılımcıların 199'u (%45,2) evli, 228'i (%51,8) bekar, 13'ü(%3) de duldur. Diğer demografik veriler aşağıdaki tablodaki gibidir(Tablo 5).

Tablo 5. Demografik Veriler

		<i>n</i>	%
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	1	0,2
	Okur yazar	6	1,4
	İlk-ortaokul	38	8,6
	Lise	66	15
	Üniversite	329	74,8
Medeni Durum	Evli	199	45,2
	Bekar	228	51,8
	Dul	13	3

Kiminle Yaşadığı	Yalnız	78	17,7
	Eş,çocuk	205	46,6
	Anne-baba	107	24,3
	Arkadaş	24	5,5
	Yurt	20	4,5
	Diğer	6	1,4
Yaşanılan Yer	İl merkezi	368	83,6
	İlçe merkezi	57	13
	Köy,kasaba	15	3,4
Meslek	Çalışmıyor	27	6,1
	Öğrenci	79	18
	Memur	181	41,1
	İşçi	84	19,1
	Diğer	69	15,7

Katılımcılardan 224'ü (%50,9) sigara kullanmakta,191'i (%43,4) kullanmamakta,25'i (%5,6) ise daha önce kullanmış şu anda sigarayı bırakmıştır. Sigara kullananların 160 kişisi (%71,4) erkek,64 kişisi (%28,5) kadındır. Katılımcıların diğer sigara,alkol,ilaç kullanımları ve hastalık durumları tabloda verilmiştir(Tablo 6).

Tablo 6. Sigara,Alkol,İlaç Kullanımları ve Hastalık Durumları

		<i>N</i>	<i>%</i>
Sigara Kullanımı	Evet	224	50,9
	Hayır	191	43,4
	Bıraktım	25	5,6
Sigara Süresi	0-6 ay	5	2
	6 ay-1 yıl	14	5,6

	1-5 yıl	51	20,5
	5 yıl üzeri	179	71,9
Sigara İçen Yakını	Evet	355	80,7
	Hayır	85	19,3
Alkol Kullanımı	Evet	73	16,6
	Hayır	367	83,4
Kronik Hastalık Durumu	Evet	54	12,3
	Hayır	386	87,7
İlaç Kullanımı	Evet	58	13,2
	Hayır	382	86,8
Sigarayı Bırakmayı Düşünüyor musunuz?	Evet	134	59,9
	Hayır	90	40,1
Sigaranın Uykunuzu Etkilediğini Düşünüyor musunuz?	Evet	152	61
	Hayır	78	31,4
	Kararsızım	19	7,6
Sigaranın Öz Yeterliliğinizi Arttırdığını Düşünüyor musunuz?	Evet	55	22,1
	Hayır	175	70,3
	Kararsızım	19	7,6

Katılımcılardan 431 kişi günde en az bir bardak çay tüketirken, 279 kişi de günde en az bir fincan kahve tüketmektedirler.

Tablo 7. Çay ve Kahve Tüketimi

	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Çay Tüketimi	431	1	40	6,29	4,98
Kahve Tüketimi	279	1	10	2,01	1,56

Ss: Standart sapma

Katılımcıların uykuya dalma süreleri ortalama 19,9 dk'larını alırken, geceleri uyuma süreleri ortalama 7,17 saattir.

Tablo 8. Uykuya Dalma ve Gece Uyuma Süreleri

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Uykuya dalmanız kaç dk aldı?	1	120	19,9	18,14
Geceleri kaç saat uyudunuz?	2	12	7,17	1,28

Ss:Standart sapma

Katılımcıların cevaplarına göre yaşadıkları en sık uyku problemleri 30 dk içinde uykuya dalamamak ve gece yarısı veya sabah erkenden uyanmak olmuştur. En az yaşadıkları uyku problemini ise diğer nedenler olarak cevaplamışlardır. Diğer yaşadıkları uyku problemleri tabloda gösterilmiştir(Tablo 9).

Tablo 9. Yaşanılan Uyku Problemleri

		<i>n</i>	<i>%</i>
30 dk içinde uykuya dalamadınız	Hiç	131	29,8
	Haftada 1'den az	105	23,9
	Haftada 1-2 kez	143	32,5
	Haftada 3'ten çok	61	13,9
Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	Hiç	148	33,6
	Haftada 1'den az	142	32,3
	Haftada 1-2 kez	112	25,5
	Haftada 3'ten çok	38	8,6
Tuvalete gittiniz	Hiç	227	51,6
	Haftada 1'den az	140	31,8

	Haftada 1-2 kez	57	13
	Haftada 3'ten çok	16	3,6
Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	Hiç	349	79,3
	Haftada 1'den az	58	13,2
	Haftada 1-2 kez	24	5,5
	Haftada 3'ten çok	9	2
Aşırı derecede üşüdünüz	Hiç	361	82
	Haftada 1'den az	62	14,1
	Haftada 1-2 kez	15	3,4
	Haftada 3'ten çok	2	0,5
Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	Hiç	352	80
	Haftada 1'den az	63	14,3
	Haftada 1-2 kez	22	5
	Haftada 3'ten çok	3	0,7
Kötü rüyalar gördünüz	Hiç	333	75,7
	Haftada 1'den az	64	14,5
	Haftada 1-2 kez	35	8
	Haftada 3'ten çok	8	1,8
Ağrı duydunuz	Hiç	376	85,5
	Haftada 1'den az	41	9,3
	Haftada 1-2 kez	14	3,2
	Haftada 3'ten çok	9	2
Diğer nedenler	Hiç	412	93,6
	Haftada 1'den az	19	4,3
	Haftada 1-2 kez	6	1,4
	Haftada 3'ten çok	3	0,7

Öksürdünüz veya Hiç	299	68
gürültülü bir şekilde		
Horladınız		
Haftada 1'den az	88	20
Haftada 1-2 kez	50	11,4
Haftada 3'ten çok	3	0,7

Tablo 10. Diğer PUKİ* Verileri

		<i>n</i>	%
Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	Çok iyi	16	3,6
	Oldukça iyi	95	21,6
	Oldukça kötü	287	65,2
	Çok kötü	42	9,5
Uyku ilacı aldınız mı?	Hiç	440	100
	Haftada 1'den az	0	0
	Haftada 1-2 kez	0	0
	Haftada 3'ten çok	0	0
Gün içinde uyanık kalmak için zorlandınız mı?	Hiç	248	56,4
	Haftada 1'den az	83	18,9
	Haftada 1-2 kez	85	19,3
	Haftada 3'ten çok	24	5,5
İşlerinizi yapmakta problem oluşturdu mu?	Hiç	255	58
	Yalnızca çok az	108	24,5
	Bir dereceye kadar	61	13,9
	Çok büyük	16	3,6

*PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Tablo 11. Toplam PUKİ* min-max ve ort. puanı

	min	max	Ort.	Ss
Toplam PUKİ	6	21	11,74	2,62

Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Sadece sigara kullanan 224 kişiye yönelik yapılan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin(FNBT) verileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 12).

Tablo 12. FNBT* Verileri

		N	%
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	10 taneden az	65	29
	11-20	105	46,9
	21-30	34	15,2
	31 ve daha fazla	20	8,9
İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?	İlk 5 dk içerisinde	55	24,6
	6-30 dk içerisinde	45	20
	31-60 dk içerisinde	33	14,8
	1 saatten sonra	91	40,6
En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?	Sabah içilen ilk sigara	119	53,2
	Diğerleri	105	46,8
Sigaranın yasak olduğu yerlerde yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	55	24,6
	Hayır	169	75,4
Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?	Evet	80	35,7
	Hayır	144	64,3
Ağır hasta olsanız, yinede sigara içermisiniz?	Evet	61	27,2
	Hayır	163	72,8

*FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 13. Toplam FNBT* min-max ve ort. puanı

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Toplam FNBT	0	10	3,72	2,66

*Ss:Standart sapma *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi*

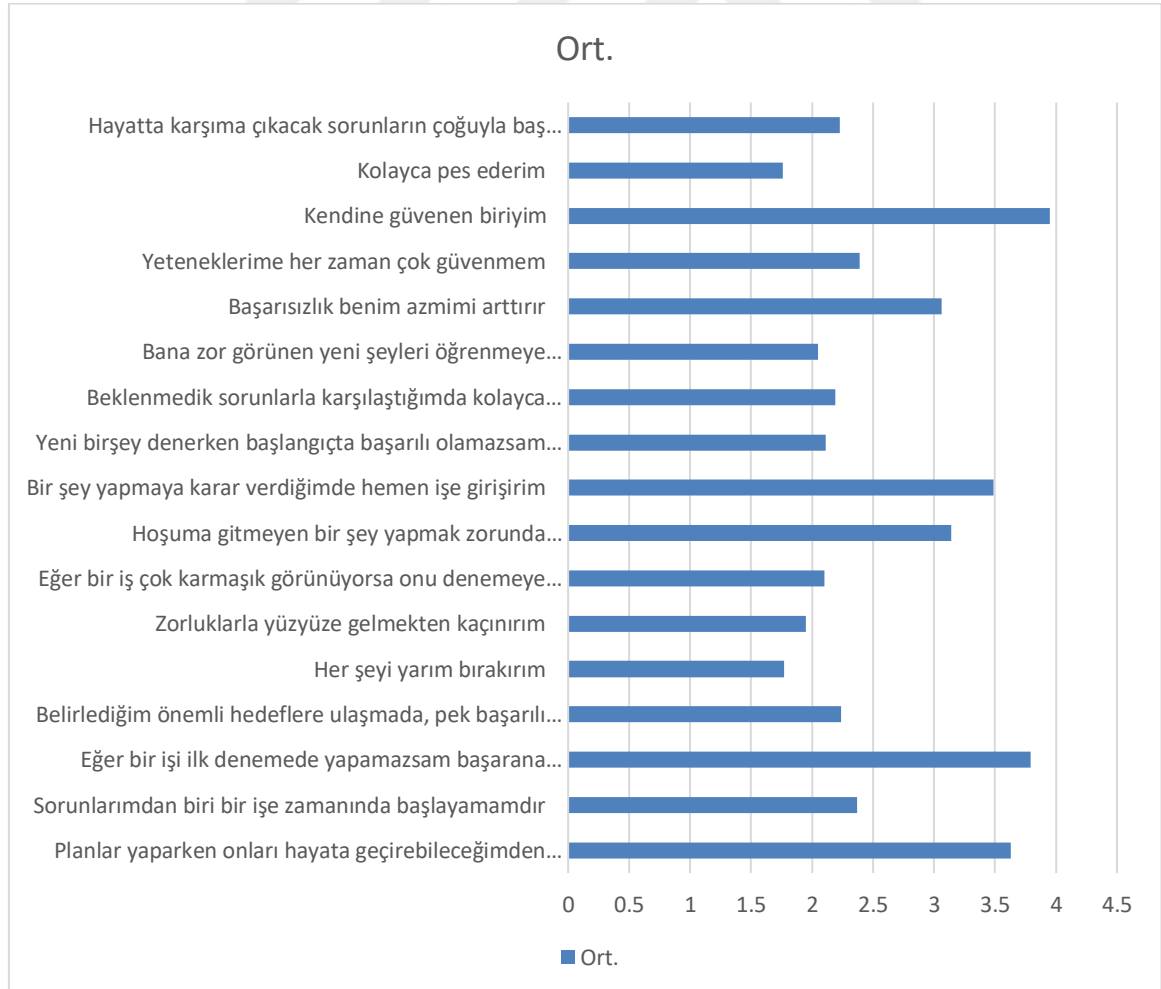
Katılımcıların toplam öz yeterlilik puanları ve sorularının ortalamaları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir(Tablo 14-15).

Tablo 14. Genel Öz Yeterlilik min-max ve ort.puanı

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Genel Öz Yeterlilik	37	85	63,9	9,58

Ss:Standart sapma

Tablo 15. Genel Öz Yeterlilik Sorularının Puan Ortalamaları



Katılımcıların sigara içme durumlarına göre toplam PUKİ ve genel öz yeterlilik puanı verileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 16).

Tablo 16. Sigara İçme Durumuna Göre Toplam PUKİ* ve Genel Öz Yeterlilik Puanları

	<i>Sigara İçme Durumu</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Toplam PUKİ	Evet	224	12,26	2,64	<u>p <0,001</u>
	Hayır	191	11,18	2,55	
	Bıraktım	25	11,25	2	
Genel Öz Yeterlilik	Evet	224	64,32	9,42	0,431
	Hayır	191	63,71	9,86	
	Bıraktım	25	61,50	8,85	

Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Katılımcılara sorulan sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz sorusuna 55 kişi evet,175 kişi hayır,19 kişide kararsızım cevaplarını vermiştir. Diğer puanlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 17).

Tablo 17. Sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz sorusu ile genel öz yeterlilik puanı ilişkisi

	<i>Sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz?</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Genel Öz Yeterlilik	Evet	55	62,80	10,49	0,173
	Hayır	175	64,74	9,10	
	Kararsızım	19	61,26	8,08	

Ss:Standart sapma

Katılımcılara sorulan sigaranın uyku kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz sorusuna 152 kişi evet,78 kişi hayır,19 kişide kararsızım cevaplarını vermiştir. Diğer puanlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 18).

Tablo 18. Sigaranın uyku kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz sorusu ile toplam PUKİ* puanı ilişkisi

	<i>Sigaranın uyku kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz?</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Toplam PUKİ	Evet	152	12,91	2,67	<u>p<0,001</u>
	Hayır	78	10,97	2,05	
	Kararsızım	19	11,05	1,74	

*Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi*

Katılımcıların toplam 431 kişisi günlük çay tüketirken,279 kişide günlük kahve tüketmektedir. Günlük çay-kahve tüketiminin puanlarla karşılaştırılması aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 19).

Tablo 19. Günlük çay-kahve tüketimi ile toplam PUKİ*, toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

	<i>Günlük çay</i>		<i>Günlük kahve</i>	
	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam PUKİ	0,665	-0,021	0,017	0,143
Toplam FNBT	<u><0,001</u>	0,310	0,002	0,258
Genel Öz Yeterlilik	0,815	0,011	0,701	0,023

**PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi*

Tablo 20. Toplam FNBT* puanı ile toplam PUKİ* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

<i>Toplam FNBT</i>		
	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam PUKİ	0,081	0,117
Genel Öz Yeterlilik	0,665	-0,029

*PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi * FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 21. Toplam FNBT* puanı ile Genel öz yeterlilik sorularının karşılaştırılması

<i>Toplam FNBT</i>	
	<i>p</i>
Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir	0,507
Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamdır	0,686
Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım	0,831
Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam	0,566
Her şeyi yarım bırakırım	0,648
Zorluklarla yüzyüze gelmekten kaçınırım	0,954
Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem	0,328
Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım	0,635
Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim	0,886
Yeni birşey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim	0,545
Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem	0,438
Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım	0,764
Başarısızlık benim azmimi arttırır	0,463
Yeteneklerime her zaman çok güvenmem	0,715
Kendine güvenen biriyim	0,896
Kolayca pes ederim	0,230
Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum	0,053

*FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Katılımcıların yaş ortalaması $31,05 \pm 8,24$ 'tür. Katılımcıların en küçüğü 18 yaşında en büyüğü 62 yaşındadır.

Tablo 22. Yaş ile toplam PUKİ* ve Genel Öz yeterlilik puanları arasındaki ilişki

<i>Yaş</i>		
	<i>p</i>	<i>r</i>
Toplam PUKİ	0,350	0,045
Genel Öz Yeterlilik	<u><0,001</u>	-0,177

*PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Tablo 23. Cinsiyet ile Genel Öz yeterlilik puanı arasındaki ilişki

<i>Genel Öz yeterlilik</i>					
	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Kadın	165	37	83	61,84	9,27
Erkek	275	43	85	65,14	9,57
					0,001

Ss: Standart sapma

Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması $0,78 \pm 1,19$ 'dur.

Tablo 24. Çocuk sayısı ile toplam PUKİ* puanı arasındaki ilişki

<i>Toplam PUKİ</i>		
	<i>p</i>	<i>r</i>
Çocuk sayısı	0,393	0,041

*PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Tablo 25. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile Genel Öz yeterlilik puanı arasındaki ilişki

Genel Öz yeterlilik						
	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Yalnız	78	37	81	64,23	9,43	0,244
Eş,çocuk	205	42	85	63,18	9,42	
Anne,baba	107	44	85	65,63	10,04	
Arkadaş	24	50	78	63	8,34	
Yurt	20	39	80	63,30	9,70	
Diğer	6	47	79	59,16	11,77	

Ss: Standart sapma

Tablo 26. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile toplam PUKİ* puanı arasındaki ilişki

Toplam PUKİ						
	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Yalnız	78	6	18	12,19	2,92	0,353
Eş,çocuk	205	7	21	11,55	2,60	
Anne,baba	107	6	20	11,56	2,45	
Arkadaş	24	7	17	11,67	2,12	
Yurt	20	8	20	12,70	2,88	
Diğer	6	9	16	12,33	2,80	

*Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi*

Tablo 27. Kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar ile toplam FNBT* puanı arasındaki ilişki

<i>Toplam FNBT</i>					
	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>
Yalnız	37	0	10	3,91	2,58
Eş,çocuk	105	0	10	4,15	2,64
Anne,baba	55	0	9	3,33	2,69
Arkadaş	10	0	6	3,30	2,16
Yurt	11	0	5	1,27	1,73
Diğer	6	2	10	3,80	3,49

0,009

*Ss:Standart sapma *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi*

Tablo 28. Kronik hastalığınız var mı sorusuna verilen cevaplar ile toplam PUKİ*,toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

	<i>Kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Toplam FNBT	Evet	27	4,59	2,45	0,052
	Hayır	197	3,60	2,67	
Toplam PUKİ	Evet	54	12,72	2,62	0,003
	Hayır	386	11,60	2,59	
Genel Öz yeterlilik	Evet	54	61,37	10,36	0,047
	Hayır	386	64,25	9,43	

*Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi*

Tablo 29. Sigara içme süresi ile toplam PUKİ*,toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

	<i>Sigara içme süresi</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Toplam	0-6 ay	4	2,00	4,00	<0,001
FNBT	6 ay-1 yıl	14	1,78	1,84	
	1-5 yıl	39	2,41	2,14	

	5 yıl üzeri	167	4,23	2,62	
Toplam	0-6 ay	5	9,60	1,81	
PUKİ	6 ay-1 yıl	14	11,64	2,64	0,065
	1-5 yıl	51	12,02	2,65	
	5 yıl üzeri	179	12,32	2,57	
Genel Öz yeterlilik	0-6 ay	5	60,00	15,19	
	6 ay-1 yıl	14	61,85	7,70	0,436
	1-5 yıl	51	63,80	8,69	
	5 yıl üzeri	179	64,40	9,54	

Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 30. Sigara içme durumu ile uykuya dalma süresi karşılaştırılması

Uykuya dalma süresi				
Sigara içme durumu	n	Ort.	Ss	p
Evet	224	22,26	20,78	
Hayır	191	17,21	14,31	0,017
Bıraktım	25	20,88	16,34	

Ss:Standart sapma

Tablo 31. Alkol kullanma durumu ile toplam PUKİ*, toplam FNBT* ve Genel Öz yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

Alkol kullanma		n	Ort.	Ss	p
Toplam FNBT	Evet	47	4,65	2,85	
	Hayır	177	3,47	2,56	0,010
Toplam PUKİ	Evet	73	12,21	2,46	
	Hayır	367	11,65	2,64	0,061
Genel Öz yeterlilik	Evet	73	65,02	9,76	
	Hayır	367	63,67	9,56	0,194

Ss:Standart sapma *PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi *FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

5-TARTIŞMA

Sigara kullanımı günümüzde önemli sağlık problemlerinden biri haline gelmiştir. Çünkü solunum sistemi başta olmak üzere vücudumuzun hemen hemen bütün sistemlerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmamızda sigara içme durumunun uyku kalitesi ve öz yeterlilik algısı üzerinde herhangi bir etkisinin olup olmadığını saptamak temel amacımızdır.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi, yapılan birçok çalışmada erkeklerde sigara kullanımının kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durumun nedeni olarak bizim ülkemizdeki gibi birçok toplumdaki kadınlar ve erkekler arasında olan farklı yaşam, kültür, gelenek biçimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu tarz toplumlarda erkeklerin yetiştirilme tarzı, arkadaş çevresi ve sigaranın erkeklikle uzlaştırılmasından ötürü kendine toplumda yer bulmaya çalışan genç erkeklerde sigaraya yönelimin daha fazla olduğu düşünülebilir. Bizim çalışmamızda da sigara kullananların 160 kişisi (%71,4) erkek, 64 kişisi (%28,5) kadın olup erkek kullanıcı oranı daha yüksektir. Sigara kullananların içme sürelerine bakacak olursak çoğunluğu yani 179 kişi (%71,9) 5 yıl ve üzeri bir zamandır sigara kullanmaktadır. Sigara içen yakınlarını sorguladığımızda 355 kişinin (%80,7) yakınlarından en az birinin sigara kullandığını gördük. Katılımcılara yöneltilen sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz sorusuna ise 134 kişi (%59,9) evet 90 kişi (%40,1) hayır cevabını vermişlerdir. KYTA 2016 verilerine göre Türkiye’de sigara bırakma oranı %13,6, sigarayı bırakmayı düşünenler ise %32,8’dir(80). Çalışmamızın sonucu Türkiye verileri ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz sorusuna verilen evet cevabı oranının daha yüksek olması sevindiricidir. Katılımcıların sigarayı bırakma düşüncesinin yüksek olması gelecek için ümit vericidir.

Çalışmamızın en yüksek FNBT verilerine bakacak olursak 105 kişi (%46,9) günde 11-20 adet sigara içtiklerini, 91 kişi(%40,6) ilk sigarasını sabah kalktıktan 1 saatten sonra içtiklerini, 119 kişi (%53,2) en fazla vazgeçmek istemediği sigaranın sabah içilen ilk sigara olduğunu, 169 kişi (%75,4) sigaranın yasak olduğu yerlerde yasağa uymakta zorlanmadıklarını, 144 kişi (%64,3) sigarayı günün ilk saatlerinde daha sık içtiklerini, 163 kişide (%72,8) ağır hasta olduklarında sigarayı kullanmayacaklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızın toplam FNBT ortalaması $3,72 \pm 2,66$ olarak bulundu. Böylece katılımcıların sigara bağımlılık ortalamasını düşük (3-4 puan) kategorisinde sınıflandırabiliriz. Sigara kullanan katılımcıların sigara içme süreleri arttıkça toplam FNBT ortalamasının arttığı görüldü ve istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. Sigaranın bağımlılık yapıcı bir madde olduğunu düşündüğümüzde zaten bu durum olağan bir sonuçtur.

Literatür tarandığında Özyurt'un yapmış olduğu tez çalışmasında evli olan hekimler daha fazla oranda sigara kullanmaktaydı(17). Mutlu ve arkadaşlarının(81) ve Eroğlu(82) çalışmasında ise medeni hal ile sigara içme ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Kutlu, Vatansever(83) çalışmasında tıp fakóltesi öğrencilerinde sigara kullanmaya başlama nedeni olarak en fazla %42,6 ile yakın çevrenin etkisi (anne, baba, arkadaş) olduğu belirtildi. Bu çalışmanın verilerine bakarsak ulaşılan sonuçlardan biri; öğrencilerin arkadaşları ve yaşadıkları ortamda sigara içilmesine izin verilmesinin sigaraya başlanmasının teşvik edici olduğudur. Bu bağlamda öğrencilerin yaşadığı yerde ve arkadaş ortamında sigara kullanan bireylerin varlığında öğrencilerin arkadaşlarına özenmesi, sosyalleşme uğraşı ve kendine toplumda yer bulma çabalarının sigara kullanmalarında çok önemli bir etken olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen cevaplarda en yüksek FNBT puanı eş, çocuk ile yaşayanlarda $4,15 \pm 2,64$ olarak bulundu. En az FNBT puanı ise yurtda yaşayanlarda 1,27(min=0,max=5) olduğu görüldü. Bunun nedeni olarak yurtda yaşayanlarda kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasak olması etkili olduğu söylenebilir. Bu soruya cevap verenlerin toplam FNBT puanı ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Çalışmamızın sonucunda sigara kullanma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Buna göre sigara kullananların 47 kişisi (%20,9) alkol kullanmakta iken,177 kişide (%79,1) alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanımı olan sigara kullananlarda toplam FNBT ortalaması daha yüksek olarak bulundu. Koca ve Oğuzöncül(84) tarafından yapılan bir başka çalışmada sigara kullanımı durumu yüksek olan öğrencilerde alkol deneme durumu benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur. Saraçlı(85) tarafından yapılan çalışmada da sigara kullandığını aktaran öğrencilerin çoğunluğunun alkol kullandığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız bu çalışmalarla uyum göstermektedir.

Çalışmamızda günlük çay-kahve tüketimiyle toplam FNBT arasındaki ilişkiye de bakıldı. Bickel ile arkadaşlarının 1992 senesindeki çalışmalarında; yalnızca kahve tüketen bireylerin kahve kullanımının, fiyatındaki artmaya bağlı olarak azalmazken, hem kahve hem de sigara kullanan bireylerin sigara fiyatındaki artışa bağlı olarak hem sigara hem de kahve kullanımının azaldığını, hem kahve hem de sigara kullananlarda, sadece kahve fiyatı artınca bu defa kahve kullanımının azalırken sigara içilmesinde bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Bu çalışma sigara kullanma davranışındaki değişikliklerin kahve kullanımı ile etkilenebildiğine, fakat sigara kullananların kahve içse de içmese de sigara kullanmayı sürdürdüğüne, sigara ve kahvenin birbirini tamamlayıcı özelliğı olduğuna, fakat aradaki ilişkinin simetrik olmadığını göstermektedir(86). Bu olay sigara kullananların artmış kafein eliminasyonu ile ilişkili olabilir. Sigaranın kullanılması kafeinin metabolizmasını hızlandırmaktadır(87). Bizim çalışmamızda günlük çay ve kahve tüketimini toplam FNBT ile

karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bulundu. Ülkemizde sigara kullanımı, günlük çay ve kahve tüketim fazlalığına da düşündüğümüzde olağan bir durum olarak düşünülebilir.

Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde toplam kronik hastalığı olan 54 (%12,3) kişiden sigara kullanan 27 (%6,1) kişinin olduğu görüldü. Sigara kullanan kronik hastalığı olan bu katılımcıların toplam FNBT ortalaması daha yüksek bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunulmadı. Daha önce yayınlanan araştırmalarda sigara kullananların kronik rahatsızlıklarının sigarayı bırakma başarısını anlamlı olarak değiştirdiği belirtilmiştir(88). Osler ve Prescott yaptıkları çalışmada sigara kullanımına bağlı geliştiği varsayılan rahatsızlıkların olması sigaranın bırakılması üzerine etkisini bulamamıştır(89). Genel olarak sigaraya başlama nedenlerine bakacak olursak arkadaş etkisi, stres, özentî ve merak faktörleri sayılabilir. Kişide var olan kronik hastalıkları stres faktörü içinde düşünebiliriz. Kronik hastalıklar hem sigarayı bırakma hem de sigara kullanma açısından etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın toplam PUKİ puanı ortalaması $11,74 \pm 2,62$ olarak bulundu. Çalışmamızda PUKİ'nin alt bileşenlerinden olan uykuya dalma süresi $19,9 \pm 18,14$ dk olarak, gece toplam uyku süresi ise $7,17 \pm 1,28$ sa bulundu. Katılımcıların cevaplarına göre yaşadıkları en sık uyku problemleri 30 dk içinde uykuya dalamamak ve gece yarısı veya sabah erkenden uyanmak olmuştur. En az yaşadıkları uyku problemi ise diğer cevabı olmuştur. Uykuya dalma süreleri ile kişilerin sigara içme durumlarına göre karşılaştırma yaptığımızda sigara içenlerin uykuya dalma süre ortalaması daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu yaptığımız karşılaştırma sigaranın uykuya dalma süresini arttırarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gösterir niteliktedir. Sigaranın uyku kalitesine olumsuz etkileri düşünüldüğünde içme süresi uzadıkça uyku kalitesinde kötüleşme olması beklenir. Ancak bizim çalışmamızda sigara içme süresi arttıkça toplam PUKİ puanı ortalaması yükselmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Sigara, içindeki nikotin sebebiyle santral sinir sistemini uyararak uykuyu kötü yönde etkileyebilecek nedenlerden birisi olarak düşünülebilir. 2007 senesinde 1439 kişi olarak Japon memurlara yönelik yapılan çalışmada sigara kullananların uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiş(90), benzer şekilde Liu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada(91), Saygılı ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada(92) da sigara içenlerde uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak sigara içenlerin toplam PUKİ puanı ortalaması içmeyenlere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ayrıca sigara içen toplam (bırakmışlar dahil) 249 kişiye yönelik sorulan sigaranın uyku kalitesini etkilediğini düşünüyor musunuz sorusuna 152 kişi evet, 78 kişi hayır ve 19 kişide kararsızım cevabını vermiş olup PUKİ puanı ile karşılaştırdığımızda evet cevabını verenlerin puan ortalaması daha yüksek olduğu görüldü ve

istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ancak toplam Fagerstrom puanı ile toplam PUKİ puanını karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark bulunmadı. Bu durum çalışmamızın sigara kullananlarının toplam Fagerstrom puanı ortalamasının düşük (3,72) düzeyde bulunmasından dolayı olabileceği düşünüldü.

Birçok faktör uyku kalitesini etkilemektedir. Bunlardan biri de yaştır. Uyku kişinin yaşıyla değişiklik gösteren fizyolojik bir olaydır. Örneğin yenidoğan bebekler günün çoğunu uyuyarak geçirmektedirler. Yetişkinler ise gün içinde ortalama 8 saat uyurken yaşlılarda bu süre iyice azalır. Yani yaş ilerledikçe uyku süresi ve ihtiyacı azalmaktadır. Genç insanlar uykuya ortalama 10-30 dakikada dalarken, bu durum yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürebilmektedir(54). Çalışmamızın uykuya dalma süresi $19,9 \pm 18,14$ şeklinde bulundu. Yapılan bazı çalışmalarda da ilerleyen yaşla birlikte uyku kalitesinin bozulduğu ve uyku miktarının yeterli olmadığı görülmüştür(93). Ancak bizim çalışmamızda yaş ile toplam PUKİ puanı karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Bu sonucun çalışmamızın yaş ortalaması $31,05 \pm 8,24$ olduğundan dolayı olabileceği düşünüldü.

Uyku kalitesini etkileyebilecek nedenlerden olan çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde; sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak Çetinol ve arkadaşının yaptıkları çalışmada(94) çocuk sahibi olanların uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Eyüpoğlu'nun(95) yaptığı çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda uyku bölünmesine neden olabileceği düşünülen özellikle küçük yaştaki çocuk sahibi olan katılımcıları sorgulamadığımız için uyku kalitesi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanılmamış olabilir. Ayrıca katılımcıların çocuk sayısı ortalaması $0,78(\text{min}=0, \text{max}=6)$ 'dır. Çalışmamızın çocuk sayısının az oluşu da bunda etkili olmuş olabilir diye düşünüldü.

Alkol de uyku kalitesini kötü yönde etkileyebilecek nedenler arasında düşünülebilir. Lund ve arkadaşlarının yaptığı çalışma(96) ile James ve arkadaşlarının tıp öğrencileri arasında yapmış oldukları çalışmalar(97) da bu sonucu destekler niteliktedir. Alkol kullanan 73 kişinin toplam PUKİ puanı $12,21 \pm 2,46$ olup kullanmayanlardan $11,65 \pm 2,64$ daha yüksekti. Ancak bizim çalışmamızda alkol kullanımı ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanılmadı. Katılımcıların yaklaşık yüzde 16 gibi az bir kısmının alkol kullanmasının sonucumuzu etkiyebileceği düşünüldü. Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi alkol kullanımının uykuyu etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur(98).

Çay ve kahve içeriğindeki kafeinden dolayı uyku üzerine etki ettikleri düşünülmektedir. Kafeinin yatmadan yaklaşık 30-60 dakika önce alınması uykuya dalmada gecikmeye, gece uykudan sık sık uyanmalara, toplam uyku süresinde ve derin uyku süresinde kısalmalara sebep olabilmektedir. Bu semptomlar kişilerde değişkenlik gösterse de uyumadan en az 4-6 saat kadar önce çay ve kahve gibi

içeriğinde kafein bulunan ürünlerin tüketilmesi uyku kalitesi için pek önerilmemektedir(46). Killgore ve arkadaşının sakız formunda kafein kullanarak yaptığı çalışmada(99) kafeinin uyku üzerine olumsuz etkileri olduğu bulunmuş. Üstün ve Yücel'in hemşirelerde yaptığı çalışmada(100) kafein alımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Biz de çalışmamızda katılımcılara günlük çay ve kahve tüketimlerini sorduk. Bizim çalışmamızda ise günlük kahve içenlerde uyku kalitesi daha kötü bulundu ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı gözlendi. Ancak çay ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Sonuçlarımız literatür ile uyum göstermektedir.

Uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülen faktörlerden bir diğeri de kronik hastalıklardır. Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığı olan 54 katılımcının toplam PUKİ puanı ortalaması daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. James ve arkadaşlarının tıp öğrencileri arasında yaptığı çalışmada(97), Aktaş ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada da(101) kronik hastalık varlığının kötü uyku kalitesiyle ilişkili olduğu bulunmuş. Fakat literatürde kronik hastalık varlığının uyku kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalarda mevcuttur(95).

Uyku kalitesiyle ilişkili olabileceğini düşündüğümüz faktörlerden biride katılımcıların kiminle yaşadıkları olmuştur. Yapılan çalışmalarda evlilerin uyku kalitesi bekarlara göre daha iyi bulunmuştur. Bunun nedeni olarak; evlilerin sigarayı daha az kullanmaları, daha iyi beslenmeleri ve çevre şartlarının daha iyi olması söylenebilir(102). Çocuk sahibi olunması direkt olarak uyku kalitesini etkilemezken lakin hastalığı olan çocuğu olanlarda veya bebek ağlaması gibi durumlarda anne babanın uyku kalitelerinde bozulmalar olabilir(102). Çalışmamızda literatür çalışmalarındaki gibi eş, çocuk ile yaşayanların toplam PUKİ puanları daha düşük $11,55 \pm 2,60$ yani uyku kaliteleri diğer gruplara göre daha iyi bulundu. Ancak çalışmamızda katılımcıların kiminle yaşadıkları ile toplam PUKİ puanı karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sigara kullanımı Türkiye'de ve dünyada yaygın olup, olumsuz sonuçlarıyla da geleceğimizi riske etmektedir. Sigara kullanımı, bağımlılık olduktan sonra tedavisi zor olan bir hastalıktır. Bunun için bağımlı olmadan önce halk sağlığında yapılan korunma programları gittikçe daha fazla önemli hale gelmektedir. Bu nedenle bilinçli farkındalık programlarının sigara içme tedavisinde uygulanması hususunda daha fazla girişime ve araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sigara kullanımı olan bireylere öz yeterlilik kuramına göre verilen farkındalık temelli eğitimin bırakma konusunda faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcılara uygulanan genel öz yeterlilik ölçeğinin puan ortalaması $63,9 \pm 9,58$ olarak bulundu. Katılımcıların minimum puanı 37, maksimum puanı 85 şeklindeydi. Çalışmamızda ayrı ayrı genel öz

yeterlilik sorularının ortalamasına da bakıldı. Düz puanlanan sorulardan en yüksek ortalama $3,95 \pm 1,06$ ile 'Kendine güvenen biriyim.' cevapları olmuş, bunu $3,79 \pm 1,06$ puan ile 'Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım.' cevapları takip etmiştir. Ters puanlanan sorulardan en yüksek ortalama $1,76 \pm 0,99$ ile 'Kolayca pes ederim.' cevapları olmuştur. Bunun hemen arkasında $1,77 \pm 0,93$ ile 'Her şeyi yarım bırakırım.' cevaplarının geldiği görüldü.

Cinsiyete göre sınıflandırdığımızda kadınların öz yeterlilik puan ortalaması $61,84 \pm 9,27$ olup erkeklerin puan ortalamasından $65,14 \pm 9,57$ daha düşük bulundu ve istatistiksel olarak sınıflandırdığımızda da sonuç anlamlıydı. Toplum içinde kadın ve erkeğe yüklenen değerler, davranışlar ve roller cinsiyetin kavramını yaşamın her yerinde öne çıkarmaktadır. Cinsiyet, insanlar için doğumdan beri özel yaşamda ve iş hayatında toplumsal bir sınıflandırma konusudur. Bu durumun nedeni olarak bizim ülkemizdeki gibi birçok toplumdaki kadınlar ve erkekler arasında olan farklı yaşam, kültür, gelenek biçimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Özellikle kadınlar, erkeklere oranla iş yaşamında kişisel ve çevresel problemler ile yüzleşmek zorunda kaldıkları için potansiyeli olan çok sayıda kadın öz yeterliliğini geliştirecek imkanlarla karşılaşmamaktadırlar. Bizim çalışmamızda da erkek cinsiyetin öz yeterlilik algısındaki etkisi hissedilmektedir.

Literatüre baktığımızda Yazıcı ve Özbay (2006), öz yeterlilik puanları fazla olanların sigarayı bırakmaya ilişkin yönelimlerinin kuvvetli olduğunun sonucuna ulaşmışlardır(103). Schmitz, Grabowski, Stotts ve DeLaune'nin yapmış oldukları çalışmalarında sigarayı kullananların sigarayı bırakıp harekete geçtikleri zaman öz yeterlilik puanlarındaki yükselişin önceki aşamalara göre anlamlı derecede yükseldiğini belirtmişlerdir(104). Bizim çalışmamızda sigara içme durumlarına göre öz yeterlilik puanını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmadı. Sigara içme durumlarına göre öz yeterlilik puanlarına baktığımızda en yüksek puan ortalaması sigara kullananlarda $64,32 \pm 9,42$; en az puan sigarayı bırakanlarda $61,50 \pm 8,85$ olduğu görüldü. Bu duruma çalışmamıza katılan sigarayı bırakan kişi sayısının az olmasının yol açmış olabileceği düşünüldü.

Araştırmalar, sağlıklı yaşam ile öz yeterlilik algısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve öz yeterlilik algısı fazla olan kişilerin daha sağlıklı bir hayat biçimini önemsediklerini ortaya koymuştur. Hatta öz yeterlilik algısı düşük bireylerin sigara kullanımına daha olumlu baktıkları, sigara kullanma alışkanlıkları olduğu ve sigara kullanmamak için çok büyük bir irade gerektiğine inandıkları belirtilmiştir(74). Bu bağlamda sigarayı bırakmaya yönelik tedavi programlarında, bireylerin sigarayı bırakmaya hazır olmaları için öz yeterlilikleri artırılabilir. Aynı zamanda nüksü önlemek içinde harekete geçme, sürdürme aşamalarında da bireylerin öz yeterliliklerini destekleyici ve artırıcı programların olması tedavi başarısı açısından olumlu olabilir. Sigara kullanan katılımcılara yöneltilen sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz sorusuna 55 kişi evet 175 kişi hayır 19 kişide

kararsızım cevaplarını vermişlerdir. Hayır cevabını verenlerin ortalaması $64,74 \pm 9,10$; evet cevabını verenlerin ortalaması $62,80 \pm 10,49$ ve kararsızım cevabını verenlerin ortalaması $61,26 \pm 8,08$ şeklindeydi. Sigara kullanan katılımcılara yönelik sorulan sigaranın öz yeterliliğinizi arttırdığını düşünüyor musunuz sorusuna verilen cevaplar ile öz yeterlilik puanlarını karşılaştırdığımızda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Yazıcı ve Özbay'ın yaptıkları çalışmada sigara kullanma süresinin artmasıyla beraber öz yeterlilik algısında gerileme olduğu gösterilmiştir(105). Bizim çalışmamızda sigara kullananların içme süresine bakacak olursak öz yeterlilik puanı ortalaması en yüksek 5 yıl ve üzeri içme süresinde $64,40 \pm 9,54$ olarak bulundu. Sigara içme süresiyle de öz yeterlilik algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmadı. Bu durumun katılımcıların çoğunluğunun 5 yıl ve üzeri sigara kullanımından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Çalışmalarda sigarayı bırakmaya yönelik öz yeterlilik ile nikotin bağımlılık düzeyi ve algılanan pozitif özellik arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur(104). Sigara kullanan 224 kişinin toplam FNBT puanı ile genel öz yeterlilik puanı arasında karşılaştırma yapıldı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Ayrıca genel öz yeterlilik soruları ile tek tek karşılaştırma yapıldı ancak 17 sorunun hiçbirinde verilen cevaplarla da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmadı.

Bireyin kendisine ilişkin inançlarının onun yaşama bakışını değiştirebileceği söylenilmektedir. Öz yeterliliğin gelişiminin çocuğun ilk deneyimlerini yaşadığı bebeklik çağından başladığı, sonradan okul çağında, ergenlik çağında ve yetişkinlik çağında yaşantılarının izlendiği ve son olarakta ileri yaşlardaki öz yeterliliğe kadar hayat boyunca devam ettiği söylenilmektedir(106). Zimmerman ve Martinez Pons tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin öz yeterlilik düzeylerinin yaşa bağlı olarak artma eğilimi gösterdiğini, 11. sınıfların öz yeterliliklerinin sekizinci sınıflardan, sekizinci sınıfların öz yeterlilik düzeylerinin ise beşinci sınıflardan daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur(107). Çalışmamızda ise yaş ilerledikçe katılımcıların öz yeterlilik puanlarının azaldığı tespit edildi. Yaş ile toplam öz yeterlilik puanını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Kişilerin içinde bulundukları fiziksel ve ruhsal durum da öz yeterlilik inancını çift yönlü etkilemektedir. Düşük öz yeterlilik inancı, stres, kaygı, kötü ruh hali ve bitkinlik gibi negatif fizyolojik değişimlere neden olabileceği gibi bu faktörler düşük öz yeterliliğin göstergesi olarak da algılanabilir(63). Diğer bir deyişle, öz yeterlilik hem sebep hem de sonuç olarak karşımıza çıkabilmektedir. Fiziki durumun iyileştirilmesi, stres düzeyinin ve negatif duyguların azaltılması ve bedensel koşulların doğru şekilde tercüme edilmesi öz yeterliliği olumlu yönde etkiler. Kişide var olan

kronik hastalıklar da bireyler üzerinde hem stres kaynağı hem de bitkinlik ve kaygı gibi nedenlere yol açarak öz yeterlilik algısını etkileyebilir. Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığı mevcut olan toplam 54 kişi yer almaktadır. Kronik hastalığı mevcut olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması $61,37 \pm 10,36$ şeklinde olup, kronik hastalığı olmayan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamasından $64,25 \pm 9,43$ daha düşük bulundu. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Literatürde alkol ve madde bağımlıların en belirgin özellikleri olarak, dayanıksız ve güçsüz bir benlik yapısında oldukları belirtilmektedir(108). Psikiyatri bölümünde yapılan araştırmalarda öz yeterlilik inancının güçlü olması halinde psikolojik iyilik halinin de yüksek olduğu ve tedavi sonunda duygudurum bozukluğu olan hastaların psikososyal uyumlarının arttığı saptanılmıştır. Alkol bağımlılığı olan kişilerde ve esrar kullananlarda öz yeterliliğin yüksek oluşunun pozitif etkileri olduğu gösterilmiştir(73). Çalışmamızda alkol kullanan 73 katılımcının öz yeterlilik puan ortalaması $65,02 \pm 9,76$ şeklinde olup kullanmayan katılımcıların puan ortalamasından $63,67 \pm 9,56$ daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi.

Çalışmamızda günlük tüketilen çay ve kahve ile de öz yeterlilik puanı karşılaştırıldı. Ancak anlamlı bir fark görülmedi. Bu durum katılımcıların genel olarak çay ve kahve tüketimlerinin yüksek olması ve tüketmeyen veya az tüketen kişi sayısının az olması nedeniyle gruplar arasında bir farklılık olmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Karşılaştırdığımız istatistiklerden biride kiminle yaşıyorsunuz sorusuna verilen cevaplar ile öz yeterlilik puanı olmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark göremedik. Verilen cevaplardan en yüksek öz yeterlilik ortalaması anne-baba ile yaşayanlarda $65,63 \pm 10,04$ olduğu görüldü. En düşük öz yeterlilik ortalaması ise diğer cevabını verenlerde $59,16 \pm 11,77$ bulundu. Aslında en yüksek öz yeterlilik ortalaması yalnız yaşayanlardan beklenilmesine rağmen sonuç öyle olmadı. Bu duruma katılımcı sayılarının homojen dağılmaması nedeni olabileceği düşünüldü.

6-SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamıza 440 kişi alındı. Sigara içme oranı %50,9 olarak bulundu. Erkek katılımcıların %58,1'i sigara kullanmakta iken kadın katılımcıların %38,7'sinin sigara kullandığı tespit edildi. Sigara konusunda kullanma oranlarının bu kadar fazla olması tütünün kontrolü ile ilişkili alınan programların ve uygulamaların hala yeterli olmadığını düşündürmektedir. Sigaranın neden olduğu hastalıkları düşündüğümüzde ise bu önlem ve uygulamaların ne kadar gerekli olduğunu daha iyi görmekteyiz.

Çalışmamız sonucunda sigara içmenin uyku kalitesini olumsuz etkilediği ancak öz yeterlilik algısını anlamlı düzeyde etkilemediği görüldü. Sigara kullananların PUKİ puanları kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ve bu da uyku kalitesinin daha kötü olduğunu gösterdi($p<0,001$). Sigara içenlerin öz yeterlilik puanları içmeyenlere göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir ilişki gözlenmedi($p=0,431$).

Uyku bozuklukları günümüzde önemli bir sorundur. Fakat yeterli düzeyde tanısı konulmayan ve tedavi edilmeyen bir durumdur. Kötü uyku kalitesi kişiyi hem fiziksel hem de psikolojik yönden etkileyerek birçok hastalığa neden olabileceği gibi çeşitli hastalıklar da uyku kalitesinde bozulmaya neden olabilir. Hastalara bütüncül yaklaşımın sağlandığı aile hekimlerine bu konuda büyük görevler düşmektedir. Koruyucu hekimlik adına uyku hijyeni konusunda bireylerin bilgilendirilmesi ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi ile oluşabilecek fiziksel ve ruhsal hastalıkları azaltabileceğimiz hakkında kişilere önerilerde bulunulması yerinde olacaktır.

Sigara kullanımı, bağımlılık olduktan sonra tedavisi zor olan bir rahatsızlıktır. Bundan dolayı bağımlılık olmadan önce halk sağlığı bünyesinde ve aile hekimliklerinde korunma programlarını geliştirmeliyiz. Sigara kullanımı olan bireylere öz yeterlilik kuramı ele alınarak verilecek farkındalık temelli eğitimin bırakma konusunda fayda sağlayabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle öz yeterlilik algısının daha detaylı inceleme için araştırmalara konu olması gerekir.

Bu bulgular, sigarayı bırakma motivasyonunu arttırmak için uyku kalitesini iyileştirmenin sigarayı bırakma programlarında çok önemli bir bileşen olarak düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, sigara içenlerin öz yeterlilik algıları ile sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

7-KAYNAKLAR

1. Feldner MT, Babson KA, Zvolensky MJ. Smoking, traumatic event exposure, and post-traumatic stress: A critical review of the empirical literature. *Clinical psychology review*. 2007;27(1):14-45.
2. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014.
3. Doğan L, Mevsim V. Anksiyete, Depresyon ve Sigara Bağımlılığı. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*. 2020;5(1).
4. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
5. Öztuna F. Sigaranın hücrel etkileri. *Akciğer Arşivi*. 2004;2:111-6.
6. Rosekind MR, Gregory KB, Mallis MM, Brandt SL, Seal B, Lerner D. The cost of poor sleep: workplace productivity loss and associated costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2010;91-8.
7. Sahlin C, Franklin KA, Stenlund H, Lindberg E. Sleep in women: normal values for sleep stages and position and the effect of age, obesity, sleep apnea, smoking, alcohol and hypertension. *Sleep medicine*. 2009;10(9):1025-30.
8. Mak K-K, Ho S-Y, Thomas GN, Lo W-S, Cheuk DK-L, Lai Y-K, et al. Smoking and sleep disorders in Chinese adolescents. *Sleep medicine*. 2010;11(3):268-73.
9. Williams KE, Reeves KR, Billing Jr CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Current medical research and opinion*. 2007;23(4):793-801.
10. Buğdaycı G. Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal Kültürel ve Ekonomik Süreçler. *Sakarya Üniversitesi, Sosyoloji Anabilim Dalı: Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya; 2008.
11. Uzun S. Lise öğrencilerinin madde bağımlılığı profilleri, madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve önleme konusundaki görüşleri. 2017.
12. Dilektaşlı A. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. 2012;5(2):6-10.
13. Barış Y. Tütün kullanımının tarihçesi. 2017;30.
14. Yıldız LK, Hadise. Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri. 2000;20(5):306-12.
15. Dickson SA. Panacea or precious bane: Tobacco in sixteenth-century literature: New York University; 1954.

16. Monardes N. Joyfull newes out of the Newe Founde Worlde: Constable; 1925.
17. Özyurt L. Hekimlerin sigara içme davranışlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği: Yüksek Lisans Tezi; 2006.
18. Kurumu Ti. Küresel Yetişkin Tütün araştırması 2012. 2012.
19. Talhout R, Schulz T, Florek E, Van Benthem J, Wester P, Opperhuizen AJJoer, et al. Hazardous compounds in tobacco smoke. 2011;8(2):613-28.
20. Kagawa J, Nakadate T, Ishihara Y. [Constituents of tobacco smoke and their biological effects]. Kokyu to junkan Respiration & circulation. 1990;38(1):11-6.
21. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ...; 2014.
22. Gülay M. Zonguldak bülent ecevit üniversitesi tıp fakültesi dönem i ve dönem vi öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları 2020.
23. Organization WH. World Health Statistics 2016 [OP]: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals (SDGs): World Health Organization; 2016.
24. Eriksen MP, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas: Citeseer; 2012.
25. Bakanlığı TS. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. 2014;948.
26. Bakanlığı TSM. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (hekimler için). 2010.
27. Bilir NA. Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrol çalışmaları. 2005;36(2):75-9.
28. Aydınlar A. Sigaranın kardiovasküler sistem üzerine etkileri. 2002:206-13.
29. İK E. Nikotin bağımlılığında kısa hekim müdahalesi ve 5A-5R yaklaşımı. 2016;7(5):39-43.
30. Sayın E. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. 2013.
31. Aytemur Z. Tütün Kontrolü. 2010:44-513.
32. Üçer H, Ketten HS, Ersoy Ö, Çelik M, Sucaklı MH, Kahraman H. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. 2014;18(2):58-62.
33. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. 1999;340(9):685-91.
34. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. 2005;48(10):3474-7.

35. Organization WH. WHO framework convention on tobacco control. WHO Regional Office for South-East Asia; 2004.
36. Raporu D. MPOWER paketi. 2008.
37. Basner M, McGuire S. WHO environmental noise guidelines for the European region: a systematic review on environmental noise and effects on sleep. 2018;15(3):519.
38. Guyton A, JE H. Tıbbi fizyoloji. 11. 2007;837:1056-7.
39. Öztürk L, Dariyerli N. Melatonin ve Uyku Fizyolojisi. 2000;7(2):104-9.
40. Kocaaslan S, Öniz A, Özgören M. Uykuda işitsel uyarılma potansiyelleri. 2010.
41. Kirsch D, Benca R, Eichler A, Retrieved M. Stages and architecture of normal sleep. 2015;19:2020.
42. Datta S, MacLean RRJN, Reviews B. Neurobiological mechanisms for the regulation of mammalian sleep–wake behavior: reinterpretation of historical evidence and inclusion of contemporary cellular and molecular evidence. 2007;31(5):775-824.
43. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). 2007;8(3):88-91.
44. Genç S, Dikmen N. Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (Icsd-3): Icsd-3 İle Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflamasındaki Değişiklikler. 2017;8(31):23-31.
45. Altun Emirza MA, Bican A, Bora İ. Uyku Laboratuvarı'nda Kimler Uyuyor? Bir Retrospektif çalışma. 2012;18(1).
46. Yılmaz H, Tuncel D, Aksu M, Akyıldız UO, Alp R, Arslan K, et al. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. 2014.
47. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. 2002;165(9):1217-39.
48. Algin D, Akdağ G, Erdiñç O. Kaliteli uyku ve uyku bozukluklari/Quality sleep and sleep disorders. 2016;38(1):29-34.
49. Deegan P, McNicholas W. Pathophysiology of obstructive sleep apnoea. 1995;8(7):1161-78.
50. Americana AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
51. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. 2012;9(4):687-701.
52. Erman MK. Selected sleep disorders: restless legs syndrome and periodic limb movement disorder, sleep apnea syndrome, and narcolepsy. 2006;29(4):947-67.
53. Sateia MJ. International classification of sleep disorders. 2014;146(5):1387-94.

54. Monk TH, Thompson WK, Buysse DJ, Hall M, Nofzinger EA, REYNOLDS III CFJJosr. Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. 2006;15(3):256-60.
55. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. 2002;6(2):97-111.
56. Lee KA, Kryger MH. Women and sleep. 2008;17(7):1189-90.
57. Kemple M, O'Toole S, O'Toole C. Sleep quality in patients with chronic illness. Journal of clinical nursing. 2016;25(21-22):3363-72.
58. Roehrs T, Roth T. The effects of medications on sleep quality and sleep architecture. 2021;15.
59. Purani H, Friedrichsen S, Allen AM. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. 2019;90:71-6.
60. Gökteş E, Çelik F, Hakan Ö, Gündüzoğlu NÇ. Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. 2015;8(3):156-61.
61. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. 2016;8(2):178-89.
62. Scherbaum CA, Cohen-Charash Y, Kern MJ. Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using item response theory. 2006;66(6):1047-63.
63. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control: New York: Freedom and Company. 1997.
64. Yenilmez K, Kakmacı Ö. İlköğretim Yedinci Sınıf Öğrencilerinin Matematikteki Hazır Bulunuşluk Düzeyi. 2008;16(2):529-42.
65. Bandura A, Walters RH. Social learning theory: Englewood cliffs Prentice Hall; 1977.
66. Ulusoy A, Aytar G, Köksal A, Subası G, Ünver G, Erdamar K. Eğitim Psikolojisi. Anı Yayıncılık: Ankara; 2011.
67. Coleman PK, Karraker KH. Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. 1998;18(1):47-85.
68. Schunk DH. Self-efficacy and academic motivation. 1991;26(3-4):207-31.
69. Bouffard-Bouchard T. Influence of self-efficacy on performance in a cognitive task. 1990;130(3):353-63.
70. Pajares FJR, Quarterly W. Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. 2003;19(2):139-58.
71. Çiltaş A. Eğitimde öz-düzenleme öğretiminin önemi üzerine bir çalışma. 2011;3(5):1-11.

72. Lau-Walker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. 2004;48(3):216-25.
73. Cutler CG. Self-efficacy and social adjustment of patients with mood disorder. 2005;11(5):283-9.
74. Deixelberger-Fritz D, Tischler M, Kallus KW. Formal Papers. 2003;3(2):195.
75. Yazıcı H, Şahin M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları İle Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki.455.
76. McMurrin M. Assessment of criminal behaviours of clients in secure settings. 1994;1(2):187-91.
77. Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. 1996;7(2):107-11.
78. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. 2016;9(1):45.
79. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 2010;21(4):301-8.
80. İçin H. Küresel yetişkin tütün araştırması. Türkiye; 2016.
81. Mutlu P, Çeldir Emre J, Dirican N, Deniz S, Aksoy Ü. Hastane Personelinde Meslek Gruplarına Göre Sigara İçme Durumu ve Sigara Bırakma Danışma Hizmetleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. 2019.
82. Eroğlu SA. İstanbul'da genel bir devlet hastanesinde çalışanların sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. 2013;14:170-4.
83. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The frequency of tobacco and tobacco product use in medical faculty students. 2019;13(2):219-26.
84. Bennur K, Oğuzöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. 2015;4(2):4-13.
85. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler 2007.
86. Uzday İT. Madde bağımlılığı: Tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
87. Brown CR, III PJ, Wilson M, Benowitz NL. Changes in rate and pattern of caffeine metabolism after cigarette abstinence. 1988;43(5):488-91.

88. Monso E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. 2001;10(2):165-9.
89. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. 1998;7(3):262-7.
90. Hu L, Sekine M, Gaina A, Kagamimori SJS, Rhythms B. Association between sleep quality and smoking in Japanese civil servants. 2007;5:196-203.
91. Liu J-T, Lee I-H, Wang C-H, Chen K-C, Lee C-I, Yang Y-K. Cigarette smoking might impair memory and sleep quality. 2013;112(5):287-90.
92. Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. 2011;1(1):88-94.
93. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing Y, Chung DW, Li S, et al. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. 1999;22(6):717-26.
94. Çetinoğlu T, Özvurmaz S. Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. 2018;13(4):80-9.
95. Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, Bilge U. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Hekimlerin Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2018;41(4):304-14.
96. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. 2010;46(2):124-32.
97. James BO, Omoaregba JO, Igberase OO. Prevalence and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian university. 2011;5(1):1.
98. Kang J-M, Lee JA, Jang J-W, Kim YS, Sunwoo S. Factors associated with poor sleep quality in primary care. 2013;34(2):107.
99. Killgore WD, Kamimori GH. Multiple caffeine doses maintain vigilance, attention, complex motor sequence expression, and manual dexterity during 77 hours of total sleep deprivation. 2020;9:100051.
100. Üstün Y, ŞÇ Y. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. 2011;4(1):29-38.
101. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, et al. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. 2015;8(2):60-70.
102. Hale L. Who has time to sleep? 2005;27(2):205-11.
103. Yazıcı H, Özbay Y. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışlarının Bilişsel-Davranışçı Bir Modele Dayalı Olarak İncelenmesi. 2006;35(172):116-25.
104. Stotts AL, DeLaune KA, Schmitz JM, Grabowski J. Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. 2004;29(8):1649-57.

105. Yazıcı H, Özbay Y. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışlarıyla Özyeterlik İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2013(7):62-79.
106. Bandura A, Ramachaudran VS. Encyclopedia of human behavior. 1994;4:71-81.
107. Zimmerman BJ, Bandura A, Martinez-Pons M. Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. 1992;29(3):663-76.
108. Bagkurt G. Gençlik, madde bağımlılığı ve koruma yolları. 2003:73-114.



8-EKLER

EK-1 / Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki**

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY

Diğer Araştırmacıların Adı: Arş. Gör. Dr. İbrahim Halil ÖLMEZ

“Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Ersan Gürsoy sorumluluğu altındadır.

1. Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bireyin belli bir performansı başarılı olarak yapması için kendine olan inancına yada kendi yargısına öz yeterlilik denir. Öz yeterlilik inancı, öğrenen için okul yaşamında akademik başarının önemli bir belirleyicisi olmasının yanı sıra, okul dışı yaşamında tüm hayatı boyunca kullanacağı bir beceridir. Ayrıca sağlıklı bir yaşam için kaliteli uyku vazgeçilmezdir. Kötü kaliteli uyku depresyon, anksiyete, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi birçok hastalık ile ilişkilidir. Toplumda sigara içme alışkanlığı olan bireylerin sayısı oldukça fazladır. Bu anket çalışmamızda sigara içme durumları ile öz yeterlilik algısı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamak temel amacımızdır.

2. Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

3. Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışmamızda anket formları kullanılacaktır. Yaklaşık 15 dk sürecektir.

4. Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmamız herhangi bir risk içermemektedir. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

5. Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

6. Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız

vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

7. Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : İbrahim Halil ÖLMEZ

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

EBYU Aile Hekimliği Anabilim dalında, Arş. Gör. Dr. İbrahim Halil ÖLMEZ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. İbrahim Halil ÖLMEZ - Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: İbrahim Halil ÖLMEZ-Araştırma Görevlisi

Adres: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-2 / Demografik Veri Anketi

DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

1) YAŞ:

2) CİNSİYET: Kadın () Erkek ()

3) EĞİTİM DÜZEYİ: Okuryazar değil () Okuryazar () İlk – Ortaokul () Lise () Üniversite ()

4) MEDENİ DURUM: Evli () Bekar () Dul ()

5) ÇOCUK SAYISI:

6) KARDEŞ SAYISI (KENDİSİ HARİÇ):

7) KİMİNLE YAŞIYORSUNUZ? : Yalnız () Eş, Çocuk () Anne-Baba () Arkadaş () Yurt () Diğer ()

8) YAŞADIĞINIZ YER: İl Merkezi () İlçe Merkezi () Köy, Kasaba vb. ()

9) MESLEK: Çalışmıyor () Öğrenci () Memur () İşçi () Diğer ()

10) KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI? :

Evet () evet ise belirtiniz: Hayır ()

11) SÜREKLİ İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? :

Evet () evet ise belirtiniz: Hayır ()

12) SİGARA İÇİYOR MUSUNUZ? : Evet () Hayır () Bıraktım ()

13) NE KADAR SÜRE İLE SİGARA İÇİYORSUNUZ?: 0-6 Ay () 6 Ay-1 Yıl () 1-5 Yıl () 5 Yıl üzeri ()

14) ALKOL TÜKETİMİNİZ VAR MI?: Evet () Hayır ()

15) SİGARA İÇEN YAKININIZ VAR MI? :

Evet () evet ise belirtiniz : Hayır ()

16) SİGARAYI BIRAKMAYI DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?: Evet () Hayır ()

17) SİGARANIN ÖZ YETERLİLİĞİNİZİ ARTTIRDIĞINI DÜŞÜNÜYORMUSUNUZ?: Evet () Hayır () Kararsızım ()

18) SİGARANIN UYKU KALİTESİNİ ETKİLEDİĞİNİ DÜŞÜNÜYORMUSUNUZ?: Evet() Hayır()
Kararsızım()

19) GÜNLÜK ÇAY TÜKETİMİNİZ YAKLAŞIK NE KADAR?:

20) GÜNLÜK KAHVE TÜKETİMİNİZ YAKLAŞIK NE KADAR?:



Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yataкта geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a 30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
b Gece yarısı veya sabah erkenden uyanınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
c Tuvalete gittiniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
d Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
e Aşırı derecede üşüdünüz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
f Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
g Kötü rüyalar gördünüz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
h Ağrı duyduunuz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
i Diğer nedenler	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
j Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐ 0 Çok iyi	☐ 1 Oldukça iyi	☐ 2 Oldukça kötü	☐ 3 Çok kötü
------------------------------------	--	---	-------------------------------------
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐ 0 Hiç	☐ 1 Haftada 1'den az	☐ 2 Haftada 1 - 2 kez	☐ 3 Haftada 3'ten çok
--------------------------------	---	--	--
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐ 0 Hiç	☐ 1 Haftada 1'den az	☐ 2 Haftada 1 - 2 kez	☐ 3 Haftada 3'ten çok
--------------------------------	---	--	--
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐ 0 Hiç problem oluşturmadı	☐ 2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐ 1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	☐ 3 Çok büyük bir problem oluşturdu

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- ☐ 10 taneden az 0 puan ☐ 11-20 1 puan ☐ 21-30 2 puan ☐ 31 ve daha fazla 3 puan

2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- İlk 5 dakika içerisinde ☐ 3 puan 31 – 60 dakika içinde ☐ 1 puan
6-30 dakika içerisinde ☐ 2 puan 1 saatten sonra ☐ 0 puan

3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- Evet 1 puan ☐ Hayır 0 puan

4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- ☐ Sabah içilen ilk sigara 1 puan ☐ Diğerleri 0 puan

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde , daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- ☐ Evet 1 puan ☐ Hayır 0 puan

6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız , yine de sigara içer misiniz?

- ☐ Evet 1 puan ☐ Hayır 0 puan

Toplam bağımlılık puanı:Değerlendirme

- ☐ 0-2 çok düşük ☐ 3-4 düşük ☐ 5 orta düzeyde ☐ 6-7 yüksek ☐ 8-10 çok yüksek

EK-5 / Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sizi en iyi tanımlayanı işaretleyiniz

		Hiç	Biraz	Kararsızım	İyi	Çok iyi
1	Planlar yaparken,onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.					
2	Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamdır.					
3	Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım.					
4	Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.					
5	Her şeyi yarım bırakırım.					
6	Zorluklarla yüzyüze gelmekten kaçınırım.					
7	Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.					
8	Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitinceye kadar kendimi zorlarım.					
9	Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.					
10	Yeni birşey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.					
11	Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.					
12	Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.					
13	Başarısızlık benim azmimi arttırır.					
14	Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.					
15	Kendine güvenen biriyim.					
16	Kolayca pes ederim.					
17	Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.					

EK-6 / Etik Kurul Onay Belgesi

EBYU Tarih ve Sayısı: 30.05.2023-266037

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI	""Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki""
---------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	EBYU Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	EBYU Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Etik Kurul Sekreteryası Merkez/ ERZİNCAN
	TELEFON	
	FAKS	-
	E-POSTA	

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği ABD
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ast. Dr. İbrahim Halil ÖLMEZ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	EBYU Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Uzmanlık Tezi
	ÇALIŞMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	25.05.2023	2	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	25.05.2023	2	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	Araştırmanın bütçesi bulunmamaktadır.			
	SIGORTA	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI	""Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları ile Uyku Kalitesi ve Öz Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişki""
---------------------	--

KARAR BİLGİLERİ	Klinik Araştırma Toplantı No: 11 Karar No: 2023- 11/3	Tarih: 25.05.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	
	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

EBYU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN	Kulak Burun Boğaz	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Baki YETER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sara SALCAN	Halk Sağlığı	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Didem ONK	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Rıdvan MAMMADOV	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sonay AYDIN	Radyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Betül KALKAN YILMAZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Feriye DANIŞMAN KALINDEMİRTAŞ	Fizyoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Serhat HAYME	Biyoistatistik	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Abdussamed Yunus DEMİR	Nanobiyoteknoloji	EBYU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özlem ÇELİK AYDIN	Tıbbi Farmakoloji	EBYU Mengücek Gazi EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Yasemin TOSYALI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Eczacı Tuğba KAYA	Gençlik	Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mühendis Utku KUYRUKLUYILDIZ	Orman Endüstri Mühendisliği	Erzincan Belediyesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Ertuğrul ERHAN
İmza: