



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.

KADINLARDA PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ DÜZEYİ

Dr. Mehmet ÇOBAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.

KADINLARDA PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ DÜZEYİ

Dr. Mehmet ÇOBAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER iv
TEŞEKKÜR vi
TABLOLAR LİSTESİ vii
KISALTMALAR viii
ÖZET ix
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 SİGARA 3
2.1.1. Sigaranın Tarihçesi 3
2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi 4
2.1.3. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkisi 5
2.1.4. Pasif Sigara Maruziyeti 6
2.2. UYKU 9
2.2.1. Uyku Fizyolojisi 9
2.2.2. Uyku Evreleri 10
2.2.3. NREM Uyku Dönemi 10
2.2.4. REM Uyku Dönemi 11
2.2.5. Uyku Bozuklukları 12
2.2.6. Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler 13
2.3. SİGARA VE UYKU İLİŞKİSİ 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM 16
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ 16
3.2. ÇALIŞMA ANKETİ 16
3.2.1. Sosyodemografik Veriler Ve Pasif Sigara Maruziyetinin Değerlendirildiği Anket Formu 16
3.2.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 16
3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ 18
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 19
3.5. ETİK KURUL ONAYI 19
4. BULGULAR 20
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ (TABLO 1) 20
4.2. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA MARUZİYET DURUMLARI 21
4.2.1. Sigara Geçmişi, Maruziyetin Süresi ve Mekânı (Tablo 2) 21

4.2.2. Sigara İçilen Ortamlar ve Katılımcı Tutumu (Tablo 3) 23
4.2.3. Pasif İçicilik Bilinci ve Korunma Yöntemleri (Tablo 4) 25
4.3. KATILIMCILARIN UYKU KALİTESİ DURUMU (PUKİ verilerine göre)..... 27
4.3.1. Öznel Uyku Kalitesi..... 28
4.3.2. Uykuya Dalma Süresi (Latans)..... 28
4.3.3. Uyku Süresi..... 28
4.3.4. Uyku Etkinliği..... 28
4.3.5. Uyku Bozukluğu..... 28
4.3.6. Uyku İlacı Kullanımı..... 29
4.3.7. Gündüz İşlev Bozukluğu..... 29
4.3.8. Toplam PUKİ Skoru..... 29
4.4. PASİF SİGARA MARUZİYETİ İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ 29
5. TARTIŞMA..... 49
5.1. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA İÇİCİLİK DURUMLARININ İNCELENMESİ VE TARTIŞILMASI..... 49
5.2. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ İLE İLGİLİ FARKINDALIKLARININ TARTIŞILMASI..... 51
5.3. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) TOPLAM PUANI VE ALT BİLEŞENLERİN TARTIŞILMASI..... 52
5.4. UYKU KALİTESİ İLE PASİF SİGARA MARUZİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI..... 54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER..... 59
KAYNAKLAR..... 62

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile bizlerin daima yanında olan, desteğini hiçbir koşulda üzerimizden esirgemeyen ve aile hekimliğinin gerçek vizyonunu bizlere özümseten değerli büyüğüm, hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecimde tüm samimi desteklerinden ötürü bilhassa sevgili uzmanımız Uzm. Dr. İlknur DEMİR'e ve kliniğimdeki diğer tüm değerli uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma ve diğer tüm ekip arkadaşlarıma,

Asistanlık eğitimine beraber başladığım, beraber çalışmaktan mutlu olduğum, her zaman destek ve yardımlarını hissetiğim değerli eşkıdemlerim ve çalışma arkadaşlarım Alican AYDOĞAN, Ayşegül EROL, Ecem GÜNEŞ, Gizem GÜL KAYABAŞI, Hilal KAZAZ, Muhammed ÖZER, İrem ECE ÇALIŞKAN, Melek ALP, Samet BAHADIR, Sevinç ERTÜRK'e,

Hayatım boyunca yanımda olan, desteklerini her zaman arkamda hissetiğim sevgili annem Hatice ÇOBAN, kıymetli babam Haci ÇOBAN ve candan öte değerli kardeşlerime,

Sonsuz sevgi, saygı ve şükranlarımla...

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=174) 20

Tablo 2: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı 22

Tablo 3: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı 24

Tablo 4: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı 26

Tablo 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Alt Bileşenlerinin Sıklık ve Tanımlayıcı İstatistikleri 27

Tablo 6: PUKİ Skorunun Pasif Sigara İçiciliğe İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (1/2) 29

Tablo 7: PUKİ Skorunun Pasif Sigara İçiciliğe İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (2/2) 31

Tablo 8: PUKİ Skorunun Pasif İçiciliğe İlişkin Yanıtlara Göre Karşılaştırılması 33

Tablo 9: PUKİ ve Alt Bileşenlerinin Günlük Ortalama Sigara Maruziyetine Göre Karşılaştırılması 33

Tablo 10: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Evde Sigara İçen Birey/Bireylerin Varlığına Göre Karşılaştırılması 35

Tablo 11: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Katılımcıların Ev Halkından Sigara İçen Bireyin Yakınlığına Göre Karşılaştırılması 36

Tablo 12: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Evde Günlük İçilen Sigara Sayısına Göre Karşılaştırılması 37

Tablo 13: Katılımcıların Yaş Grubu İle Pasif İçicilik İlişkisinin Karşılaştırılması 38

Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Durumu İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması 40

Tablo 15: Katılımcıların Meslekleri İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması 41

Tablo 16: Katılımcıların Medeni Durumları İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması 43

Tablo 17: Katılımcıların Yaşadığı Bölge İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması 45

Tablo 18: Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması 47

KISALTMALAR

AASM	**:** Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi
ABD	**:** Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
EEG	**:** Elektroensefalografi
ICSD	**:** International Classification of Sleep Disorders
KOAH	**:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MÖ	**:** Milattan Önce
NREM	**:** Non-Rapid Eye Movement
PUKİ	**:** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
REM	**:** Rapid Eye Movement
SBÜ	**:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	**:** Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	**:** Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	**:** World Health Organization

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ile toplumdaki kadın bireylerin pasif sigara dumanına maruziyet durumları ve pasif sigara içiciliği ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi(SUAM) Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01/12/2024-01/01/2025 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı onaylayan 20 yaşından büyük 65 yaşından küçük kadın bireyler dahil edilmiştir.Çalışmaya 174 katılımcı dahil edildi. Çalışma, tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri içeren ve pasif sigara maruziyetini sorgulayan 29 sorunun yanı sıra uyku kalitesi düzeyini ölçmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'ni (PUKİ) içeren anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı. İstatistiksel analizleri için "Microsoft Excel 2016" ve "IBM SPSS Statistics 26" paket programları kullanılmıştır, p=0,05 düzeyi, tüm temel ve alt testler için anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 174 kadın birey katılmış olup, % 48,9 (n=85)'unun 20-30 yaş aralığında olduğu, % 71,2 (n=124)'sinin üniversite mezunu olduğu, % 45,4 (n=79)'ünün çalışan ve % 22,4 (n=39)'ünün ev hanımı/ev işleriyle ilgilenenlerin olduğu, %55,2 (n=96)'sinin evli olduğu, % 96,6 (n=168)'sının kentsel bölgelerde yaşadığı, % 42,5 (n=74)'inin aylık gelirinin bir ila üç asgari ücret arasında olduğu saptanmıştır. Pasif sigara dumanı maruziyeti ile ilgili değişkenlere bakıldığında; sigara dumanına en çok maruz kalınan yerlerde ilk sırayı % 71,2 (n=124) ile sosyal ortamlar almaktadır. Onu % 16,1 (n=28) ile ev ortamı izlemektedir. Katılımcıların % 22,4(n=39)'ü gün içerisinde sigara dumanına maruz kalmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların % 44,3 (n=77)'ünün evinde sigara içen birey/bireyler bulunmaktayken % 55,7 (n=97)'sının evinde kimse sigara içmemektedir. Ev halkında sigara içenlerde ilk sırada % 38,4 (n=38) ile eş ikinci olarak baba % 20,2 (n=20) ile yer almaktadır. Sigara içilen hanelerin % 53,2 (n=41)'sinde günlük 1-9 adet sigara,% 7,8 (n=6)'inde günlük 30 adetten fazla sigara tüketilmektedir. Kadınların yanında sigara içenlerde ilk sırada % 52,3 (n=101) ile arkadaşlar/iş arkadaşları yer almaktadır. Bunu % 22,3 (n=43) ile eş/sevgili izlemektedir. Kadınların % 84,5 (n=147)'i yanında sigara içilmesinden rahatsız olduğunu ifade etmişken % 15,5 (n=27)'i rahatsız olmadığını ifade etmişti. Yedi bileşenden oluşan PUKİ için global indeks skoru 6,63 ve standart sapması 2,89 saptandı.. Katılımcıların %

37,4 (n=65)'ü iyi uyku kalitesine ve % 62,6 (n=109)'sı kötü uyku kalitesine sahipti. Kadınların PUKİ skorları ile gün içerisinde sigara dumanına maruz kalınan süreye göre anlamlı bir farklılık saptandı. (p<0,05). Farkın kaynağını sigara dumanına maruz kalmayanlar ile sigara dumanına 1-3 saat arasında maruz kalanlar oluşturmaktaydı. Sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama PUKİ skoru 5,79 iken sigara dumanına günde ortalama 1-3 saat maruz kalanların ortalama PUKİ skoru 8,91 saptandı. Uyku kalitesi ile sigara dumanına maruz kalınan süre, evde günlük içilen sigara sayısı, katılımcıların özel araçlarında sigara dumanına maruz kalma durumu değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç: Bu çalışma kadınlarda pasif sigara dumanı maruziyetinin uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini ortaya koymuştur. Pasif sigara dumanına maruz kalma ve uyku bozukluklarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, uyku kalitesini kötü yönde etkileyen önemli bir faktör olan sigara dumanına maruziyetin engellenmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: pasif sigara içiciliği, uyku kalitesi, kadın

ABSTRACT

Aim: This study aims to investigate the exposure of women in the society to secondhand smoke and to examine the relationship between secondhand smoke exposure and sleep quality.

Materials and Methods: The study included female individuals aged over 20 and under 65 who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Hamidiye Etfal Health Practice and Research Center between 01/12/2024 and 01/01/2025 and agreed to participate in the study. A total of 174 participants were enrolled. This is a single-center, cross-sectional, descriptive, analytical, and questionnaire-based study. A face-to-face survey was conducted with participants, including 29 questions assessing sociodemographic characteristics and secondhand smoke exposure, as well as the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to evaluate sleep quality. For statistical analysis, 'Microsoft Excel 2016' and 'IBM SPSS Statistics 26' software were used. A p-value of 0.05 was considered statistically significant for all primary and secondary analyses.

Results: A total of 174 women participated in the study. Among them, 48.9% (n=85) were between the ages of 20 and 30, and 71.2% (n=124) were university graduates. Of the participants, 45.4% (n=79) were employed, while 22.4% (n=39) were housewives or engaged in domestic work. Additionally, 55.2% (n=96) were married, and 96.6% (n=168) resided in urban areas. It was found that 42.5% (n=74) of the participants had a monthly income ranging between one to three times the minimum wage.Regarding variables related to exposure to secondhand smoke, the most common setting for exposure was social environments, reported by 71.2% (n=124) of participants, followed by the home environment at 16.1% (n=28). A total of 22.4% (n=39) of the participants stated that they were not exposed to cigarette smoke during the day. While 44.3% (n=77) of the participants reported that at least one person smoked in their household, 55.7% (n=97) stated that no one smoked in their home. Among household members who smoked, spouses ranked first at 38.4% (n=38), followed by fathers at 20.2% (n=20). In households where smoking occurred, 53.2% (n=41) reported a daily consumption of 1–9 cigarettes, whereas in 7.8% (n=6) of households, more than 30 cigarettes were smoked per day. When asked about individuals who smoke in their presence, friends and coworkers were the most frequently mentioned group at 52.3% (n=101), followed by spouses/partners at 22.3% (n=43). A significant proportion of women 84.5% (n=147) reported being disturbed by smoking in their presence, while 15.5% (n=27) stated that they were not disturbed. For the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), which consists of seven components, the global index score was found to be 6.63 with a standard deviation of 2.89. Among the participants, 37.4% (n=65) had good sleep quality, while 62.6% (n=109) had poor sleep quality. A statistically significant difference was observed between the participants' PSQI scores and the duration of daily exposure to cigarette smoke ($p<0.05$). The source of this difference was between those who were not exposed to cigarette smoke and those who were exposed for 1 to 3 hours per day. The mean PSQI score was 5.79 for those not exposed to smoke, whereas it was 8.91 for those exposed to smoke for 1–3 hours daily. A statistically significant relationship was also found between sleep quality and the duration of secondhand smoke exposure, the number of cigarettes smoked daily at home, and the presence of cigarette smoke exposure in participants private vehicles.

Conclusion: This study revealed that exposure to secondhand smoke in women has a statistically significant impact on sleep quality. Considering the negative health effects of both secondhand smoke exposure and sleep disturbances, preventing exposure to cigarette smoke which is a significant factor adversely affecting sleep quality holds great importance.

Key Words: secondhand smoke exposure, sleep quality, women

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde 1.5 milyara yakın insan sigara kullanmaktadır. Çalışmalara göre tütün kullanımının en çok olduğu ülkelerin başında Çin, Hindistan ve Endonezya bulunmaktadır (5). Ülkemizde ise tahmini verilere göre 17 milyon civarında tütün ve tütün ürünleri kullanan insan sayısı ile tüm ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır (5). Türkiye'de yapılan bir araştırma sonucuna göre, tütün ürünü kullananların %94,8'i sigara kullanmaktadır (6).

TUİK Türkiye sağlık araştırmasına göre 2022 yılında her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında %28,0 iken 2022 yılında artarak %28,3 oldu. Bu oranın 2022 yılında erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu görülmüştür (7).Tütün kullanımı, her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne yol açmakta ve bu ölümlerin 1.3 milyonu da sigara içmeyenlerin içenlere ait sigara dumanına maruz kalması sonucu pasif sigara içiciliği şeklinde olmaktadır (8) . Yani sadece sigara içmek değil içmediği halde sigara dumanına maruziyet de ciddi bir sağlık sorunudur.

Sigara başlıca akciğer kanseri olmak üzere larinks, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserlerinin önemli bir nedenidir. Sigara tek başına akciğer kanserlerinin %90'ından sorumludur (11). İnsan vücudunda daha pek çok hastalığa ve sağlık sorununa neden olur . Ayrıca sigaranın en çok sebep olduğu trakea, bronş ve akciğer kanseri; erkeklerde en sık, kadınlarda da üçüncü sırada en sık görülen kanserdir . Sigara kullanımı hem kullanan kişiyi hem de pasif etkilenen kişileri etkileyerek sağlık sorunlarına sebep olmaktadır (4).

Sigara kullanmayan bir kişinin aynı ortamı paylaştığı diğer insanlar tarafından içilen sigara dumanına ve içerisindeki zararlı kimyasallara maruz kalması "pasif içicilik" olarak tanımlanmaktadır (9). Pasif sigara dumanı maruziyeti; sigara içmeyen kişilerin istemsiz olarak sigara dumanına maruz kalması demektir. Son yıllarda pasif sigara içiciliği yerine ikinci el sigara maruziyeti terimi de kullanılmaktadır. İkinci el duman terimi ilk defa 2006 yılında Amerika Halk Sağlığı raporunda kullanılmıştır ve insan sağlığına ciddi zararları olduğu vurgulanmıştır (9). İkinci el duman sigara, puro, pipo gibi tütün ürünlerini kullanan kişilerin içtikten sonra çevresine yaydıkları duman nedeniyle çevresindeki kişilerin bu duman maruz kalmasını ifade eder (9,15). Dünya çapında çocukların %40'ı, sigara içmeyen erkeklerin %33'ü ve sigara içmeyen kadınların

%35'i pasif içicilikle karşı karşıya (18). Yapılan çalışmalarda sigara içenlerle yaşayan kadınların ve çocukların ikinci el sigara dumanı maruziyeti nedeniyle erken ölüm ve hastalık risklerinin arttığını göstermektedir (20). Günümüzde sadece sigarayı değil pasif sigara maruziyetini azaltmak için de önlemler alınmaya başlanılmıştır. Evin dışında özellikle kafeler, restoranlar, konserler, kalabalık organizasyonlar ve toplu taşıma araçları pasif maruziyetin fazla olduğu yerlerdir (5).

Uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Bu sürecin sağlıklı sürdürülmesi yaşam kalitesi ve sağlık ile yakından ilişkilidir (35). Uyku insan sağlığının korunması açısından hayatımızda önemli bir role sahiptir. Kaliteli ve yeterli uyku hem zihinsel ve fiziksel sağlığımız için hem de yaşam kalitemizin iyi olabilmesi için oldukça önemlidir. Sigara dumanı maruziyeti uyku kalitesini etkileyen değiştirilebilir faktörler arasında yer alır. Sigara içerisinde bulunan nikotin, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiler göstererek uykuya dalma süresini uzatmakta, uyku süresini azaltmakta ve uyku kalitesini bozabilmektedir.. Nikotin alımı, özellikle yatmadan kısa süre önce gerçekleştiğinde, sempatik sinir sistemini aktive ederek fizyolojik uyarılmışlık düzeyini artırmakta ve bu durum uyku başlangıcını zorlaştırmaktadır (48,49).

Kişilerin sigara dumanı maruziyetleri ayrıntılı bir şekilde sorgulanırsa aile hekimliğinin koruyucu hekimlik anlayışı doğrultusunda; toplumdaki kişiler ilerde oluşabilecek birçok sağlık sorununa karşı bilgilendirilmiş olacaklar ve kişilerin hastalık risklerinin azalmasına faydası olacaktır. Bu tez çalışmasında, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) özbildirim ölçeği kullanılarak kadınlarda pasif sigara içiciliği ile uyku kalitesi arasındaki ilişki düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SİGARA

2.1.1. Sigaranın Tarihçesi

Sigara kıyılmış tütünün ince bir kağıda sarılmasıyla hazırlanan tütün ürünüdür. Tütün ilk olarak Orta Amerika kıtasında kıtanın yerlileri tarafından kullanılmıştır. Tütünün ilk olarak milattan önce 6000 yıllarında Amerika kıtasında doğal olarak yetiştiği ve bu tarihten 4500 yıl sonra Orta Amerika'da Mayalar'ın tütün kullandığı düşünülmektedir (1). MÖ 1000-1400 yıllarında Orta ve Güney Amerika'daki Maya ve Aztek uygarlıkları tarafından tütün genellikle dini törenlerde ve tıbbi amaçlarla kullanılmıştır (2).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba'ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde öğrenmişlerdir. Orta Amerika'da yaşayan halklar arasında keyif verici olarak yaygınlaşan tütün Amerika kıtasına seyahat eden denizcilerin dikkatini çekmiştir. Adadaki yerliler dini törenlerde ve şölenlerde keyifle tütün içmekteydi (1). Tütün hakkındaki ilk bilgileri kaleme aldığı bilinen piskopos Romano Pane, 1518 yılında getirttiği tütün tohumlarını İspanya Kralı Şarlken'e sunmuştur . 16. yüzyılda tütün önce İspanya ve Portekiz'e ardından Fransa, İngiltere ve diğer avrupa ülkelerine yayılmıştır (1).

17. yüzyılda tütün ticareti hızlanmıştır. Hızla artan tütün tüketimi nedeniyle Portekiz, İspanya, İngiltere ve Fransa tütün ticaretini genişletmiş ve bundan gelir elde etmiştir. Avrupa'da hızla yayılan tütünü Macellan Filipin adalarına, Portekizliler ise Hindistan ve Çin gibi doğu ülkelerine götürmüşlerdir (3). 18. yüzyılda Orta ve Güney Amerika'da, kıyılmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına "cigar" veya kâğıda "papelitos" sarılarak içilmesine başlanmıştır. Papelitos adı verilen sigaralar Avrupa'da sigara şeklinde tütün içme ilk defa İspanya'da, daha sonra da Fransa'da gerçekleşmiştir. 1844 yılında Fransa'da ilk sigaraların üretimi yapılmıştır (1).

Tütün ilk defa İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla İstanbul'a getirilmiştir. Osmanlı'da ilk tütün tarımının Makedonya, Yenice ve Kırcali'de; Anadolu'da ise Ege Bölgesi'nde Ayasuluk tepelerinde yapıldığı kaydedilmiştir (4). Osmanlı'da 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuştur (4).

2.1.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Tütün ürünleri arasında sigara ön önemli tütün ürünlerinden biridir. Sigara dünya genelinde ölüm nedenleri arasında önlenebilir nedenler arasında önemli bir yer alır. Dünya genelinde 1.5 milyara yakın insan sigara kullanmaktadır. Çalışmalara göre tütün kullanımının en çok olduğu ülkelerin başında Çin, Hindistan ve Endonezya bulunmaktadır (5). Ülkemizde ise tahmini verilere göre 17 milyon civarında tütün ve tütün ürünleri kullanan insan sayısı ile tüm ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır . Gelişmiş ülkelerde tütün ve tütün ürünleri tüketimi oranı düşük seviyelerdeyken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran yüksek seviyelerde seyretmektedir (5).

TUİK Türkiye sağlık araştırmasına göre 2022 yılında her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında %28,0 iken 2022 yılında artarak %28,3 oldu. Bu oranın 2022 yılında erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu görülmüştür (7).

Tütün kullanımı, her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne yol açmakta ve bu ölümlerin 1.3 milyonu da sigara içmeyenlerin içenlere ait sigara dumanına maruz kalması sonucu pasif sigara içiciliği şeklinde olmaktadır (8). Yani sadece sigara içmek değil içmediği halde sigara dumanına maruziyet de ciddi bir sağlık sorunudur. Sigara başlıca akciğer kanseri olmak üzere larinks, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserlerinin önemli bir nedenidir (11). Sigara tek başına akciğer kanserlerinin %90'ından sorumludur. İnsan vücudunda daha pek çok hastalığa ve sağlık sorununa neden olur (11).

İkinci el duman terimi ilk defa 2006 yılında Amerika Halk Sağlığı raporunda kullanılmıştır ve insan sağlığına ciddi zararları olduğu vurgulanmıştır (9). İkinci el duman sigara, puro, pipo gibi tütün ürünlerini kullanan kişilerin içtikten sonra çevresine yaydıkları duman nedeniyle çevresindeki kişilerin bu duman maruz kalmasını ifade eder.

Son yıllarda üçüncü el duman terimi de kullanılmaya başlanmıştır. Ortama yayılan sigara dumanındaki toksik maddeler, halı, döşeme, koltuklar gibi ve birçok yüzeyde birikerek ortamdaki diğer kişiler tarafından solunur, yüzeylere dokunma yoluyla deriden veya ağızdan vücuda girerek ciddi sağlık zararlarına yol açabilirler (9). Yapılan bir çalışmada eşi sigara içen kadınlarda akciğer kanser riskinin %27 oranında arttığı, iş yerinde ikinci el dumana maruz kalanlarda da 1.2 kat arttığı gösterilmiştir (3).

Dünyada ve ülkemizde sigara içiciliğini azaltmak ve tütün ürünü kullanmayan insanların ikinci el sigara dumanına maruziyetini azaltmak için son yıllarda yapılan çalışmalar ve bir takım yasaklarla; para cezası, kapalı alanlarda sigara içmenin yasaklanması gibi tedbirler ile bu durumun önüne geçilmeye çalışılmıştır.

2.1.3. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkisi

Sigara insan sağlığını olumsuz etkileyen en önemli risk etmenlerinden birisidir. Sigara kullanımı günümüzde en yaygın bağımlılıklardan biri olup zararları bireysel ve toplumsal düzeyde her geçen gün artarak devam etmekte (10). Hem halk hem de sağlık uzmanları tarafından sigara içmek, dünya çapında önde gelen atfedilebilir sağlık yüküne sahip önemli bir davranışsal risk faktörü olarak kabul görmüştür. Sigara içmenin sağlık riskleri, 1950 yılında İngiliz doktorların hastalık oranları ve sigara içme alışkanlıkları üzerine yapılan bir çalışmada açıkça belirtilmiş ve sonraki yetmiş yılda daha ayrıntılı olarak işlenmiştir (10). Her yıl dünya genelinde sigara içiciliği ve pasif sigara içiciliğine bağlı milyonlarca inasanın ölümüne neden olmaktadır. Tütün ve sigara kullanımı, her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne yol açmakta ve bu ölümlerin 1.3 milyonu sigara sigara dumanına maruz kalınması sonucu pasif sigara içiciliğine bağlı olmaktadır (8).

Sigara dumanında formaldehit, siyanür, amonyak, karbonmonoksit, naftalin, kadmiyum ve aseton gibi 4.000 civarında kimyasal madde bulunur. Arsenik, benzen, vinil klorür gibi en az 81 tanesi kanserojen olan bu kimyasal karışımlar insan sağlığı üzerinde çok ciddi riskleri vardır (10). Son yıllarda gelişen teknoloji ile sigara içinde kullanıcıların sevmesini ve bağımlılığını artırmak için renk, koku ve tad gibi içerikleri değiştirmek için katkı maddeleri eklenmektedir (10,11).

Türkiye'de her yıl yaklaşık 110,000 kişinin ölümünden sigara sorumludur. Uzun süre boyunca düzenli sigara içen kişilerin yaklaşık %60'ı sigara nedeniyle yaşamlarında beklenenden daha erken ölmektedir. Sigara içenler içmeyenlere göre hayatlarını ortalama 20 yıl daha erken kaybederler (11). 40 yaşından sonra sigara içilen her yıl için yaşam beklentisi 3 ay kısalmaktadır. Ülkemizde akciğer kanserinden ölümlerin %88'i, üst solunum yolu ve üst sindirim yolu kanserlerinden ölümlerin %62'si ve erkeklerde KOAH'a bağlı ölümlerin %76'sı sigaraya atfedilebilir (11).

Sigara insan vücudunda başta solunum sistemi, kalp ve dolaşım sistemi başta olmak üzere tüm sistem ve organları etkilemektedir. Sigara içenlerde hemoglobinlerin oksijen taşıma kapasitesi düşer. Bu da başta beyin ve kalp olmak üzere tüm organları etkiler. Sigara içenlerde kardiyovasküler hastalıklardan mortalite riski 2-4 kat daha fazladır. Sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra kalp krizi geçirme riskinde anlamlı bir düşüş görülmüştür (12). Sigara içmek ve ikincil sigara dumanı maruziyeti öncelikle akciğer kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Sigara içen bir bireyin kanser ile ilişkili mortalite riski yedi kat, akciğer kanseri ile ilişkili mortalite riski 12-24 kat artmaktadır (3). Sigara başlıca akciğer kanseri olmak üzere larinks, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserlerinin önemli bir nedenidir. Sigara amfizem, astım ve KOAH'ın başlıca nedenidir. Erkek ve kadınlarda infertiliteye neden olur. Tip 2 diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların gelişme riskini arttırır. Osteoporoz gelişme riskini artırır (13). Hayatları boyunca sigara dumanına aktif ya da pasif maruz kalmayan kişilerde tip 2 diyabet gelişme riski, sigara içen ya da ikincil sigara dumanına maruz kalan kişilere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Sigara bırakıldıktan sonra bu risk azalmaktadır . Sigara içiciliği ve pasif sigara maruziyeti insanların yaşamları boyunca sağlığında bozulmalara neden olmakta ve çok ciddi bir risk olarak devam etmektedir (13).

2.1.4. Pasif Sigara Maruziyeti

Pasif sigara içiciliği veya pasif sigara dumanı maruziyeti, sigara içen diğer kişilerden kaynaklanan sigara dumanın ortamda birikmesi sonucu sigara içmeyen kişilerin maruz kalmasıdır. Bazı kaynaklarda pasif içicilik yerine yan akım dumanı maruziyeti, çevresel sigara dumanı ve gönüllü olmayan içicilik gibi tanımlamalar kullanılmış olsa da artık ikinci el sigara dumanı maruziyeti kullanımı daha sıktır (15). Son yıllarda pasif maruziyetle ilgili literatürde ikinci el sigara dumanı ifadesinin yanında

üçüncü el sigara dumanı ifadesi de kullanılmaktadır. Üçüncü el sigara dumanı maruziyeti, yüzeylerde biriken duman bileşenleri ile birlikte bu bileşenlerin oksidasyonuyla üretilen metabolitlerine maruziyeti ifade eder. Bu metabolitler deri yoluyla, sindirim aracılığıyla veya yeniden havalanan tozların solunmasıyla emilerek kanserojen etki gösterebilmektedir (9,15). Yanan sigara dumanındaki toksinler ve kanserojen maddeler ortamda yayılır ve yüzeylerde birikerek diğer kişilerin solumasıyla vücud içine alınırlar. Yanan sigara dumanının 2/3'ü içen kişinin akciğerlerine asla ulaşmaz. Sigara içmeyenlerin de soluduğu havaya karışır. Sigarada süzülmeden doğrudan havaya karışan bu duman, daha fazla zehir içerir (14). Bu dumanın, pasif içiciler ve sigara içenlerde yol açtığı solunum sorunları, akciğer kanseri, kalp-damar hastalıkları oranı artmaktadır. Sigara içilen ortamda bulunan kişilerde koroner kalp hastalığı riski %20 - 50 oranında artar; yılda 30 - 40.000 pasif içicinin kalp hastalığı nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir (14).

Pasif sigara içiciliği, sigaranın filtreli ya da filtresiz, katranlı sigara dumanına maruz kalma, kapalı alanın boyutu, solunan miktar, dumana maruziyet süresi gibi faktörlerden etkilenir (16). Sigara içmeyenleri kapalı alanlarda,işyerlerinde ve kamusal alanlarda pasif içiciliğe maruz kalmaktan korumak için kapsamlı mevzuatlar ve kanunlar bazı ülkelerde uygulanmıştır, ancak dünya nüfusunun %93'ü hala tamamen dumansız kamu sağlığı düzenlemelerinin olmadığı ülkelerde yaşamaktadır (16). DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 8. Maddesi'nde öngörüldüğü gibi tütün dumanına maruziyetten korunmak için etkili önlemler ele alınmıştır. 8. Maddenin uygulanmasına ilişkin yönergeler, sigara ve tütün dumanının tüm kapalı işyerlerinde, kapalı kamusal alanlarda ve toplu taşıma araçlarında tamamen ortadan kaldırılmasını ve diğer kamusal alanlarda uygun şekilde ortadan kaldırılmasını amaçlamıştır (19). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2009 yılında çalışma ortamlarında sigara içmeye yönelik geniş kapsamlı yasaklardan sonra yasağın ardından ilk yılda akut koroner olaylarda %10-20'ye varan bir azalma yaşandığını bildirmiştir (17,18).

Dünya çapında çocukların %40'ı, sigara içmeyen erkeklerin %33'ü ve sigara içmeyen kadınların %35'i pasif içicilikle karşı karşıya (18). Dünya çapında çocuklar, diğer yaş gruplarına göre daha fazla pasif sigara içiciliğine maruz kalmakta. Bunun asıl nedeni evde sigara içen ebeveynler ve yakın akrabalardan kaynaklı olup, çocukların bu maruziyetten kaçınamamalarıdır (18). Sigara içenlerin olduğu evlerde hava nikotin

konsantrasyonu, sigara içilmeyen evlerdeki hava nikotin konsantrasyonuna göre 17 kat daha yüksek olduğu görülmüş. Kadın ve çocuklarda hava nikotin ve saç nikotin konsantrasyonları evde sigara içen kişi sayısı çoğaldıkça arttığı görülmüş. Sigara içilmesine izin verilen evlerde, sigara içilmesine izin verilmeyen evlere kıyasla hava nikotin konsantrasyonun tahmini 12.9 kat arttığı görülmüş (20). Yapılan çalışmalarda sigara içenlerle yaşayan kadınların ve çocukların ikinci el sigara dumanı maruziyeti nedeniyle erken ölüm ve hastalık risklerinin arttığını göstermektedir (20).

Yapılan araştırmalarda, pasif içicilik maruziyetinin yetişkinlerde ve çocuklarda erken ölüm, çeşitli hastalıklar ve çocuklarda akciğer fonksiyonlarının azalması gibi olumsuz etkiler açısından artan risk altında bıraktığını göstermektedir (20). Dünya çapında erkeklerin %40'tan fazlası tütün içerken, kadınların yalnızca %12'si tütün kullanmaktadır. Bu sonuçlar kadınlar ve çocukların ikinci el sigara maruziyetine kalan nüfusun çoğunluğunu oluşturduğunu göstermektedir (20). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1999 ve 2005 yılları arasında Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda gençlerin yaklaşık %44'ünün evde tütün dumanına maruz kaldığını ve %47'sinin en az 1 ebeveyninin sigara içtiğini göstermiştir (20,21).

Pasif maruziyet çocuklarda; akciğer gelişimini bozarak solunum yolu hastalıklarına, ani bebek ölümlerine, diş çürüklerine, orta kulak hastalığına, böbrek fonksiyonlarında bozulmaya, çocukluk çağı kanserlerine ve astım gibi birçok hastalığa risk faktörü oluşturmaktadır (14). Yetişkinlerde de buna benzer şekilde; akciğer kanseri, KOAH gibi solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi pek çok hastalıkta rol oynamaktadır. Ayrıca hem çocuk hem yetişkinlerde bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır (14,15). Tıpkı sigara içmek gibi pasif sigara maruziyeti de ciddi etkileri olan bir çok hastalık riskini arttıran bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Günümüzde sadece sigarayı değil pasif sigara maruziyetini azaltmak için de önlemler alınmaya başlanılmıştır. Evin dışında özellikle kafeler, restoranlar, konserler, kalabalık organizasyonlar ve toplu taşıma araçları pasif maruziyetin fazla olduğu yerlerdir (5). Temmuz/2019'da uygulamaya giren 5727 sayılı yasa ile kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklanması ile hem aktif sigara içiciliği hem de pasif maruziyet oranları azalmıştır (5).

2.2. UYKU

2.2.1. Uyku Fizyolojisi

Uyku, bilincin geçici olarak kaybolduğu, duyusal algıların ve istemli kas hareketlerinin azaldığı, çevresel uyarılara karşı yanıtın minimal olduğu, geri dönüşümlü bir dinlenme halidir. Bu süreçte, organizma hem fiziksel hem de zihinsel olarak yenilenir ve enerji depolar (22). Uyku tüm memelilerde, enerjinin korunmasını sağlayan sinir sisteminin gelişim ve onarımını sağlayan doğal bir süreçtir. Uyku uyarılmışlığı, otomatik işlevleri, davranışı, bilişsel işlevleri ve hücre içi mekanizmaları kontrol eden sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkilidir (22,23). Uzun süre uykusuzluk vücut ısı kontrolünde, metabolizma ve bağışıklık sisteminde bozukluklara yol açmaktadır (23).

Berger tarafından 1929 yılında gerçekleştirilen elektroensefalografi (EEG) uygulamaları uykunun araştırılmasında önemli bir yer sahiptir. İlk olarak 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından uyku sırasındaki EEG kayıtları ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (24). Araştırmacılar bu çalışmaları sonunda uykunun beş dönemi olduğunu belirlemişler fakat beşinci dönemi hızlı göz hareketlerinin (Rapid Eye Movement) eşlik ettiği REM dönemi olarak tanımlayamamışlardır. Uykunun REM dönemini 1957 yılında Dement ve Kleitman tanımlamışlar ve uykunun periyodik olarak birbirini izleyen dönemlerden oluştuğunu göstermişlerdir (24).

Uyku-uyanıklık döngüsü, biyolojik ritimlere bağlı olarak şekillenir ve bu döngünün oluşumunda 24 saatlik periyotlarla tekrarlayan sirkadiyen ritim temel belirleyicidir. Sirkadiyen ritmin kontrolü, anterior hipotalamusta yer alan suprakiazmatik çekirdek tarafından sağlanır (24). Bu ritmin düzenlenmesinde en etkili çevresel etken ise güneş ışığıdır. Işık uyarıları, retinal fotoreseptörler aracılığıyla suprakiazmatik çekirdeğe iletilir. Bu uyaranlara bağlı olarak ortaya çıkan bir başka önemli süreç de melatonin üretimidir (24). Melatonin, suprakiazmatik çekirdeğin ritmik çalışmasına paralel olarak salgılanır ve özellikle karanlık ortamlarda maksimum seviyeye ulaşarak geri bildirim mekanizması yoluyla bu çekirdeğin aktivitesini düzenler (25). Işık yokluğunda hipotalamusta nöroendokrin sistemin işleyişi değişime uğrar; melatonin başta olmak üzere bazı hormonların salınımı artarken, bazı hormonların salgılanması baskılanır ve böylece uyku başlangıcı desteklenmiş olur (24,25).

Uyku, paralel olarak gelişen bir dizi fizyolojik süreç sonucu meydana gelir. Uykunun başlatılması ve devam ettirilmesinde kortikal ve subkortikal bir dizi beyin bölgesi rol oynar. Ancak ilk olarak, hipotalamustaki döngüsel uyarılar ve içsel kimyasal işaretler aracılığıyla ventrolateral preoptik çekirdek (VLPO) uykunun başlangıcını tetikler (26). Uyanıklık, lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik, beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik ve serotonerjik uyarılar ile arka hipotalamustan gelen histaminerjik sinyallerin artışı ile sağlanır (26). Bu aktivasyonların azalması ise uykuya geçişi başlatır. REM uykusu evresinde serotonin ve norepinefrin seviyeleri en düşük düzeydedir, bu dönemde yalnızca asetilkolin baskın şekilde etki gösterir. NREM uykusu evresinde ise tüm nöroregülatörlerin salınımı düşük seviyelerde kalır (24,26). Uyku dönemleri ve sinir cevabındaki değişiklikler asetilkolin, norepinefrin, serotonin ve histaminin farklı salıverilmeleri ile yönlendirilmektedir (26).

2.2.2. Uyku Evreleri

Uyku, belirli aralıklarla tekrar eden hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM uykusu dönemi ile bu hareketlerin görüldüğü REM uyku evresinden meydana gelir. Uyku evreleri, EEG, göz hareketleri ve kas tonusundaki değişiklikler göz önünde bulundurularak tespit edilmiştir (24).

İnsanlarda genellikle uyanıklık döneminin ardından NREM uykusunun sırasıyla 1., 2., 3. ve 4. evreleri ortaya çıkar. Uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM evresi gerçekleşir (27). Uykunun başlangıcından ilk REM evresinin sonuna kadar geçen süre bir uyku siklusudur. Bu döngü, bireyler arasında 90-120 dakika arasında farklılık gösterir ve NREM ile REM uykusunun birleştiği bu döngü, gece boyunca 4-6 kez tekrar eder. İlk REM evresi genellikle daha kısadır ve yaklaşık 5-15 dakika sürer. Zaman açısından, gecenin ilk kısmında NREM uykusu, ikinci kısmında ise REM uykusu daha baskın hale gelir (27).

2.2.3. NREM Uyku Dönemi

NREM (Non-Rapid Eye Movement) uykusu, uykunun yapısal bir evresi olup, hızlı göz hareketlerinin olmadığı, derin uyku dönemlerini ifade eder. Bu evre, uyku süresinin büyük bir kısmını oluşturur ve fiziksel onarım, bağışıklık sistemi güçlendirme gibi hayati işlevlere sahiptir (24).

Kendi içinde 4 dönemden oluşur. NREM uykusu 1.dönemi: Tüm gece uykusunun % 1-5'ini oluşturur. NREM uykusu 2.dönemi: Tüm gece uykusunun % 40-50'sini oluşturur. NREM uykusu 3.dönemi: Tüm gece uykusunun % 3-8'ini oluşturur. NREM uykusu 4.dönemi: Tüm gece uykusunun % 10-15'ini oluşturur (28). Ancak NREM dönemlerinin süreleri yaşla farklılıklar gösterir. Erişkinlere kıyasla çocuklar ve yaşlılar daha fazla NREM 3. dönem uykusu uyurlar (28).

1 ve 2. dönemleri yüzeyel uyku, 3 ve 4. dönemleri ise yavaş dalga uykusu ya da derin uyku olarak isimlendirilir. Bu evrede EEG'de yüksek amplitüdlü yavaş dalgalar ve iğcikler gözlenir (24). NREM uykusunun 3. ve 4. evreleri, bedensel dinlenmenin sağlandığı dönemlerdir. Bu evrede vücut sıcaklığı düşer, kalp atış hızı ve solunum hızı azalır ve düzenli bir şekilde devam eder. Kısa süreli rüyalar görülebilir. Bu aşamada kişiyi uyandırmak oldukça zordur ve uykudan uyanıldığında kişi bir süre kafa karışıklığı yaşayabilir (24).

Büyüme hormonu, özellikle çocuklarda NREM uykusunun 3. ve 4. evrelerinde salgılanmaktadır. Erişkinlerde ise NREM uykusunun 3. ve 4. evreleri, hücre yenilenmesi ve onarımını hızlandırdığı düşünülmektedir (28). Uyku sırasında vücut sıcaklığındaki azalma, özellikle NREM evrelerinde gerçekleşir. Bu evrede kalp atış hızı ve solunum hızı düşer ve düzenli bir hal alır (28,29).

2.2.4. REM Uyku Dönemi

Paradoksal uyku ya da hızlı göz hareketlerinin görüldüğü evre olarak da adlandırılan REM (rapidly eye movements) uykusu, diyafragma gibi yaşamsal bazı iskelet kasları dışında genel kas gevşemesiyle (atonisiyle) karakterizedir (30). REM evresi, bebeklerde yaklaşık 60 dakikada bir, yetişkin bireylerde ise ortalama 90 dakikada bir NREM uykusu ile dönüşümlü olarak ortaya çıkar. Bu dönemde elektroensefalografi (EEG) örüntüsü, evre-I uykusuna benzerlik gösterir fakat zaman zaman "testere dişi" dalgaları olarak adlandırılan ritmik teta ve delta patlamaları gözlenebilir (30). EEG'de düşük voltajlı ve karışık frekanslı aktiviteler, oldukça düşük kas tonusu ile birlikte seyreder. Bu evreyi ayırt edici en belirgin özellik hızlı göz hareketlerinin varlığıdır. REM sırasında beyin oldukça aktif çalışır, solunum ritmi düzensizlik gösterebilir, kalp atım hızı artabilir, canlı ve net rüyalar görülebilir ve uykuya bağlı ereksiyonlar meydana gelebilir (30).

İlk REM evresine geçiş süresi, REM latansı olarak adlandırılır ve bu süre genellikle 90 dakikadan fazladır. REM latansının kısalması, depresif bozukluklarda ya da ileri yaş grubundaki bireylerde görülebilir (24). Uykunun doğrudan REM evresiyle başlaması çoğunlukla narkolepsi hastalarında gözlenirken, REM latansının uzaması ise genellikle uyku laboratuvarında kalan kişilerde "ilk gece etkisi" adı verilen durumla ilişkilendirilir. İnsanlarda REM evreleri ortalama 5 ila 30 dakika arasında sürerken, bu dönemler arasında geçen süre yaklaşık 90-120 dakikadır. REM evresi gece boyunca 4 ila 6 kez tekrarlanır ve toplam uyku süresinin yaklaşık %25'ini oluşturur (24,28). Yenidoğanlar erişkinlere göre daha fazla uyumakta ve uykuyu daha fazla REM döneminde geçirmektedir. Daha sonra REM uykusunun oranı hızla azalır ve 10 yaşında erişkin seviyesine ulaşır (23).

REM uykusu nöronlarda membran stabilizasyonunu sağlar ve türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanmasında rol oynar (31). Bu evreden mahrum bırakılan bireylerde psikiyatrik rahatsızlıkların daha sık ortaya çıkması, REM uykusunun zihinsel anlamda yenilenme sağladığını düşündürmektedir. Rüyalar en yoğun şekilde bu evrede görülür ve kişi REM esnasında uyandırıldığında rüyasını ayrıntılı biçimde hatırlayıp aktarabilir. Bu evrede sempatik sinir sisteminin devreye girmesiyle birlikte kalp atım hızı, solunum sayısı ve kan basıncı yükselir ve düzensiz bir hâl alır (31).

2.2.5. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları, bireyin uykuya geçme, uykuyu devam ettirme, yeterli uyku kalitesine ulaşma ve uygun zaman dilimlerinde uyuma gibi uykunun çeşitli aşamalarında ortaya çıkan sorunları kapsayan genel bir terimdir (32). Bu bozukluklar, başlı başına bir hastalık olabileceği gibi başka sağlık problemlerinin bir belirtisi olarak da görülebilir (32). İlk kez 1979 yılında sınıflandırılan uyku bozuklukları Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) tarafından 1991 ve 2005'te yenilenmiş ve ICSD-1 ve ICSD-2 isimlerini almıştır. 2014 yılında AASM tarafından tekrar güncellenerek son hali olan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-3 (ICSD-3) yayınlanmıştır (33).

2014 yılında Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3) ile uyku bozuklukları; insomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomnolensin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar, uyku ile

ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olarak yedi temel kategoride sınıflandırılmıştır (33).

2.2.6. Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler

Günümüzde uyku kalitesi, klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır (34). Bunun nedenleri; uyku ile ilgili yakınmaların oldukça yaygın olması, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceği ve uyku sağlığı ile fiziksel ve psikolojik iyilik arasında güçlü ilişki bulunması olarak sıralanmaktadır (34).

Uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Bu sürecin sağlıklı sürdürülmesi yaşam kalitesi ve sağlık ile yakından ilişkilidir (35). Uyku tıbbında sıkça başvurulan bir kavram olan 'uyku kalitesi', uyku süresinin toplamı, uykuya dalma süresindeki gecikme, uykunun kesintiye uğrama düzeyi, uykunun verim oranı ile ani uyanmalar ya da apne gibi uykuyu kesintiye uğratan durumlar dahil olmak üzere çeşitli uyku ölçütlerini kapsamaktadır (36). Kalitesiz uykunun sonuçları arasında bitkinlik, gündüz saatlerinde işlevsellikte azalma, tepkilerde yavaşlama ve kafein ya da alkol tüketiminde artış sayılabilir (37). Uyku hijyeni ise, sağlıklı bir uyku sürecini destekleyen alışkanlıklar olarak tanımlanır ve uyku kalitesine katkı sağlar. Uykuya hazırlık sürecindeki tutumlar, yatakta sergilenen davranışlar ile uyku düzenine yönelik uygulamalar, uyku hijyeninin temel unsurlarını oluşturur ve bu davranışlar uyku kalitesi üzerinde doğrudan etkilidir (37,38).

Genç yetişkinler, kaliteli ve yeterli uyku dahil olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve korunması adına önemli bir yaş grubudur (38). Bilişsel etkinliklerin aktif bir şekilde devam ettiği genç yetişkin bireylerde, uyku çok daha önemli bir unsur olmaktadır. Kişinin kaliteli bir uyku yaşayamaması kişiyi biyo-psiko-sosyal yönlerden olumsuz olarak etkilemektedir (38,39). Son yıllarda, uyku kalitesinde azalma, uykusuzluk, kronik uyku bozuklukları, gece uyanmaları ve uzamış rüyalar gibi uykuya ilişkin sorunlardan yakınan bireylerin sayısında artış gözlemlenmektedir (40). Uyku kalitesinin bozulması ve uykusuzluk, toplum genelinde yaygın olarak görülen problemler arasında yer almakla birlikte, bu durumun özellikle kadınları ve 65 yaş üzerindeki yaşlı bireyleri daha yüksek oranda etkilediği çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (40).

Stres, yaşam stili, çevresel koşullar, uyku-uyanıklık düzenindeki değişiklikler, bedensel ya da psikiyatrik hastalıklar gibi birçok faktör uykusuzluğa neden olabilmektedir. Uykusuzluk yakınmalarıyla başvuranlarda; fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların belirtileri, alkol, ilaç ve madde kullanım öyküleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır (32). Uyku kalitesi, bireyin gece boyunca yeterli, kesintisiz ve dinlendirici bir uyku uyuyabilme durumunu ifade eder ve çok sayıda biyolojik, psikolojik, çevresel ve davranışsal etken tarafından belirlenmektedir. Uyku kalitesini etkileyen faktörler genel olarak aşağıdaki başlıklarda incelenebilir (41).

Bireysel faktörler; Yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık ve kişinin genel sağlık durumu uyku düzeni üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle yaş ilerledikçe uyku süresi kısalmakta, uyku bölünmeleri artmakta ve uykuya geçiş süresi uzamaktadır. (42).

Psikolojik faktörler; Anksiyete, depresyon, stres ve travma gibi psikolojik durumlar uykuya dalma süresini uzatmakta ve uykunun bütünlüğünü bozabilmektedir. Ruhsal sıkıntılar, uyku bölünmelerini artırarak hem uyku süresini hem de uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (43).

Davranışsal ve yaşam tarzına ilişkin etmenler; Fiziksel aktivite düzeyi, düzensiz uyku-uyanıklık döngüsü, geç saatlerde ağır yemek tüketimi, kafein, nikotin ve alkol kullanımı gibi alışkanlıklar uyku kalitesini doğrudan etkileyen unsurlar arasındadır (44). Ayrıca teknolojik cihazların (akıllı telefon, bilgisayar, televizyon vb.) yatmadan önce yoğun şekilde kullanımı da melatonin salınımını baskılayarak uykuya geçişi güçleştirebilmektedir (41,44).

Çevresel faktörler; Uyunan ortamın fiziksel koşulları (ışık, gürültü, sıcaklık, yatak konforu vb.), kişinin uyku kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Aydınlık veya gürültülü ortamlarda uyumak, uyku sürecini kesintiye uğratabilir ve uyku kalitesini düşürebilir (45,46).

Tıbbi ve fizyolojik etkenler; Kronik hastalıklar (örneğin diyabet, hipertansiyon, kronik ağrı sendromları), hormonal dengesizlikler, gebelik ve menopoz gibi fizyolojik durumlar da uyku düzenini ve kalitesini etkileyebilmektedir (47). Ayrıca obstrüktif uyku apne sendromu, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozuklukları da uyku kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (47).

2.3. SİGARA VE UYKU İLİŞKİSİ

Tütün kullanımı, uyku sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli davranışsal risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (48). Sigara içerisinde bulunan nikotin, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiler göstererek uykuya dalma süresini uzatmakta, uyku süresini azaltmakta ve uyku kalitesini bozabilmektedir (49). Nikotin alımı, özellikle yatmadan kısa süre önce gerçekleştiğinde, sempatik sinir sistemini aktive ederek fizyolojik uyarılmışlık düzeyini artırmakta ve bu durum uyku başlangıcını zorlaştırmaktadır (48,49).

Yapılan çalışmalar, sigara kullanan bireylerde uykunun daha yüzeysel olduğu, gece boyunca daha sık uyanmaların görüldüğü ve toplam uyku süresinin azaldığını ortaya koymuştur (50). Ayrıca sigara içen bireylerde, non-REM uykunun derin evrelerinde azalma ve REM uykusuna geçişin bozulması gibi uyku düzeni üzerinde olumsuz etkiler gözlemlenmiştir (48). Nikotin uzun süreli maruziyeti sonucunda merkezi sinir sistemi üzerinden salgılanan dopamin miktarının değişmesi hipoksi duyarlılığında azalmaya yol açmaktadır. Hipoksi duyarlılığında azalmayla apne sonucu hipoksiyle indüklenen uyarılmada gecikmeler olur. Bu durumda uyku verimsizliği ve kötü uyku kalitesi ile sonuçlanır (51).

Sigara kullanımı ve pasif sigara maruziyeti uyku ile ilişkili solunumsal bozuklukları da tetikleyebilmektedir (52). Tütün dumanına maruziyet, üst solunum yollarında inflamasyon ve mukus üretimini artırarak, özellikle obstrüktif uyku apne sendromunun gelişim riskini yükseltmektedir. Uyku sırasında tekrarlayan solunum durmaları ve oksijen desatürasyonu, hem uyku bölünmelerine hem de gündüz aşırı uykululuğuna neden olmaktadır (52).

Sigara içimi ile uyku bozuklukları arasındaki bu ilişki çift yönlü bir etki de içerebilir. Yetersiz uyku, bireyin dürtüsel davranışlarını artırarak tütün kullanma isteğini tetikleyebilir; bu da bir kısır döngü oluşturarak hem uyku düzeninin hem de nikotin bağımlılığının devamına katkı sağlayabilir (53).Sonuç olarak, sigara kullanımı, uyku süresi ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta; bu etkiler, nikotinin fizyolojik uyarıcı özelliklerinden, solunum yolları üzerine yaptığı zararlı etkilerden ve bağımlılık döngüsünden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, sigarayı bırakmaya yönelik müdahalelerin uyku sağlığını da iyileştirebileceği düşünülmektedir (44,53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışma, tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi(SUAM) Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01/12/2024-01/01/2025 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı onaylayan 20 yaşından büyük 65 yaşından küçük kadın bireyler dahil edilmiştir.

3.2. ÇALIŞMA ANKETİ

Katılımcılara sosyodemografik özellikleri içeren ve pasif sigara maruziyetini sorgulayan 29 sorunun yanı sıra uyku kalitesi düzeyini ölçmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'ni (PUKİ) içeren anket formu sözel onamları alındıktan yüz yüze görüşülerek uygulandı. Anket formu araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Veriler Ve Pasif Sigara Maruziyetinin Değerlendirildiği Anket Formu

Çalışmaya katılan bireylerden yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu, yaşadığı bölge, gelir düzeyi gibi sosyodemografik veriler ve pasif sigara maruziyetini sorgulayan 29 sorudan oluşan anket formu ile veriler toplanmıştır.

3.2.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş bir uyku ölçektir. PUKİ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (54). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi; son bir ay içindeki uyku kalitesini ve uyku bozukluğunu değerlendiren, 24 sorudan oluşan bir ankettir. 19. soru ve sonrası değerlendirmeye alınmaz. Diğer sorular 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Ölçek subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevleri disfonksiyonunu değerlendiren yedi alt gruptan oluşur. Her alt komponent önce kendi içinde değerlendirilir. Yüksek puanlar kötü uyku kalitesine işaret eder. Alt komponentlerden elde edilen puanlar toplanarak, 0 ile 21 arasında toplam PUKİ puanı elde edilir. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin

gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilmektedir.

PUKİ' nin 7 bileşeni:

1-Öznel uyku kalitesi (Bileşen 1)

2-Uyku latansı (Bileşen 2)

3- Uyku süresi (Bileşen 3)

4- Uyku etkinliği (Bileşen 4)

5- Uyku bozukluğu (Bileşen 5)

6-Uyku ilacı kullanımı (Bileşen 6)

7- Gündüz işlev bozukluğu (Bileşen 7)

PUKİ değerlendirilmesi ve soruların puan karşılığı: Bütün soruların cevaplarındaki a, b, c, d seçenekleri sırasıyla 0, 1, 2, 3 olarak puanlanır.

• Bileşen 1: 6. soru puanı

• Bileşen 2: 2 ve 5a değerlendirilerek hesaplanır. 2.soru cevabı ≤15 dk = 0, 16-30 dk = 1, 31-60 dk = 2, >60 dk = 3 puan verilir. 5.soru a seçeneği 0-1-2-3 olarak puanlandırılır. 2.sorunun ve 5.sorunun a seçeneğinin toplam puanı 0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3 olarak değerlendirilir.

• Bileşen 3: 4.soru puanı 4. soru cevabı >7 saat=0, 6-7 saat=1, 5-6 saat=2, <5 saat=3 puan olarak değerlendirilir.

• Bileşen 4: Uyku etkinliği hesaplanır Uyku etkinliği = toplam uyku süresi / toplam yatakta kalma süresi * 100

Uyku etkinlik puanı >%85=0, %75-84=1, %65-74=2, <%65=3 olarak değerlendirilir.

• Bileşen 5: 5.sorunun b-j arası şıklarının puanları toplanır. Toplam puan 0 = 0, 1-9 = 1, 10-18 = 2, 19-27 = 3 olarak değerlendirilir.

• Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı 7.sorunun puanlaması ile elde edilir.

• Bileşen 7: 8. ve 9. Soru puanları ayrı ayrı 0-1-2-3 puan olarak değerlendirilir. Toplam puan 0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3 olarak alınır.

Tüm bu bileşenlerin puanları toplanarak PUKİ puanı elde edilir. Toplam ölçek puanının yüksek olması, uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. PUKİ toplam puanının 5'in üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Şişli Hamidiye Etfal SUAM Aile Hekimliği polikliniğine 01/12/2024-01/01/2025 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran 20-65 yaş arası kadın bireylerden, çalışmamıza katılmayı kabul eden kişiler ile yürütülmüştür. 1 ay içerisinde SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 20-65 yaş arası kadın bireylerin sayısı 296 olup %95 güven aralığı ile hesaplanmış olup örneklem büyüklüğü 167 kişi olarak belirlenmiştir. En az bu rakama ulaşılmaya çalışıldı.

Gönüllülerin çalışmaya alınma kriterleri:

1. Kadın olan kişiler
2. Sigara içmiyor olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler
4. İletişim problemi olmayan kişiler
5. Uyku hastalığı olmayan kişiler
6. 20-65 yaş aralığında olan kişiler

Gönüllülerin çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Erkek olan kişiler
2. Sigara içiyor olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler
4. İletişim problemi bulunan kişiler
5. Uyku hastalığı olan kişiler
6. 20-65 yaş aralığında olmayan kişiler

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiksel analizleri için "Microsoft Excel 2016" ve "IBM SPSS Statistics 26" paket programları kullanılmıştır. $p<0,05$ düzeyi, tüm temel ve alt testler için anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma, temelde "sosyodemografik özellikler" ve "pasif içiciliğe ilişkin bulgular" olmak üzere iki eksende ele alınmıştır. Öncelikle sosyodemografik özelliklerin ve pasif içiciliğe ilişkin bilgilerin tanımlayıcıları verilmiştir. Kategorik değişkenlerden oluşan bu parametreler için sıklıklar ve yüzdeler verilmiştir.

Çalışmadaki Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) için ortalamalar arası fark kontrollerinden önce ölçeğin ve ölçeği oluşturan bileşenlerin sıklıkları ve tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Ardından ölçek cevapları ölçek künyesi doğrultusunda skorlanmıştır. Ölçek skoruyla elde edilen nicel değişken normallik sınamasına tabi tutulmuş ve normal dağılım sergilediği görülmüştür.

İki düzeyli değişkenlerin ortalamalar arası fark kontrollerinde; homojen varyanslı ikililer için Student's t, heterojen varyanslı ikililer için ise Welch's t kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile sınanmıştır. İkiden çok düzeyli değişkenlerin ortalamalar arası fark kontrollerinde; homojen varyanslı değişkenler için Fisher ANOVA, heterojen varyanslı değişkenler için Welch ANOVA kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile sınanmıştır. ANOVA ile anlamlı bulunan farklar için ikili karşılaştırmalarda; homojen varyanslı ikililer için Tukey, heterojen varyanslı ikililer için Games-Howell testleri kullanılmıştır.

Çalışmanın istatistiksel analizleri için "Microsoft Excel 2016" ve "IBM SPSS Statistics 26" paket programları kullanılmıştır. Tanımlayıcılar, ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. $p<0,05$ düzeyi, tüm temel ve alt testler için anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. ETİK KURUL ONAYI

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 05.11.2024 tarihli ve 2793 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmış olup, Ek-1'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde gerçekleştirilen anket formu, PUKİ toplam ve alt komponentleri ile elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına ait bulgulara yer verilmiştir .Çalışmaya 174 katılımcı dahil edildi. İlk kısımda katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli değişkenlere ilişkin frekans dağılımlarına, ikinci kısımda ise katılımcıların PUKİ ölçeğinden aldıkları puanların demografik değişkenler ve pasif sigara maruziyeti açısından karşılaştırılmasına ve çeşitli değişkenlerin kendi aralarında karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ (TABLO 1)

- Yaş grubu dağılımı
- Eğitim düzeyi
- Meslek durumu
- Medeni durum
- Yaşanılan bölge
- Gelir düzeyi

Tablo 1: Katılımcılara ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=174)

Yaş	**n**	**%**
20-30	85	48,9
31-40	32	18,4
41-50	18	10,3
51-65	39	22,4
Toplam	174	100,0
Eğitim durumu	**n**	**%**
İlköğretim ve altı	17	9,8
Lise	33	19,0
Üniversite	124	71,2
Toplam	174	100,0
Meslek	**n**	**%**
Çalışan	79	45,4
Öğrenci	33	19,0
Ev hanımı/ev işleriyle ilgilenen	39	22,4

Emekli	15	8,6
İşsiz/çalışmıyor	8	4,6
Toplam	174	100,0
Medeni durum	**n**	**%**
Evli	96	55,2
Bekar	71	40,8
Eşini kaybetmiş/boşanmış	7	4,0
Toplam	174	100,0
Yaşanılan bölge	**n**	**%**
Kentsel	168	96,6
Kırsal	6	3,4
Toplam	174	100,0
Gelir düzeyi	**n**	**%**
Bir asgari ücret veya altı	47	27,0
Bir-üç asgari ücret arası	74	42,5
Üç asgari ücretten fazla	53	30,5
Toplam	174	100,0

Tablo 1'de katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin frekans dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların % 48,9'u 20-30 yaş aralığında, % 18,4'ü 31-40 yaş aralığında, % 10,3'ü 41-50 yaş aralığında ve % 22,4'ü 51-65 yaş aralığındadır. Kadınların % 71,2'si üniversite mezunudur. Bunu % 19 ile lise ve % 9,8 ile ilköğretim ve altı düzeyde eğitim görenler izlemektedir.

Kadınların % 45,4'ü çalışmaktadır. Ev hanımlarının/ev işleriyle ilgilenenlerin oranı % 22,4 , öğrencilerin oranı % 19, emeklilerin oranı % 8,6 ve işsiz/çalışmayanların oranı % 4,6'dır. Kadınların % 55,2'si evli, % 40,8'i bekar ve % 4'ü eşini kaybetmiş/boşanmıştır. Kadınların % 96,6'sı kentsel bölgelerde % 3,4'ü ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Gelir dağılımında ilk sırayı % 42,5 ile aylık geliri bir ila üç asgari ücret arasında olanlar almıştır. Onu % 30,5 ile aylık geliri üç asgari ücretten fazla olanlar ve % 27 ile aylık geliri bir asgari ücret ve altında olanlar izlemiştir.

4.2. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA MARUZİYET DURUMLARI

4.2.1. Sigara Geçmişi, Maruziyetin Süresi ve Mekânı (Tablo 2)

- Sigara içme öyküsü
- Günlük maruziyet süresi

- Sigara dumanına maruz kalınan ortamlar (sosyal alan, ev, iş)
- Ev halkı ve içme sıklığı
- Evde sigara içilen yerler
- Misafir sigara içme izni

Tablo 2: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı

Daha önce hiç sigara içtiniz mi?	**n**	**%**
Evet	55	31,6
Hayır	119	68,4
Toplam	174	100,0
Sigara dumanına en çok hangi ortamlarda maruz kalıyorsunuz?	**n**	**%**
Sosyal ortamlarda	124	71,2
İş yerinde	17	9,8
Evde	28	16,1
Okulda	5	2,9
Toplam	174	100,0
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?	**n**	**%**
Maruz kalmıyorum	39	22,4
5-10 dakika	49	28,2
10 dakika-1saat	61	35,1
1-3 saat	11	6,3
3 saatten fazla	14	8,0
Toplam	174	100,0
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?	**n**	**%**
Evet	77	44,3
Hayır	97	55,7
Toplam	174	100,0
Cevabınız evetse evde kim/kimler sigara içiyor?	**n**	**%**
Anne	12	12,1
Baba	20	20,2
Eş	38	38,4
Evlat	11	11,1
Ev arkadaşı	4	4,0
Diğer	14	14,1
Toplam	99	100,0
Cevabınız evetse evde günlük içilen sigara sayısı ne kadar?	**n**	**%**
1-9 adet	41	53,2
10-19 adet	22	28,6
20-29 adet	8	10,4
30 adetten fazla	6	7,8
Toplam	77	100,0

Misafirlerinizin evinizde sigara içmesine izin veriyor musunuz?	**n**	**%**
Evet	73	42,0
Hayır	101	58,0
Toplam	174	100,0
Evinizde sigara nerede içiliyor?	**n**	**%**
Balkonda	97	66,4
Odalarda	19	13,0
Mutfakta	20	13,7
Banyo/tuvalet	6	4,2
Diğer	4	2,7
Toplam	146	100,0

Tablo 2'de katılımcıların pasif sigara maruziyeti ile ilgili verilerin frekans dağılımı mevcuttur. Çalışmaya katılan kadınların % 31,6'sı daha önce sigara içmişken % 68,4'ü içmemiştir. Sigara dumanına en çok maruz kalınan yerlerde ilk sırayı % 71,2 ile sosyal ortamlar almaktadır. Onu % 16,1 ile ev ortamı izlemektedir. Kadınların % 22,4'ü gün içerisinde sigara dumanına maruz kalmadığını ifade etmiştir. 5-10 dakika arasında maruz kalanlar % 28,2 , 10 dakika – 1 saat arasında maruz kalanlar % 35,1 , 1 – 3 saat arasında maruz kalanlar % 6,3 ve 3 saatten fazla maruz kalanlar % 8'dir. Kadınların % 44,3'ünün evinde sigara içen birey/bireyler bulunmaktayken % 55,7'sinin evinde kimse sigara içmemektedir. Ev halkında sigara içenlerde ilk sırada % 38,4 ile eş ikinci olarak baba % 20,2 ile yer almaktadır. Sigara içilen hanelerin % 53,2'sinde günlük 1-9 adet sigara, % 7,8'inde günlük 30 adetten fazla sigara tüketilmektedir. Kadınların % 42'si evinde misafirlerinin sigara içmesine izin verdiğini belirtmişken izin vermeyenlerin oranı % 58'dir. Sigara içilen yer olarak balkon % 66,4 ile ilk sıradadır. Onu % 13,7 ile mutfak izlemektedir.

4.2.2. Sigara İçilen Ortamlar ve Katılımcı Tutumu (Tablo 3)

- Yanında sigara içen bireyler
- Sosyal ortamlarda tercih edilen alan
- Sigara içilmesinden duyulan rahatsızlık
- Sağlık endişesi ve bilgi düzeyi

Tablo 3: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı

Sizinleyken yanınızda sigara içen bireyler kimler?	**n**	**%**
Ebeveyn	22	11,4
Eş/sevgili	43	22,3
Evlatlar	4	2,1
Arkadaşlar/iş arkadaşları	101	52,3
Diğer	23	11,9
Toplam	193	100,0
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?	**n**	**%**
Evet	147	84,5
Hayır	27	15,5
Toplam	174	100,0
Sosyal ortamlarda sigara içilen/içilmeyen bölüm varsa hangisini tercih edersiniz?	**n**	**%**
Sigara içilen bölüm	9	5,2
Sigara içilmeyen bölüm	143	82,2
Fark etmez	22	12,6
Toplam	174	100,0
İşyerinde çalışma arkadaşlarınızdan sigara içen var mı?	**n**	**%**
Evet	105	74,5
Hayır	36	25,5
Toplam	141	100,0
Sosyal ortamlarda sigara dumanına ne kadar maruz kalıyorsunuz?	**n**	**%**
Her gün	21	12,1
Haftada birkaç kez	56	32,2
Ayda birkaç kez	59	33,9
Hiç	38	21,8
Toplam	174	100,0
Toplu taşımayı ne sıklıkla kullanıyorsunuz?	**n**	**%**
Her gün	38	21,8
Haftada birkaç kez	43	24,8
Ayda birkaç kez	59	33,9
Hiç	34	19,5
Toplam	174	100,0
Özel aracınızda sigara dumanına ne kadar maruz kalıyorsunuz?	**n**	**%**
Hayır (maruz kalmıyorum)	144	85,7
Evet (Ben arabadayken)	16	9,5
Evet (Ben arabada değilken)	8	4,8

Toplam	168	100,0
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?	**n**	**%**
Evet	143	82,2
Hayır	31	17,8
Toplam	174	100,0

Tablo 3'te katılımcıların pasif sigara maruziyeti ile ilgili verilerin frekans dağılımı mevcuttur. Kadınların yanında sigara içenlerde ilk sırada % 52,3 ile arkadaşlar/iş arkadaşları yer almaktadır. Bunu % 22,3 ile eş/sevgili izlemektedir. Kadınların % 84,5'i yanında sigara içilmesinden rahatsız olduğunu ifade etmişken % 15,5'i rahatsız olmamaktadır. Kadınların % 82,2'si sosyal ortamlara girdiğinde sigara içilen ya da içilmeyen bölümün bulunması halinde sigara içilmeyen bölümü tercih ettiğini bildirmiştir. Sigara içilen bölüm tercih edenlerin oranı % 5,2, fark etmeyeceğini bildirenlerin oranı % 12,6'dır. Kadınların % 74,5'i işyerindeki çalışma arkadaşlarından sigara içen bireyler olduğunu ifade etmişken % 25,5'si sigara içen birey olmadığını bildirmiştir. Kadınların % 12,1'i sosyal ortamlarda sigara dumanına her gün, % 22,2'si ise sigara dumanına hiç maruz kalmamaktadır. Kadınların % 21,8'i toplu taşımayı her gün kullandığını bildirmiştir. Hiç toplu taşıma kullanmadığını bildirenlerin oranı % 19,5'dir. Kadınların % 85,7'si özel aracında sigara dumanına maruz kalmadığını, % 9,5'i kendisi arabadayken sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Kadınların % 82,2'si yanında sigara içilmesinden dolayı sağlığından endişe etmekteyken % 17,8'i etmemektedir.

4.2.3. Pasif İçicilik Bilinci ve Korunma Yöntemleri (Tablo 4)

- Pasif içiciliğin tanımı bilgisi
- Risk bilgisi
- Korunma yöntemlerine dair görüşler

Tablo 4: Pasif Sigara İçiciliğine İlişkin Verilerin Dağılımı

Yakınınızda sigara içiliyor olması sağlığınızda bir olumsuzluğa neden oldu mu?	**n**	**%**
Evet	51	29,3
Hayır	53	30,5
Bilmiyorum	70	40,2
Toplam	174	100,0
Sizce pasif içicilikten ve sigara dumanı maruziyetinden nasıl korunabiliriz?	**n**	**%**
Kapı ve cam açarak	70	27,0
Aspiratör ya da klima çalıştırarak	7	2,7
Ayrı bir odayı sigara içme odası olarak ayırarak	49	18,9
Hiçbir havalandırma temizlemeye yetmez %100 dumansız alanlar yapılarak	133	51,4
Toplam	259	100,0
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?	**n**	**%**
Evet	164	94,3
Hayır	10	5,7
Toplam	174	100,0
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?	**n**	**%**
Evet	171	98,3
Hayır	3	1,7
Toplam	174	100,0
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	**n**	**%**
Evet	85	48,8
Hayır	9	5,2
Kısmen	80	46,0
Toplam	174	100,0

Tablo 4'te katılımcıların pasif sigara maruziyeti ile ilgili verilerin frekans dağılımı mevcuttur. Kadınların % 30,5'i yakınında sigara içiliyor olmasının sağlığında bir olumsuzluğa neden olmadığını, % 29,3'ü sağlığında bir olumsuzluğa neden olduğunu ifade etmiştir. Kadınların % 51,4'ü pasif içicilikten sadece %100 dumansız alanlar oluşturularak korunabileceğini ifade etmiştir. Onu % 27 ile kapı ve cam açmak seçeneği izlemiştir. Kadınların % 94,3'ü pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu bildiğini ifade etmişken % 5,7'si bilmediğini ifade etmiştir. Kadınların % 98,3'ü pasif içiciliğin riskleri olduğunu % 1,7'si olmadığını bildirmiştir. Kadınların % 48,8'i pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, % 5i2'si bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

4.3. KATILIMCILARIN UYKU KALİTESİ DURUMU (PUKİ verilerine göre)

Tablo 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Alt Bileşenlerinin Sıklık ve Tanımlayıcı İstatistikleri

Öznel uyku kalitesi (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
Çok iyi	17	9,8		
Oldukça iyi	101	58,0		
Oldukça kötü	52	29,9	1,25	0,66
Çok kötü	4	2,3		
Toplam	174	100,0		
Uyku latansı (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
15 dakika ve daha kısa	30	17,2		
16 - 30 dakika	71	40,8		
31 - 60 dakika	63	36,2	1,30	0,82
60 dakikadan daha uzun	10	5,8		
Toplam	174	100,0		
Uyku süresi (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
7 saatten fazla	56	32,2		
6-7 saat	67	38,5		
5-6 saat	6	3,4	1,01	0,85
5 saatten az	45	25,9		
Toplam	174	100,0		
Alışılmış uyku etkinliği (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
%85'ten fazla	122	70,1		
%75 - %84	28	16,1		
%65 - %74	16	9,2	0,48	0,84
%65'ten az	8	4,6		
Toplam	174	100,0		
Uyku bozukluğu (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
Hiç	4	2,3		
Haftada 1'den az	110	63,2		
Haftada 1 - 2 kez	57	32,8	1,34	0,55
Haftada en az 3 kez	3	1,7		
Toplam	174	100,0		
Uyku ilacı kullanımı (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
Hiç	164	94,3		
Haftada 1'den az	6	3,5		
Haftada 1 - 2 kez	2	1,1	0,09	0,42
Haftada en az 3 kez	2	1,1		
Toplam	174	100,0		
Gündüz işlev bozukluğu (0-3)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
Hiç problem oluşturmadı	49	28,2		
Yalnızca çok az problem oluşturdu	64	36,7	1,16	0,94
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	45	25,9		

Çok büyük problem oluşturdu	16	9,2		
Toplam	174	100,0		
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (1-15)	**n**	**%**	**μ**	**σ**
İyi uyku kalitesi (PUKİ ≤ 5)	65	37,4		
Kötü uyku kalitesi (PUKİ > 5)	109	62,6	6,63	2,89
Toplam	174	100,0		

Tablo 5'te Katılımcıların PUKİ ve alt bileşenlerine ait sonuçlarına ilişkin istatistik verileri mevcuttur.

4.3.1. Öznel Uyku Kalitesi

Kadınların % 9,8'i öznel uyku kalitesini çok iyi, % 58'i oldukça iyi, % 29,9'u oldukça kötü ve % 2,3'ü ise çok kötü olarak tanımlamıştır. Öznel uyku kalitesi bileşen skoru 1,25 ve standart sapması 0,66'dır.

4.3.2. Uykuya Dalma Süresi (Latans)

Kadınların % 17,2'si uyku latansını 15 dakika ve daha kısa, % 40,8'i 16-30 dakika aralığında, % 36,2'si 31-60 dakika aralığında ve % 5,8'si 60 dakikadan daha uzun olarak ifade etmiştir. Uyku latansı bileşen skoru 1,3 ve standart sapması 0,82'dir.

4.3.3. Uyku Süresi

Kadınların % 32,2'si uyku süresini 7 saatten fazla, % 38,5'i 6-7 saat, % 3,4'ü 5-6 saat ve % 25,9'u 5 saatten az olarak bildirmiştir. Uyku süresi bileşen skoru 1,01 ve standart sapması 0,85'tir.

4.3.4. Uyku Etkinliği

Kadınların yatakta geçirdikleri süre ve uyku sürelerinden hareketle hesaplanan alışılmış uyku etkinliğinde ilk sırada % 70,1 ile alışılmış uyku etkinliği % 85'in üzerinde olanlar yer almıştır. %75-%84 arasındaki bireylerin oranı % 16,1, %65-%74 arasındaki bireylerin oranı % 9,2 ve %65'ten az olan bireylerin oranı % 4,6'dır.. Alışılmış uyku etkinliği bileşen skoru 0,48 ve standart sapması 0,84'tür.

4.3.5. Uyku Bozukluğu

Kadınların % 2,3'ü hiç uyku bozukluğu yaşamadığını ifade etmiştir. % 63,2'si haftada 1'den az, % 32,8'i haftada 1-2 kez % 1,7'si haftada en az 3 kez uyku bozukluğu yaşadığını bildirmiştir. Uyku bozukluğu bileşen skoru 1,34 ve standart sapması 0,55'tir.

4.3.6. Uyku İlacı Kullanımı

Kadınların % 94,3'ü hiç uyku ilacı kullanmadığını bildirmiştir. Haftada 1'den az uyku ilacı kullananların oranı % 3,5, haftada 1-2 kez kullananların oranı % 1,1 ve haftada en az 3 kez kullananların oranı yine % 1,1'dir. Uyku ilacı kullanımı bileşen skoru 0,09 ve standart sapması 0,42'dir.

4.3.7. Gündüz İşlev Bozukluğu

Kadınların % 28,2'sinde gündüz işlev bozukluğu hiç problem oluşturmamaktadır. Yalnızca çok az problem oluşturanların oranı % 36,7, bir dereceye kadar problem oluşturanların oranı % 25,9 ve çok büyük problem oluşturanların oranı % 9,2'dir. Gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru 1,16 ve standart sapması 0,94'tür.

4.3.8. Toplam PUKİ Skoru

Yedi bileşenden oluşan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi için global indeks skoru 6,63 ve standart sapması 2,89'dur. Katılımcıların % 37,4'ü iyi uyku kalitesine ve % 62,6'sı kötü uyku kalitesine sahiptir.

4.4. PASİF SİGARA MARUZİYETİ İLE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 6: PUKİ Skorunun Pasif Sigara İçiciliğe İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (1/2)

Daha önce hiç sigara içtiniz mi?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	55	6,89	2,58	0,423
Hayır	119	6,51	3,02	
Sigara dumanına en çok hangi ortamlarda maruz kalıyorsunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Sosyal ortamlarda	124	6,50	2,82	0,168
İş yerinde	17	5,82	2,79	
Evde	28	7,46	3,21	
Okulda	5	8,00	1,87	
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Maruz kalmıyorum	39	[a]5,79	2,88	*0,014*
5-10 dakika	49	6,29	2,77	
10 dakika-1saat	61	7,07	2,63	
1-3 saat	11	[b]8,91	3,36	

3 saatten fazla	14	6,50	3,16	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	77	6,83	3,05	0,419
Hayır	97	6,47	2,75	
Cevabınız evetse evde kim/kimler sigara içiyor?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Anne	12	6,42	2,81	
Baba	20	6,30	3,15	
Eş	38	7,55	3,16	0,737
Evlat	11	6,55	2,77	
Ev arkadaşı	4	7,50	3,11	
Diğer	14	6,71	2,61	
Cevabınız evetse evde günlük içilen sigara sayısı ne kadar?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
1-9 adet	41	[a]6,00	3,18	
10-19 adet	22	7,32	1,96	*0,037*
20-29 adet	8	[b]9,00	3,42	
30 adetten fazla	6	7,83	3,60	
Misafirlerinizin evinizde sigara içmesine izin veriyor musunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	73	6,70	3,04	0,797
Hayır	101	6,58	2,78	
Evinizde sigara nerede içiliyor?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Balkonda	97	6,42	2,85	
Odalarda	19	8,05	3,19	
Mutfakta	20	7,10	3,34	0,423
Banyo/tuvalet	6	7,17	3,31	
Diğer	4	7,25	5,12	
Sizinleyken yanınızda sigara içen bireyler kimler?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Ebeveyn	22	6,77	2,88	
Eş/sevgili	43	7,95	2,84	
Evlatlar	4	7,50	2,65	0,207
Arkadaşlar/iş arkadaşları	101	6,69	2,75	
Diğer	23	7,65	3,16	

**: Student's t/Welch's t, **: ANOVA, [ab]: Farklı harfler, satırlar arası anlamlı farklılığı ifade eder.*

Tablo 6'da katılımcıların pasif sigara maruziyetleri ile toplam PUKİ skorları arasındaki ilişkinin istatiksel sonuçları mevcuttur. Kadınların PUKİ skorları, daha önce sigara içme durumuna ve sigara dumanına maruz kalınan ortamlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kadınların PUKİ skorları, gün içerisinde sigara dumanına maruz kalınan süreye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın kaynağını sigara dumanına maruz kalmayanlar ile sigara dumanına 1-3 saat arasında maruz kalanlar oluşturmaktadır.

Sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama PUKİ skoru 5,79 iken sigara dumanına günde ortalama 1-3 saat maruz kalanların ortalama PUKİ skoru 8,91'dir.

Kadınların PUKİ skorları, ev halkından evde sigara içen bireylerin olup olmamasına göre ve evde sigara içen birey/bireylerin yakınlık dercesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kadınların PUKİ skorları, evde günlük içilen sigara sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın kaynağını evlerinde günlük 1-9 adet sigara içilen kadınlar ile 20 – 29 adet sigara içilen kadınlar oluşturmaktadır. Evlerinde günlük 1-9 adet sigara içilen kadınların ortalama PUKİ skoru 6,00 iken evlerinde günlük 20-29 adet sigara içilen kadınların ortalama PUKİ skoru 9,00'dır.

Kadınların PUKİ skorları, misafirlerin evde sigara içmelerine izin verme durumuna göre, evde sigara içilen yerlere göre, yanlarında sigara içen bireylere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 7: PUKİ Skorunun Pasif Sigara İçiciliğe İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (2/2)

Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	147	6,66	2,92	0,769
Hayır	27	6,48	2,75	
Sosyal ortamlarda sigara içilen/içilmeyen bölüm varsa hangisini tercih edersiniz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Sigara içilen bölüm	9	7,11	3,30	
Sigara içilmeyen bölüm	143	6,44	2,82	0,151
Fark etmez	22	7,68	3,00	
İşyerinde çalışma arkadaşlarınızdan sigara içen var mı?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	105	6,68	2,59	0,604
Hayır	36	6,39	3,55	
Sosyal ortamlarda sigara dumanına ne kadar maruz kalıyorsunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Her gün	21	6,95	2,77	
Haftada birkaç kez	56	7,00	2,84	0,516
Ayda birkaç kez	59	6,46	2,62	
Hiç	38	6,18	3,40	
Toplu taşımayı ne sıklıkla kullanıyorsunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Her gün	38	6,42	2,41	
Haftada birkaç kez	43	6,65	3,18	0,841
Ayda birkaç kez	59	6,88	2,91	

Hiç	34	6,41	3,03	
Özel aracınızda sigara dumanına ne kadar maruz kalıyorsunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Hayır (maruz kalmıyorum)	143	[a]6,34	2,81	
Evet (Ben arabadayken)	16	[b]8,38	2,75	*0,023*
Evet (Ben arabada değilken)	9	7,11	3,48	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	143	6,83	2,89	0,058
Hayır	31	5,74	2,76	
Yakınınızda sigara içiliyor olması sağlığınız açısından bir olumsuzluğa neden oldu mu?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Evet	51	7,35	3,08	
Hayır	53	6,38	2,94	0,104
Bilmiyorum	70	6,30	2,63	
Sizce pasif içicilikten ve sigara dumanı maruziyetinden nasıl korunabiliriz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Kapı ve cam açarak	70	6,56	2,91	
Aspiratör ya da klima çalıştırarak	7	8,43	2,57	
Ayrı bir odayı sigara içme odası olarak ayırarak	49	6,57	2,92	0,377
Hiçbir havalandırma sistemi dumanı temizlemeye yetmez %100 dumansız alanlar yapılarak	133	6,68	2,89	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	164	6,62	2,85	0,843
Hayır	10	6,80	3,61	

**: Student's t/Welch's t, **: ANOVA, [ab]: Farklı harfler, satırlar arası anlamlı farklılığı ifade eder.*

Tablo 7'de katılımcıların pasif sigara maruziyetleri ile toplam PUKİ skorları arasındaki ilişkinin istatiksel sonuçlarını mevcuttur. Kadınların PUKİ skorları, yanlarında sigara içilmesinin verdiği rahatsızlığa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınların PUKİ skorları, sosyal ortamlarda sigara içilen/içilmeyen bölüm tercihine göre, işyerinde sigara içen arkadaş varlığına göre, sosyal ortamlarda sigara dumanına maruziyet sıklığına göre, toplu taşıma kullanma sıklığına göre bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kadınların PUKİ skorları, özel araçlarında sigara dumanına maruz kalma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın kaynağını özel aracında sigara dumanına maruz kalmayanlar ile kendisi arabadayken sigara dumanına maruz kalanlar oluşturmaktadır. Özel aracında sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama PUKİ skoru 6,34 iken kendisi arabadayken sigara dumanına maruz kalanların ortalama PUKİ skoru 8,38'dir.

Kadınların PUKİ skorları, yakınında sigara içilmesinden dolayı sağlığa ilişkin endişe duyma durumuna göre, yakınında sigara içilmesinden dolayı sağlığının olumsuz etkilenmesi durumuna göre, pasif içicilikten ve sigara dumanı maruziyetinden korunma yöntemine göre, pasif içiciliğin ne olduğunu bilme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 8: PUKİ Skorunun Pasif İçiciliğe İlişkin Yanıtlara Göre Karşılaştırılması

Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?	**n**	**μ**	**σ**	**p***
Evet	171	6,63	2,81	0,621
Hayır	3	7,00	7,00	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	**n**	**μ**	**σ**	**p****
Evet	85	6,52	2,97	
Hayır	9	8,00	3,50	0,341
Kısmen	80	6,60	2,71	

**: Student's t/Welch's t, **: ANOVA, [ab]: Farklı harfler, satırlar arası anlamlı farklılığı ifade eder.*

Tablo 8'de katılımcıların pasif sigara içiciliğine ilişkin yanıtlarına göre PUKİ skorunun analiz sonuçları mevcuttur. Kadınların PUKİ skorları, pasif içiciliğin riskleri konusundaki düşüncelerine göre ve pasif içicilik ve riskleri konusundaki bilgilerinin öz değerlendirmesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 9: PUKİ ve Alt Bileşenlerinin Günlük Ortalama Sigara Maruziyetine Göre Karşılaştırılması

Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?					
Bileşen	**Yanıt**	**n**	**μ ± σ**	**Ortanca (Enk - Enb)**	**p***
1. Öznel uyku kalitesi	Maruz Kalmıyorum	39	1,08 ± 0,74	1 (0-2)	*0,014*
	5-10 dakika	49	[a]1,16 ± 0,55	1 (0-2)	
	10 dakika-1saat	61	1,34 ± 0,57	1 (0-3)	
	1-3 saat	11	[b]1,91 ± 0,83	2 (1-3)	
	3 saatten fazla	14	1,07 ± 0,62	1 (0-2)	
2. Uyku latansı	Maruz Kalmıyorum	39	1,26 ± 0,91	1 (0-3)	0,137
	5-10 dakika	49	1,16 ± 0,8	1 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	1,39 ± 0,74	1 (0-3)	
	1-3 saat	11	1,82 ± 0,87	2 (0-3)	
	3 saatten fazla	14	1,14 ± 0,86	1 (0-3)	
3. Uyku süresi	Maruz Kalmıyorum	39	0,82 ± 0,68	1 (0-2)	0,371
	5-10 dakika	49	1,00 ± 0,87	1 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	1,03 ± 0,89	1 (0-3)	
	1-3 saat	11	1,00 ± 0,77	1 (0-2)	

	3 saatten fazla	14	1,43 ± 1,02	1,5 (0-3)	
4. Alışılmış uyku etkinliği	Maruz Kalmıyorum	39	0,44 ± 0,79	0 (0-2)	0,630
	5-10 dakika	49	0,47 ± 0,82	0 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	0,61 ± 0,99	0 (0-3)	
	1-3 saat	11	0,36 ± 0,50	0 (0-1)	
	3 saatten fazla	14	0,21 ± 0,58	0 (0-2)	
5. Uyku bozukluğu	Maruz Kalmıyorum	39	1,33 ± 0,58	1 (0-3)	0,183
	5-10 dakika	49	1,29 ± 0,54	1 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	1,34 ± 0,54	1 (0-2)	
	1-3 saat	11	1,73 ± 0,65	2 (1-3)	
	3 saatten fazla	14	1,21 ± 0,43	1 (1-2)	
6. Uyku ilacı kullanımı	Maruz Kalmıyorum	39	0,08 ± 0,48	0 (0-3)	0,319
	5-10 dakika	49	0,12 ± 0,53	0 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	0,07 ± 0,25	0 (0-1)	
	1-3 saat	11	0,27 ± 0,65	0 (0-2)	
	3 saatten fazla	14	0,00 ± 0,00	0 (0-0)	
7. Gündüz işlev bozukluğu	Maruz Kalmıyorum	39	[a]0,79 ± 0,77	1 (0-2)	*0,010*
	5-10 dakika	49	1,08 ± 0,98	1 (0-3)	
	10 dakika-1saat	61	1,28 ± 0,92	1 (0-3)	
	1-3 saat	11	[b]1,82 ± 0,98	2 (0-3)	
	3 saatten fazla	14	1,43 ± 1,02	1,5 (0-3)	
PUKİ	**Maruz Kalmıyorum**	**39**	**[a]5,79 ± 2,88**	**5 (1-12)**	***0,014***
	5-10 dakika	**49**	**6,29 ± 2,77**	**6 (2-13)**	
	10 dakika-1saat	**61**	**7,07 ± 2,63**	**7 (2-14)**	
	1-3 saat	**11**	**[b]8,91 ± 3,36**	**9 (2-15)**	
	3 saatten fazla	**14**	**6,50 ± 3,16**	**6 (2-12)**	

**ANOVA/Kruskal Wallis H*

Tablo 9'da PUKİ ve alt bileşenlerinin katılımcıların günlük ortalama sigara maruziyetine göre karşılaştırılmasının analiz sonuçları verilmiştir. Öznel uyku kalitesi bileşen skoru gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın kaynağını günde ortalama 5-10 dakika maruz kalanlar ile 1-3 saat maruz kalanlar oluşturmaktadır. Günde ortalama 5-10 dakika sigara dumanına maruz kalanların ortalama bileşen skoru 1,16 ve 1-3 saat sigara dumanına maruz kalanların ortalama bileşen skoru 1,91'dir.

Uyku latansı bileşen skoru ve uyku süresi bileşen skoru gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alışılmış uyku etkinliği bileşen skoru ve uyku bozukluğu bileşen skoru gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Farkın kaynağını maruz kalmayanlar ile 1-3 saat maruz kalanlar oluşturmaktadır. Sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama bileşen skoru 0,79 ve 1-3 saat sigara dumanına maruz kalanların ortalama bileşen skoru 1,82'dir. PUKİ skoru gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Farkın kaynağını maruz kalmayanlar ile 1-3 saat maruz kalanlar oluşturmaktadır. Sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama indeks skoru 5,79 ve 1-3 saat sigara dumanına maruz kalanların ortalama indeks skoru 8,91'dir.

Tablo 10: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Evde Sigara İçen Birey/Bireylerin Varlığına Göre Karşılaştırılması

Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?					
Bileşen	**Yanıt**	**N**	**μ ± σ**	**Ortanca (Enk - Enb)**	**p***
1. Öznel uyku kalitesi	Evet	77	1,29 ± 0,72	1 (0-3)	0,491
	Hayır	97	1,22 ± 0,6	1 (0-2)	
2. Uyku latansı	Evet	77	1,32 ± 0,8	1 (0-3)	0,775
	Hayır	97	1,29 ± 0,84	1 (0-3)	
3. Uyku süresi	Evet	77	1,01 ± 0,88	1 (0-3)	0,921
	Hayır	97	1 ± 0,83	1 (0-3)	
4. Alışılmış uyku etkinliği	Evet	77	0,44 ± 0,79	0 (0-3)	0,568
	Hayır	97	0,52 ± 0,89	0 (0-3)	
5. Uyku bozukluğu	Evet	77	1,36 ± 0,61	1 (0-3)	0,604
	Hayır	97	1,32 ± 0,51	1 (0-3)	
6. Uyku ilacı kullanımı	Evet	77	0,13 ± 0,5	0 (0-3)	0,290
	Hayır	97	0,06 ± 0,35	0 (0-3)	
7. Gündüz işlev bozukluğu	Evet	77	1,27 ± 1,01	1 (0-3)	0,164
	Hayır	97	1,07 ± 0,88	1 (0-3)	
PUKİ	**Evet**	**77**	**6,83 ± 3,05**	**7 (1-15)**	**0,419**
	Hayır	**97**	**6,47 ± 2,75**	**6 (1-12)**	

**Student's t/Welch's t/Mann-Whitney U*

Tablo 10'da katılımcıların evinde sigara içen birey/bireylerin varlığına göre PUKİ ve alt bileşenlerin analiz sonuçları verilmiştir. Öznel uyku kalitesi bileşen skoru, uyku latansı bileşen skoru, uyku süresi bileşen skoru, alışılmış uyku etkinliği bileşen skoru evde sigara içen birey varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Uyku bozukluğu bileşen skoru, gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru, PUKİ indeks skoru evde sigara içen birey varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 11: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Katılımcıların Ev Halkından Sigara İçen Bireyin Yakınlığına Göre Karşılaştırılması

Ev halkından evde sigara içen varsa kim/kimler?					
Bileşen	**Yanıt**	**N**	**μ ± σ**	**Ortanca (Enk - Enb)**	**p**
1. Öznel uyku kalitesi	Anne	12	1,17 ± 0,58	1 (0-2)	0,927
	Baba	20	1,25 ± 0,79	1 (0-3)	
	Eş	38	1,42 ± 0,72	1 (0-3)	
	Evlat	11	1,27 ± 0,79	1 (0-3)	
	Ev arkadaşı	4	1,25 ± 0,96	1,5 (0-2)	
	Diğer	14	1,21 ± 0,80	1 (0-2)	
2. Uyku latansı	Anne	12	1,00 ± 0,60	1 (0-2)	0,222
	Baba	20	1,10 ± 0,85	1 (0-3)	
	Eş	38	1,47 ± 0,89	1 (0-3)	
	Evlat	11	1,64 ± 0,50	2 (1-2)	
	Ev arkadaşı	4	1,25 ± 0,96	1,5 (0-2)	
	Diğer	14	1,21 ± 0,58	1 (0-2)	
3. Uyku süresi	Anne	12	1,08 ± 0,79	1 (0-3)	0,287
	Baba	20	0,95 ± 0,89	1 (0-3)	
	Eş	38	1,16 ± 0,89	1 (0-3)	
	Evlat	11	0,64 ± 0,67	1 (0-2)	
	Ev arkadaşı	4	1,75 ± 0,96	1,5 (1-3)	
	Diğer	14	0,93 ± 0,92	1 (0-2)	
4. Alışılmış uyku etkinliği	Anne	12	0,75 ± 1,06	0 (0-3)	0,118
	Baba	20	0,30 ± 0,57	0 (0-2)	
	Eş	38	0,55 ± 0,89	0 (0-3)	
	Evlat	11	0,00 ± 0,00	0 (0-0)	
	Ev arkadaşı	4	0,75 ± 0,5	1 (0-1)	
	Diğer	14	0,57 ± 0,94	0 (0-3)	
5. Uyku bozukluğu	Anne	12	1,33 ± 0,65	1 (0-2)	0,422
	Baba	20	1,20 ± 0,52	1 (0-2)	
	Eş	38	1,47 ± 0,6	1 (1-3)	
	Evlat	11	1,45 ± 0,52	1 (1-2)	
	Ev arkadaşı	4	1,00 ± 0,00	1 (1-1)	
	Diğer	14	1,43 ± 0,65	1,5 (0-2)	
6. Uyku ilacı kullanımı	Anne	12	0,00 ± 0,00	0 (0-0)	0,455
	Baba	20	0,05 ± 0,22	0 (0-1)	
	Eş	38	0,24 ± 0,68	0 (0-3)	
	Evlat	11	0,09 ± 0,30	0 (0-1)	
	Ev arkadaşı	4	0,00 ± 0,00	0 (0-0)	
	Diğer	14	0,00 ± 0,00	0 (0-0)	
7. Gündüz işlev bozukluğu	Anne	12	1,08 ± 0,90	1 (0-2)	0,907
	Baba	20	1,45 ± 1,15	1 (0-3)	
	Eş	38	1,24 ± 1,02	1 (0-3)	
	Evlat	11	1,45 ± 1,04	1 (0-3)	
	Ev arkadaşı	4	1,5 ± 0,58	1,5 (1-2)	
	Diğer	14	1,36 ± 1,01	1 (0-3)	

PUKİ	Anne	12	6,42 ± 2,81	6,5 (2-11)	0,661
	Baba	20	6,30 ± 3,15	6 (2-12)	
	Eş	38	7,55 ± 3,16	7 (1-15)	
	Evlat	11	6,55 ± 2,77	6 (4-12)	
	Ev arkadaşı	4	7,50 ± 3,11	7,5 (4-11)	
	Diğer	14	6,71 ± 2,61	7,5 (2-10)	

**ANOVA/Kruskal Wallis H*

Tablo 11'de katılımcıların evinde sigara içen bireyin yakınlığına göre PUKİ ve alt bileşenlerin analiz sonuçları verilmiştir. Öznel uyku kalitesi bileşen skoru, uyku latansı bileşen skoru, uyku süresi bileşen skoru, alışılmış uyku etkinliği bileşen skoru ev halkından sigara içen bireyin yakınlığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Uyku bozukluğu bileşen skoru, gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru, PUKİ indeks skoru ev halkından sigara içen bireyin yakınlığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 12: PUKİ ve Alt Bileşenlerin Evde Günlük İçilen Sigara Sayısına Göre Karşılaştırılması

Cevabınız evetse evde günlük içilen sigara sayısı ne kadar?					
Bileşen	**Yanıt**	**N**	**μ ± σ**	**Ortanca (Enk - Enb)**	**p**
1. Öznel uyku kalitesi	1-9 adet	41	1,15 ± 0,69	1 (0-3)	0,303
	10-19 adet	22	1,36 ± 0,66	1 (0-3)	
	20-29 adet	8	1,63 ± 0,74	1,5 (1-3)	
	30 adetten fazla	6	1,5 ± 1,05	1,5 (0-3)	
2. Uyku latansı	1-9 adet	41	1,22 ± 0,88	1 (0-3)	0,099
	10-19 adet	22	1,41 ± 0,59	1 (0-2)	
	20-29 adet	8	1,88 ± 0,64	2 (1-3)	
	30 adetten fazla	6	1,00 ± 0,89	1 (0-2)	
3. Uyku süresi	1-9 adet	41	0,88 ± 0,93	1 (0-3)	0,354
	10-19 adet	22	1,09 ± 0,75	1 (0-2)	
	20-29 adet	8	1,13 ± 0,83	1 (0-3)	
	30 adetten fazla	6	1,50 ± 1,05	1,5 (0-3)	
4. Alışılmış uyku etkinliği	1-9 adet	41	0,49 ± 0,81	0 (0-3)	0,850
	10-19 adet	22	0,45 ± 0,86	0 (0-3)	
	20-29 adet	8	0,25 ± 0,46	0 (0-1)	
	30 adetten fazla	6	0,33 ± 0,82	0 (0-2)	
5. Uyku bozukluğu	1-9 adet	41	1,27 ± 0,63	1 (0-3)	0,454
	10-19 adet	22	1,45 ± 0,51	1 (1-2)	
	20-29 adet	8	1,63 ± 0,74	1,5 (1-3)	
	30 adetten fazla	6	1,33 ± 0,52	1 (1-2)	

6. Uyku ilacı kullanımı	1-9 adet	41	0,07 ± 0,35	0 (0-2)	0,165
	10-19 adet	22	0,05 ± 0,21	0 (0-1)	
	20-29 adet	8	0,63 ± 1,19	0 (0-3)	
	30 adetten fazla	6	0,17 ± 0,41	0 (0-1)	
7. Gündüz işlev bozukluğu	1-9 adet	41	0,93 ± 1,01	1 (0-3)	0,066
	10-19 adet	22	1,50 ± 0,80	1,5 (0-3)	
	20-29 adet	8	1,88 ± 0,83	2 (1-3)	
	30 adetten fazla	6	2,00 ± 1,10	2 (0-3)	
PUKİ	**1-9 adet**	**41**	**[a]6,00 ± 3,18**	**6 (1-14)**	***0,037***
	10-19 adet	**22**	**7,32 ± 1,96**	**7 (4-11)**	
	20-29 adet	**8**	**[b]9,00 ± 3,42**	**9 (4-15)**	
	30 adetten fazla	**6**	**7,83 ± 3,6**	**8 (4-12)**	

**ANOVA/Kruskal Wallis H*

Tablo 12'de katılımcıların evinde içilen günlük sigara sayısına göre PUKİ ve alt bileşenlerin analiz sonuçları verilmiştir. Öznel uyku kalitesi bileşen skoru, uyku latansı bileşen skoru, uyku süresi bileşen skoru, alışılmış uyku etkinliği bileşen skoru, uyku bozukluğu bileşen skoru, gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru evde günlük içilen sigara sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

PUKİ skoru evde günlük içilen sigara sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Farkın kaynağını evde günlük 1-9 adet sigara içilmesi ile 20-29 adet sigara içilmesi oluşturmaktadır. Evinde günlük 1-9 adet sigara içilenlerin ortalama indeks soru 6,00 ve 20-29 adet sigara içilenlerin ortalama indeks skoru 9,00'dır.

Tablo 13: Katılımcıların Yaş Grubu İle Pasif İçicilik İlişkisinin Karşılaştırılması

Yaş grubu	**20-30**		**31-40**		**41-50**		**51-65**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	4	4,7	9	28,1	8	44,4	18	46,2	39	22,4	
5-10 dakika	29	34,1	6	18,8	4	22,2	10	25,6	49	28,2	
10 dakika-1saat	37	43,5	12	37,5	6	33,3	6	15,4	61	35,1	*0,001*
1-3 saat	5	5,9	2	6,3	0	0,0	4	10,3	11	6,3	
3 saatten fazla	10	11,8	3	9,4	0	0,0	1	2,6	14	8,0	
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	35	41,2	17	53,1	10	55,6	15	38,5	77	44,3	
Hayır	50	58,8	15	46,9	8	44,4	24	61,5	97	55,7	0,426
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	

Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	69	81,2	27	84,4	18	100,0	33	84,6	147	84,5	
Hayır	16	18,8	5	15,6	0	0,0	6	15,4	27	15,5	0,260
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	65	76,5	27	84,4	17	94,4	34	87,2	143	82,2	
Hayır	20	23,5	5	15,6	1	5,6	5	12,8	31	17,8	0,211
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	85	100,0	31	96,9	17	94,4	31	79,5	164	94,3	
Hayır	0	0,0	1	3,1	1	5,6	8	20,5	10	5,7	*0,000*
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	85	100,0	31	96,9	17	94,4	38	97,4	171	98,3	
Hayır	0	0,0	1	3,1	1	5,6	1	2,6	3	1,7	0,119
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	41	48,2	15	46,9	9	50,0	20	51,3	85	48,9	
Hayır	3	3,5	1	3,1	1	5,6	4	10,3	9	5,2	0,763
Kısmen	41	48,2	16	50,0	8	44,4	15	38,5	80	46,0	
Toplam	85	100,0	32	100,0	18	100,0	39	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 13'de katılımcıların yaş grubu ile pasif içicilik ilişkisi karşılaştırılmıştır. Yaş grubu ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). Sigara dumanına maruz kalmayanların oranı 20-30 yaş grubunda % 4,7, 31-40 yaş grubunda % 28,1, 41-50 yaş grubunda % 44,4 ve 51-65 yaş grubunda % 46,2'dir. Yaş arttıkça sigara dumanına maruz kalmayanların oranının arttığı saptanmıştır.

Yaş grubu ile ev halkından sigara içen birey varlığı arasında, yanında sigara içilmesinden rahatsızlık duyma arasında, yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaş grubu ile pasif içiciliğin ne olduğunu bilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). 20-30 yaş grubundaki kadınların % 100'ü, 31-40 yaş grubundaki kadınların % 96,9'u, 41-50 yaş grubundaki kadınların % 94,4'ü ve 51-65 yaş grubundaki kadınların %

79,5'i pasif içiciliğin ne olduğunu bildiğini ifade etmiştir. Yaş arttıkça pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu bilme oranında azalma olduğu saptandı. Yaş grubu ile pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme, pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Durumu İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması

Eğitim durumu	**İlköğretim ve altı**		**Lise**		**Üniversite**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	7	41,2	13	39,4	19	15,3	39	22,4	
5-10 dakika	2	11,8	8	24,2	39	31,5	49	28,2	
10 dakika-1saat	5	29,4	9	27,3	47	37,9	61	35,1	0,065
1-3 saat	1	5,9	1	3,0	9	7,3	11	6,3	
3 saatten fazla	2	11,8	2	6,1	10	8,1	14	8,0	
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	9	52,9	18	54,5	50	40,3	77	44,3	
Hayır	8	47,1	15	45,5	74	59,7	97	55,7	0,276
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	15	88,2	30	90,9	102	82,3	147	84,5	
Hayır	2	11,8	3	9,1	22	17,7	27	15,5	0,494
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	14	82,4	29	87,9	100	80,6	143	82,2	
Hayır	3	17,6	4	12,1	24	19,4	31	17,8	0,652
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	9	52,9	31	93,9	124	100,0	164	94,3	
Hayır	8	47,1	2	6,1	0	0,0	10	5,7	*0,000*
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	15	88,2	33	100,0	123	99,2	171	98,3	
Hayır	2	11,8	0	0,0	1	0,8	3	1,7	*0,042*
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	

Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	6	35,3	12	36,4	67	54,0	85	48,9	*0,000*
Hayır	5	29,4	1	3,0	3	2,4	9	5,2	
Kısmen	6	35,3	20	60,6	54	43,5	80	46,0	
Toplam	17	100,0	33	100,0	124	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 14'te katılımcıların eğitim durumlarına göre bazı pasif içicilik durumları ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları gösterilmiştir. Eğitim durumu ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi, ev halkından sigara içen birey varlığı, yanında sigara içilmesinden rahatsızlık duyma durumu, yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Eğitim durumu ile pasif içiciliğin ne olduğunu bilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). İlköğretim ve altı düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 52,9'u, lise düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 93,9'u ve üniversite düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 100'ü pasif içiciliğin ne olduğunu bildiğini ifade etmiştir.

Eğitim durumu ile pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). İlköğretim ve altı düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 11,8'i pasif içiciliğin risklerinin olmadığını bildirmişken bu oran üniversite mezunları için % 0,8'dir. Eğitim durumu ile pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). İlköğretim ve altı düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 35,3'ü, lise düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 36,4'ü ve üniversite düzeyinde eğitim görmüş kadınların % 54'ü pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların Meslekleri İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması

Meslek durumu	**Çalışan**		**Öğrenci**		**Ev hanımı**		**Emekli**		**İşsiz/çalışmıyor**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	14	17,7	1	3,0	15	38,5	6	40,0	3	37,5	39	22,4	*0,012*
5-10 dakika	27	34,2	7	21,2	9	23,1	4	26,7	2	25,0	49	28,2	
10 dakika-1saat	29	36,7	17	51,5	9	23,1	3	20,0	3	37,5	61	35,1	
1-3 saat	4	5,1	2	6,1	3	7,7	2	13,3	0	0,0	11	6,3	
3 saatten fazla	5	6,3	6	18,2	3	7,7	0	0,0	0	0,0	14	8,0	
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	

Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	30	38,0	13	39,4	20	51,3	8	53,3	6	75,0	77	44,3	
Hayır	49	62,0	20	60,6	19	48,7	7	46,7	2	25,0	97	55,7	0,210
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	71	89,9	24	72,7	35	89,7	9	60,0	8	100,0	147	84,5	
Hayır	8	10,1	9	27,3	4	10,3	6	40,0	0	0,0	27	15,5	*0,010*
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	65	82,3	25	75,8	34	87,2	12	80,0	7	87,5	143	82,2	
Hayır	14	17,7	8	24,2	5	12,8	3	20,0	1	12,5	31	17,8	0,779
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	79	100,0	33	100,0	32	82,1	12	80,0	8	100,0	164	94,3	
Hayır	0	0,0	0	0,0	7	17,9	3	20,0	0	0,0	10	5,7	*0,000*
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	78	98,7	33	100,0	37	94,9	15	100,0	8	100,0	171	98,3	
Hayır	1	1,3	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0,533
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	44	55,7	13	39,4	17	43,6	8	53,3	3	37,5	85	48,9	
Hayır	1	1,3	3	9,1	4	10,3	1	6,7	0	0,0	9	5,2	0,295
Kısmen	34	43,0	17	51,5	18	46,2	6	40,0	5	62,5	80	46,0	
Toplam	79	100,0	33	100,0	39	100,0	15	100,0	8	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 15'te katılımcıların mesleklerine göre bazı pasif içicilik durumları ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Meslek durumu ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin % 18,2'si günde 3 saatten fazla sigara dumanına maruz kalırken bu oran ev hanımları için % 7,7 , çalışanlar için % 6,3 ve emekliler için % 0'dır.

Meslek durumu ile ev halkından sigara içen birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Meslek durumu ile yanında sigara içilmesinin rahatsızlık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışanların %10,1'i ve ev hanımlarının % 10,3'ü

yanında sigara içilmesinden rahatsız olmadığını ifade etmişken bu oran öğrenciler için % 27,3, emekliler için % 40'tır.

Meslek durumu ile yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Meslek durumu ile pasif içiciliğin ne olduğunu bilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Çalışanların ve öğrencilerin %100'ü pasif içiciliğin ne olduğunu bildiğini ifade etmişken ev hanımlarının % 17,9'u ve emeklilerin % 20'si pasif içiciliğin ne olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Meslek durumu ile pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme, pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 16: Katılımcıların Medeni Durumları İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması

Medeni durum	**Evli**		**Bekar**		**Dul/boşanmış**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	30	31,3	6	8,5	3	42,9	39	22,4	
5-10 dakika	28	29,2	20	28,2	1	14,3	49	28,2	
10 dakika-1saat	25	26,0	35	49,3	1	14,3	61	35,1	*0,003*
1-3 saat	7	7,3	4	5,6	0	0,0	11	6,3	
3 saatten fazla	6	6,3	6	8,5	2	28,6	14	8,0	
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	47	49,0	25	35,2	5	71,4	77	44,3	
Hayır	49	51,0	46	64,8	2	28,6	97	55,7	0,078
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	84	87,5	58	81,7	5	71,4	147	84,5	
Hayır	12	12,5	13	18,3	2	28,6	27	15,5	0,273
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	79	82,3	60	84,5	4	57,1	143	82,2	
Hayır	17	17,7	11	15,5	3	42,9	31	17,8	0,297
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*

Evet	89	92,7	70	98,6	5	71,4	164	94,3	
Hayır	7	7,3	1	1,4	2	28,6	10	5,7	*0,018*
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	94	97,9	71	100,0	6	85,7	171	98,3	
Hayır	2	2,1	0	0,0	1	14,3	3	1,7	0,061
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	50	52,1	33	46,5	2	28,6	85	48,9	
Hayır	5	5,2	3	4,2	1	14,3	9	5,2	0,483
Kısmen	41	42,7	35	49,3	4	57,1	80	46,0	
Toplam	96	100,0	71	100,0	7	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 16'da katılımcıların medeni durumları ile bazı pasif içicilik durumları ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Medeni durum ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin % 31,3'ü sigara dumanına maruz kalmazken bekarlar için bu oran % 8,5'tir.

Medeni durum ile ev halkından sigara içen birey varlığı, yanında sigara içilmesinden rahatsızlık duyma durumu, yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum ile pasif içiciliğin ne olduğunu bilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bekarların % 1,4'ü, evlilerin % 7,3'ü ve dul/boşanmışların % 28,6'sı pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Medeni durum ile pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme, pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Katılımcıların Yaşadığı Bölge İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması

Yaşanılan bölge	**Kentsel**		**Kırsal**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	39	23,2	0	0,0	39	22,4	
5-10 dakika	46	27,4	3	50,0	49	28,2	
10 dakika-1saat	60	35,7	1	16,7	61	35,1	0,167
1-3 saat	10	6,0	1	16,7	11	6,3	
3 saatten fazla	13	7,7	1	16,7	14	8,0	
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	73	43,5	4	66,7	77	44,3	
Hayır	95	56,5	2	33,3	97	55,7	0,408
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	142	84,5	5	83,3	147	84,5	
Hayır	26	15,5	1	16,7	27	15,5	1,000
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	138	82,1	5	83,3	143	82,2	
Hayır	30	17,9	1	16,7	31	17,8	1,000
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	162	96,4	2	33,3	164	94,3	
Hayır	6	3,6	4	66,7	10	5,7	*0,000*
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	167	99,4	4	66,7	171	98,3	
Hayır	1	0,6	2	33,3	3	1,7	*0,003*
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?							
	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	83	49,4	2	33,3	85	48,9	
Hayır	6	3,6	3	50,0	9	5,2	*0,002*
Kısmen	79	47,0	1	16,7	80	46,0	
Toplam	168	100,0	6	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 17'de katılımcıların yaşadığı bölge ile bazı pasif içicilik durumları ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Yaşanılan bölge ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi, ev halkından sigara içen birey varlığı , yanında sigara içilmesinden rahatsızlık duyma durumu , yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşanılan bölge ile pasif içiciliğin ne olduğunu bilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kentsel bölgelerde yaşayanların % 96,4'ü pasif içiciliğin ne olduğunu bildiğini ifade etmişken kırsal bölgelerde yaşayanlar için bu oran % 33,3'tür.

Yaşanılan bölge ile pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kentsel bölgelerde yaşayanların % 99'4'ü pasif içiciliğin riskleri olduğunu ifade etmişken kırsal bölgelerde yaşayanlar için bu oran % 66,7'dir.

Yaşanılan bölge ile pasif içicilik ve riskleriyle ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kentsel bölgelerde yaşayanların % 3,6'sı pasif içicilik ve riskleri konusunda bilgi sahibi olmadığını ifade ederken kırsal bölgelerde yaşayanlar için bu oran % 50'dir.

Tablo 18: Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Pasif İçicilik Durumlarının Karşılaştırılması

Gelir durumu	**Bir asgari ücret veya altı**		**Bir-üç asgari ücret arası**		**Üç asgari ücretten fazla**		**Toplam**		
Gün içerisinde ortalama ne kadar süre sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Maruz kalmıyorum	10	21,3	19	25,7	10	18,9	39	22,4	
5-10 dakika	7	14,9	31	41,9	11	20,8	49	28,2	
10 dakika-1saat	19	40,4	17	23,0	25	47,2	61	35,1	
1-3 saat	4	8,5	4	5,4	3	5,7	11	6,3	*0,010*
3 saatten fazla	7	14,9	3	4,1	4	7,5	14	8,0	
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Ev halkından evde sigara içen birileri var mı?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	23	48,9	32	43,2	22	41,5	77	44,3	
Hayır	24	51,1	42	56,8	31	58,5	97	55,7	0,737
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesi sizi rahatsız ediyor mu?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	39	83,0	60	81,1	48	90,6	147	84,5	
Hayır	8	17,0	14	18,9	5	9,4	27	15,5	0,344
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Yanınızda sigara içilmesinden dolayı, kendi sağlığınızdan endişe duyuyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	38	80,9	61	82,4	44	83,0	143	82,2	
Hayır	9	19,1	13	17,6	9	17,0	31	17,8	0,957
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliğinin ne olduğunu biliyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	43	91,5	70	94,6	51	96,2	164	94,3	
Hayır	4	8,5	4	5,4	2	3,8	10	5,7	0,652
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Sizce pasif sigara içiciliğinin riskleri var mıdır?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	45	95,7	73	98,6	53	100,0	171	98,3	
Hayır	2	4,3	1	1,4	0	0,0	3	1,7	0,251
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	
Pasif sigara içiciliği ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Evet	23	48,9	31	41,9	31	58,5	85	48,9	
Hayır	3	6,4	5	6,8	1	1,9	9	5,2	
Kısmen	21	44,7	38	51,4	21	39,6	80	46,0	0,368
Toplam	47	100,0	74	100,0	53	100,0	174	100,0	

**Ki-kare/Fisher exact*

Tablo 18'de katılımcıların gelir düzeyleri ile bazı pasif içicilik durumları ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Gelir durumu ile günlük sigara dumanına maruz kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Üç asgari ücretten fazla gelire sahip olanların % 7,5'i günde ortalama 3 saatten fazla sigara dumanına maruz kalıyorken bir asgari ücret veya daha altında gelire sahip olanlar arasında bu oran % 14,9'dur.

Gelir durumu ile ev halkından sigara içen birey varlığı, yanında sigara içilmesinden rahatsızlık duyma durumu, yanında sigara içilmesi nedeniyle duyulan endişe, pasif içiciliğin ne olduğunu bilme, pasif içiciliğin risklerinin varlığını düşünme, pasif içicilik ve riskleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Tütün dumanına maruziyet, sadece sigara içen bireylerin değil, çevresindeki pasif içicilerin de sağlığını ciddi biçimde tehdit eden küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre pasif sigara dumanı, yılda yaklaşık 1,2 milyon kişinin ölümünden sorumludur ve bu bireylerin çoğunu kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır (8). Son yıllarda pasif içiciliğin yalnızca solunum ve kardiyovasküler sistem üzerinde değil, uyku sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yarattığına dair bulgular artmaktadır (52). Uyku, bağışıklık sisteminden nöropsikiyatrik işlevlere kadar çok sayıda fizyolojik süreci etkileyen temel bir sağlık göstergesidir. Ancak, pasif sigara maruziyeti ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, kadın bireylerde pasif sigara içiciliği ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi çok boyutlu olarak ele alarak, çevresel maruziyetin biyopsikososyal sonuçlarına ışık tutmayı amaçlamaktadır. Bulgular, kadınların günlük yaşam alanlarında sigara dumanına ne ölçüde maruz kaldığını ve bu maruziyetin uyku kalitesi üzerindeki etkilerini detaylı biçimde ortaya koymaktadır.

5.1. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA İÇİCİLİK DURUMLARININ İNCELENMESİ VE TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kadınların pasif sigara dumanına en sık maruz kaldığı yerler sırasıyla sosyal ortamlar %71, ev %16, iş yeri %10 ve okul %3 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, özellikle sosyal yaşamın yoğun olduğu toplum kesimlerinde sigara dumanına maruziyetin önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir. Benzer şekilde Özcebe ve ark. tarafından Türkiye genelinde yürüttüğü çalışmada da bireylerin en çok sosyal alanlarda (kafeler, restoranlar vb.) pasif sigara dumanına maruz kaldıkları, ev ortamının ise ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (6). Ayrıca, Akçay ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada da kadın katılımcıların sigara dumanına en sık arkadaş ortamlarında ve kapalı sosyal mekanlarda maruz kaldıkları vurgulanmıştır (55). Bizim çalışmamızda elde edilen yüksek oranlı sosyal ortam maruziyeti, bireylerin kendi tercihlerine rağmen çevresel etkenlerden dolayı sağlıksız koşullara maruz kalmaya devam ettiklerini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sigara içilmeyen alanların daha etkin denetlenmesi ve toplumsal farkındalığın artırılması gerekmektedir. Çalışmamızda kadın katılımcıların %44'ünün yaşadıkları evde sigara içen bireylerin bulunduğu, %56'sının ise

ev içi sigara maruziyetine maruz kalmadığı belirlenmiştir. Sigara içen ev halkı içinde ilk sırada eşler %38 yer alırken, bunu sırasıyla baba %20, anne %12, evlat %11, ev arkadaşı %4 ve diğer bireyler %14 izlemiştir. Bu sonuç, ev içi pasif içiciliğin önemli bir kısmının aile bireylerinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Günay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kadınların yaklaşık %42'sinin ev ortamında pasif sigara dumanına maruz kaldığı bildirilmiş ve evde sigara içenlerin başında eşlerin geldiği vurgulanmıştır (56). Uluslararası düzeyde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin Zhou ve arkadaşları Çin'de yaptıkları bir çalışmada, evli kadınların yaklaşık %50'sinin eşlerinin sigara içmesi nedeniyle ev içinde pasif maruziyete uğradığını, bu durumun özellikle akşam saatlerinde kapalı ortamda daha yoğun yaşandığını belirtmiştir (57). Ev ortamı, bireyin kontrolünün en az olduğu ancak en uzun süre vakit geçirdiği alanlardan biridir ve bu nedenle ev içi tütün maruziyeti, pasif içiciliğin en kritik boyutlarından biridir. Kadınların ve çocukların korunması için, ev içi sigara kullanımını önlemeye yönelik farkındalık çalışmalarını da içeren halk sağlığı müdahaleleri büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda kadınların %52'sinin kendi arkadaşları veya iş arkadaşları tarafından sigara dumanına maruz bırakıldığı belirlenmiştir. Bunu sırasıyla eş/sevgili %22, ebeveynler %11, evlatlar %2 ve diğer kişiler %12 izlemektedir. Bu bulgu, kadınların sosyal çevre kaynaklı pasif içicilik riskinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Sigara dumanına maruziyetin yalnızca aile ortamı ile sınırlı kalmadığı, çalışma ortamı ve arkadaş çevresinde de yoğun şekilde sürdüğü görülmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak Demiralay ve Eker tarafından yapılan çalışmada da iş yerinde sigara içen iş arkadaşlarının, kadın katılımcıların %48'inin sigara dumanına maruz kalmasına neden olduğu bildirilmiştir (58). Bu durum, çalışan kadınların maruziyet açısından önemli bir risk grubunda olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle çalışma yaşamında geçirilen sürenin uzunluğu ve sosyal çevrenin genişliği göz önünde bulundurulduğunda, iş yerleri ve toplu sosyal alanlarda pasif içiciliğin önlenmesine yönelik yapısal ve davranışsal müdahalelerin artırılması, kadın sağlığının korunmasında önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

Kadınların %82'si sosyal ortamlara girdiğinde sigara içilen ya da içilmeyen bölümün bulunması halinde sigara içilmeyen bölümü tercih ettiğini bildirmiştir. Kadınların %74'ü işyerindeki çalışma arkadaşlarından sigara içen bireyler olduğunu

ifade etmişken %26'sı sigara içen birey olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada kadın katılımcıların %12'si sosyal ortamlarda sigara dumanına her gün, %32'si haftada birkaç kez, %34'ü ayda birkaç kez maruz kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların yalnızca %22'si sosyal ortamlarda sigara dumanına hiç maruz kalmadığını belirtmiştir. Bu bulgular, sosyal alanlarda sigara dumanına maruziyetin hâlâ yüksek oranlarda devam ettiğini ve kadınların bu maruziyete sık aralıklarla maruz kaldığını göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının Güney Kore'de yürüttüğü bir çalışmada, kadınların %33'ünün haftada birkaç kez toplu sosyal ortamlarda sigara dumanına maruz kaldığı, özellikle genç kadınların bu maruziyet düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (59). Bu bulgular, sosyal ortamlardaki pasif sigara maruziyetinin hem yaygın hem de süreklilik gösterdiğini ortaya koymakta olup, bu durumun kadınların yaşam kalitesi ve uyku sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği göz önünde bulundurularak, toplu yaşam alanlarında tütün kontrol politikalarının daha etkin uygulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların %82'si yanında sigara içilmesinden dolayı sağlığından endişe etmekteyken % 18'i etmemektedir. Özellikle kadınların daha sık bulunduğu sosyal alanlarda (kafeler, arkadaş ortamları, sosyal etkinlikler) sigara içme yasağına uyumun artırılması, hem pasif içicilik oranlarının hem de buna bağlı sağlık risklerinin azaltılmasında önemli bir adım olacaktır.

5.2. KATILIMCILARIN PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ İLE İLGİLİ FARKINDALIKLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kadın katılımcıların %29'u, yakın çevresinde sigara içilmesinin sağlıklarını olumsuz etkilemediğini düşünürken, %31'i olumsuz etkilediğini belirtmiş, %40'ı ise bu konuda kararsız veya bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durum, pasif sigara maruziyetine ilişkin farkındalık düzeyinin toplumsal düzeyde halen yeterli olmadığını göstermektedir. Nitekim bir toplum sağlığı araştırmasında da, kadınların yalnızca %35'inin pasif içiciliğin kalp hastalıkları ve solunum yolu rahatsızlıkları gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği konusunda bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir (60). Katılımcıların yaklaşık %38'inin pasif içiciliğin zararlı olup olmadığına dair bir fikrinin olmaması, benzer şekilde farkındalık eksikliğini ortaya koymaktadır. Öte yandan, bu çalışmada kadınların %94'ü pasif içiciliğin tanımını bildiğini, %98'i ise sağlık açısından risk taşıdığını düşündüğünü ifade etmiştir. Ancak, bilgi düzeyine ilişkin ayrıntılar incelendiğinde, %49'unun yeterli bilgiye sahip olduğu, %46'sının kısmen bilgi sahibi

olduğu ve %5'inin konuya dair bilgisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, her ne kadar temel düzeyde bir farkındalık mevcut olsa da, pasif sigara içiciliğinin sağlık üzerindeki etkileri konusunda derinlemesine bilgi eksikliğinin sürdüğünü ve eğitici müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

5.3. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) TOPLAM PUANI VE ALT BİLEŞENLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) skor ortalaması 6,63 olarak saptanmış, bu da ≥5 puan eşiğine göre katılımcıların %63'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %37'si ise iyi uyku kalitesine sahiptir. Bu bulgu, kadınların büyük bir kısmında uyku kalitesinin bozulduğunu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Kalaycıoğlu ve Uzun'un çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada PUKİ ortalaması 6,45 ± 2,19 olup, %61 oranında kötü uyku kalitesi bildirilmiştir (63). Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir başka çalışmada ise Ersin ve Bahar, PUKİ ortalamasını 5,84 ± 2,65 ve kötü uyku kalitesi oranını %42 olarak bildirmiştir (67). Bu çalışmadaki oran, bizim bulgularımıza göre daha düşük olmakla birlikte, bu farklılık örneklem gruplarının yaşam tarzları, stres düzeyleri veya çevresel koşullardan (örneğin pasif sigara maruziyeti) etkilenme durumlarıyla açıklanabilir. Uluslararası düzeyde, Sreeramareddy ve arkadaşlarının Nepal'de kadınlarla yaptığı çalışmada PUKİ ortalaması 7,1 ± 3,1 olarak bulunmuş ve katılımcıların %68'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (68). Bu oran, bizim çalışmamızdaki %63'lük oranla oldukça benzerdir. Elde edilen tüm bu bulgular, uyku kalitesinin kadınlar için önemli bir halk sağlığı göstergesi olduğunu ve çevresel faktörlerin (özellikle pasif sigara dumanı, psikolojik stres, sosyal roller ve yaşam yükü gibi değişkenlerin) bu kaliteyi önemli ölçüde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, uyku sağlığını iyileştirmeye yönelik yaklaşımların benimsenmesi ve koruyucu sağlık programlarının yaygınlaştırılması halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamızda PUKİ kullanılarak değerlendirilen öznel uyku kalitesi bileşeninde kadın katılımcıların %10'u uyku kalitesini çok iyi, %58'i oldukça iyi, %30'u oldukça kötü ve %2'si ise çok kötü olarak tanımlamıştır. Bu değer, PUKİ değerlendirme sistemine göre katılımcıların öznel uyku kalitesinin genel olarak orta düzeyde olduğunu, ancak önemli bir kesimin (%32) uyku kalitesini olumsuz değerlendirdiğini göstermektedir.

Demirci ve ark. üniversite öğrencisi kadınlarla yürüttükleri bir çalışmada , katılımcıların %33'ü uyku kalitesini düşük olarak değerlendirmiştir (61). Luo ve ark. tarafından Çin'de yürütülen çalışmada kadın katılımcıların öznel uyku kalitesini düşük olarak tanımlayanların oranı %27'dir (62). Bu veriler ışığında değerlendirildiğinde, çalışmamızda öznel uyku kalitesini düşük olarak tanımlayan kadın oranının (%32) literatürdeki benzer çalışmalarla örtüştüğü, ancak maruz kalınan çevresel stresörlerin (örneğin pasif sigara dumanı) bu oranı etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle uyku kalitesini düşüren çevresel faktörlerin belirlenmesi ve azaltılması, kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda kadın katılımcıların %32'si gece uyku süresinin 7 saatten fazla olduğunu belirtirken, %39'u 6–7 saat arası, %3'ü 5–6 saat arası ve %26'sı ise 5 saatten daha az uyuduğunu ifade etmiştir. Uyku süresi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların yaklaşık üçte birinin önerilen 7–9 saatlik uyku süresine ulaşamadığı ve bu durumun uyku kalitesi ile genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, Kalaycıoğlu ve ark. tarafından çalışan kadınlarla yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %35'i gece 6 saatten az uyuduklarını, %42'si ise 6–7 saat uyuduklarını bildirmiştir. Yalnızca %23'ü 7 saatten fazla uyku süresine sahip olduğu saptanmış (63). Bu veriler, çalışmamızdaki uyku süresi dağılımına yakın olup, kadınların yoğun yaşam temposu, stres ve çevresel faktörler nedeniyle yeterli uyku süresine ulaşamadığı düşünülmüştür. Çalışmamızda kadınların alışılmış uyku etkinliği değerlendirildiğinde, %70'inin alışılmış uyku etkinliği oranının %85 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %16'sı %75–84 arasında, %9'u %65–74 arasında, ve %5'i ise %65'ten az uyku etkinliği seviyelerine sahiptir. Bu bulgu, kadınların çoğunluğunun yatakta geçirdikleri zamanı verimli şekilde uykuya dönüştürebildiklerini ancak bir kısmının uyku etkinliği açısından düşük performans gösterdiğini ortaya koymaktadır. Uyku etkinliğinin yüksek olması, uyku kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Cappuccio ve ark. tarafından yapılan büyük bir çalışmada, uyku etkinliği %85'in üzerinde olan katılımcıların oranı %68, %65–84 arasındaki oran ise %20 civarındadır. Düşük uyku etkinliği gösterenlerin oranı %12 olarak bulunmuştur (64). Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermekte ve uyku etkinliğinin sağlıkla olan ilişkisini vurgulamaktadır. Yüksek uyku etkinliği, uyku kalitesinin arttığına işaret ederken, düşük uyku etkinliği genellikle uyku bozuklukları veya yetersiz uyku kalitesine bağlı sorunlarla ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda da %30'un üzerinde bir grup, uyku etkinliği açısından düşük seviyelere düşmekte, bu da

uyku kalitesinin iyileştirilmesi gerektiğini ve çevresel etkenlerin (örneğin pasif sigara maruziyeti) uyku etkinliğini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların yalnızca %2'si hiç uyku bozukluğu yaşamadığını ifade ederken, %63'ü haftada bir kereden az, %33'ü haftada 1–2 kez ve %2'si haftada en az 3 kez uyku bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca, kadınların büyük bir çoğunluğu %94'ü hiç uyku ilacı kullanmadığını belirtmiş, sadece %6'lık bir grup değişen sıklıklarda uyku ilacı kullandığını ifade etmiştir. Uyku ilacı kullanım oranı haftada 1'den az olanlarda %4, haftada 1–2 kez ve haftada 3 kez ya da daha sık olanlarda ise %1 oranında bulunmuştur. 2017'de Yılmaz ve Tan tarafından yapılan bir çalışmada kadın katılımcıların %61'inin zaman zaman uykuya dalmakta güçlük yaşadığı, %32'sinin ise düzenli olarak uyku bölünmeleri yaşadığı bildirilmiştir (65). Yine yapılmış başka bir çalışmada kadınların %7'si çeşitli nedenlerle düzenli olarak reçeteli ya da reçetesiz uyku ilacı kullandığını belirtmiştir (66). Bizim çalışmamızda da %6'lık bir kesimin uyku ilacı kullandığı görülmekte, bu oranlar literatürdeki verilerle benzerlik göstermektedir. Uyku ilacı kullanımının düşük olmasının, bireylerin ilaç dışı baş etme yöntemlerini tercih etmeleriyle ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

5.4. UYKU KALİTESİ İLE PASİF SİGARA MARUZİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, kadın katılımcıların PUKİ skorları ile günlük pasif sigara dumanına maruz kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın temel kaynağı, hiç maruz kalmayan bireyler ile 1–3 saat maruz kalan bireyler arasında gözlenmiştir. Hiç maruz kalmayan kadınların PUKİ skor ortalaması 5,79 iken, 1–3 saat maruz kalan kadınlarda bu skor 8,91'e yükselmiştir. Bu bulgu, sigara dumanına maruz kalma süresi arttıkça uyku kalitesinin anlamlı biçimde bozulduğunu göstermektedir. Kim ve ark. tarafından Güney Kore'de yapılan bir çalışmada da , pasif sigara dumanına maruz kalan kadınların PUKİ skorları, maruz kalmayanlara kıyasla belirgin olarak yüksek bulunmuş ve uyku kalitesinin önemli ölçüde düştüğü bildirilmiştir (69). Sivri ve Ayaz tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, pasif içicilik ile PUKİ skorları arasında pozitif korelasyon bulunmuş, özellikle ev ortamında maruz kalan kadınlarda ortalama skor 7,82 olarak rapor edilmiştir (70). Bu bulgular çalışmamız ile benzerdir. Bazı çalışmalarda pasif sigara dumanı ile uyku kalitesi arasındaki ilişki net biçimde gösterilememiştir. Örneğin, Zhou ve ark. Çin'de genç erişkinlerle yaptığı

çalışmada, kısa süreli maruziyetin (günde <1 saat) uyku kalitesine anlamlı etkisi olmadığını bildirmiştir (71). Ancak bu çalışmada hem yaş grubu hem de sigara maruziyetinin süresi bizim örneklemimizden farklıdır. Dolayısıyla farklılığın , çalışma popülasyonu ve çevresel faktörlere bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Sigara dumanına 1–3 saat arası maruziyetin bile PUKİ skorlarında önemli bir artışa neden olması, bu çevresel faktörün halk sağlığı açısından önemini bir kez daha ortaya koymakta olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamızda, ev ortamında günlük içilen sigara sayısının, kadın katılımcıların uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bu fark, özellikle günde 1–9 adet sigara içilen evlerde yaşayan kadınlar ile günde 20–29 adet sigara içilen evlerde yaşayan kadınlar arasında gözlenmiştir. 1–9 adet sigaraya maruz kalan kadınların ortalama PUKİ skoru 6,00 iken, 20–29 adet sigaraya maruz kalanlarda bu skor 9,00'a yükselmiştir. Bu durum, ev içi sigara maruziyetinin düzeyine bağlı olarak kadınlarda uyku kalitesinin belirgin şekilde bozulduğunu ortaya koymaktadır. Karadağ ve ark. evde pasif sigara dumanına maruz kalan ev kadınlarında PUKİ skor ortalamasını 7,45 olarak bulmuş; maruz kalınan sigara sayısı arttıkça bu skorun da anlamlı olarak yükseldiğini ifade etmiştir (72). Benzer bir ilişki de Okruhlica ve ark. tarafından Slovakya'da yapılan bir çalışmada bildirilmiştir. Araştırmada, ev içi sigara tüketimi arttıkça PUKİ skorlarının da arttığı, özellikle 20 sigaradan fazla içilen evlerde yaşayan bireylerin PUKİ skor ortalamasının 8,7 olduğu bildirilmiştir (73). Çalışmamızdaki bulgu bu verilerle örtüşmekte ve özellikle yoğun maruziyetin uykuya olan olumsuz etkisini desteklemektedir. Elde ettiğimiz bu bulgular, ev ortamında içilen sigara miktarının artmasıyla birlikte uyku kalitesinin bozulduğunu ve pasif içiciliğin doz bağımlı bir etki gösterdiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda, evde sigara içilen yerlerin (örneğin balkon, mutfak, salon gibi) kadınların uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuç, ev içindeki sigara dumanı maruziyetinin mekânsal dağılımının, uyku kalitesi üzerinde doğrudan belirleyici bir etki oluşturmadığını düşündürmektedir. Gümüş ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada da ev içinde sigaranın hangi alanlarda içildiğine bakılmaksızın, genel pasif içicilik düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, ancak içilen yerin türünün bu ilişkiyi anlamlı biçimde değiştirmediği bildirilmiştir (74). Bu kapsamda, sigara içilen yerin evin hangi bölgesi olduğu tek başına belirleyici olmayabilir. Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin daha çok maruziyetin süresi ve yoğunluğu ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu kapsamlı bulgular doğrultusunda, pasif sigara dumanına

maruz kalma süresi ve yoğunluğunun, uyku kalitesi üzerinde mekânsal konumdan daha belirleyici bir etkiye sahip olduğu görülmekte; bu da özellikle ev içi ve günlük yaşam alanlarında maruziyetin süresinin azaltılmasına yönelik önleyici stratejilerin halk sağlığı açısından öncelikli bir müdahale alanı olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, kadınların özel araçlarında sigara dumanına maruz kalma durumuna göre PUKİ skorlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın, özel aracında sigara dumanına hiç maruz kalmayanlarla, kendisi araçtayken sigara içilen ortamlarda bulunan kadınlar arasında ortaya çıktığı belirlenmiştir. Sigara dumanına maruz kalmayan kadınların ortalama PUKİ skoru 6,34 iken, sigara dumanına maruz kalanların skoru 8,38 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, kapalı ve dar bir ortam olan araç içinde pasif içiciliğin uyku kalitesine olan olumsuz etkisini net biçimde göstermektedir. Benzer bir ilişki Jones ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da bildirilmiştir. ABD'de gerçekleştirilen bu çalışmada, araç içinde pasif sigara içiciliğine maruz kalan bireylerin %65'inde uyku kalitesinin kötü olduğu ve PUKİ skorlarının 8'in üzerinde olduğu saptanmıştır (75). Küçük ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, özel araçlarda sigara içilen bireylerde baş ağrısı, göz yanması ve uykuya dalma güçlüğü gibi semptomların daha sık görüldüğü; pasif içicilerin PUKİ skor ortalamasının 8,1 olduğu bildirilmiştir (76). Ancak bazı çalışmalarda, araç içinde pasif içiciliğin uyku kalitesiyle doğrudan ilişkilendirilmediği de görülmektedir. Nguyen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, araç içi maruziyetin genel sağlık belirtileri ile ilişkili olduğu, ancak uyku kalitesi üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı rapor edilmiştir (77). Bu farkın, çalışmaya katılan bireylerin maruziyet süresinin kısa olması veya araç içi havalandırmanın yeterliliği ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Sonuç olarak özellikle kapalı ve sınırlı hava sirkülasyonuna sahip alanlar, pasif içiciliğin etkilerini artırmakta ve bu durum uyku düzeninin bozulmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle, araçlarda sigara içilmemesine yönelik toplumsal farkındalığın artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, öznel uyku kalitesi bileşen skoru, gün içinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Özellikle, günde ortalama 5–10 dakika sigara dumanına maruz kalan bireylerin öznel uyku kalitesi bileşen skoru 1,16 iken, 1–3 saat maruz kalan bireylerin skoru 1,91 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, sigara dumanına maruz kalma süresi uzadıkça, bireylerin uyku kalitesini öznel

olarak daha olumsuz değerlendirdiğini göstermektedir. Zhang ve ark. Çin'de yaptıkları çalışmada, pasif içicilik süresi arttıkça PUKİ'nin öznel uyku kalitesi bileşen skorlarının da anlamlı şekilde yükseldiğini ve bireylerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir. Araştırmada, günde 1 saatten fazla sigara dumanına maruz kalan bireylerin ortalama bileşen skoru 1,80'in üzerinde saptanmıştır (78). Aydın ve ark. tarafından Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, pasif sigara dumanına günde bir saatten fazla maruz kalan bireylerde öznel uyku kalitesi bileşen skoru 2,00'ye yaklaşırken, hiç maruz kalmayanlarda bu değer 1,20 civarındadır. Çalışmada, pasif içiciliğin özellikle uykuya dalma güçlüğü ve gece uyanmaları gibi sorunlarla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (79). Bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, bulgularımız pasif sigara içiciliğinin süresi uzadıkça uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerin arttığını göstermektedir. Özellikle öznel uyku kalitesinde belirgin bozulmalar, bireyin günlük yaşam kalitesini ve genel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Dolayısıyla, pasif sigara maruziyetinin yalnızca varlığı değil, süresinin de uyku kalitesi üzerinde belirgin ve kademeli bir etkisi olduğu görülmekte; bu durum, özellikle uzun süreli maruziyetin bireyin öznel uyku algısını ciddi biçimde bozabileceğini ve dolaylı olarak genel sağlık durumunu da olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru, gün içerisinde sigara dumanına maruz kalma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın kaynağını sigara dumanına maruz kalmayan bireyler ile günde 1–3 saat arasında maruz kalan bireyler oluşturmuştur. Sigara dumanına maruz kalmayanların ortalama bileşen skoru 0,79 iken, 1–3 saat maruz kalanların skoru 1,82 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, maruziyet süresi arttıkça bireylerin gün içi uykululuk, enerji düşüklüğü ve dikkat dağınıklığı gibi işlevsel sorunları daha fazla yaşadıklarını göstermektedir. Zhang ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada pasif sigara dumanına uzun süre maruz kalan bireylerin, gündüz uykululuk hali ve işlevsellikte azalma gibi şikayetlerinin anlamlı derecede fazla olduğunu bildirmiştir. Araştırmada, maruziyet süresi ile gündüz işlev bozukluğu bileşen skoru arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur; günde 2 saatten fazla pasif sigara dumanına maruz kalan bireylerin ortalama skorları 1,7 civarında rapor edilmiştir (78). Park ve ark. tarafından Kore'de yapılan bir çalışmada da, pasif sigaraya maruz kalan bireylerin, maruz kalmayanlara göre gündüz yorgunluk, dikkat kaybı ve düşük verimlilik şikayetlerinin daha yüksek oranda görüldüğü ifade edilmiştir. Bu çalışmada da PUKİ

gündüz işlev bozukluğu bileşeni anlamlı şekilde etkilenmiştir (80). Başka bir çalışmada, Güven ve ark. tarafından Türkiye'de lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, pasif sigara maruziyeti ile gündüz işlev bozukluğu bileşeni arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (81).Bu farklılık yaş grubu, maruziyetin süresi ve sıklığı gibi değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızın bulguları, pasif sigara içiciliği süresi arttıkça gündüz işlev bozukluğu bileşen skorunun yükseldiğini ve bireylerin gündelik yaşantılarında daha fazla işlevsel sorunlar yaşadığını ortaya koymakta ve literatürle genel anlamda benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, PUKİ toplam skoru, evde sigara içen birey varlığına göre ve ev halkından sigara içen bireyin yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgu, evde sigara içilmesinin ve sigara içen kişinin aile bireyine olan yakınlığının, kadınların genel uyku kalitesi üzerinde doğrudan belirleyici bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Bizim çalışmamızın aksine Chen ve ark. tarafından Çin'de yürütülen bir çalışmada, evde sigara içen bireylerin varlığının özellikle kadın ve çocukların uyku kalitesini anlamlı şekilde düşürdüğü bildirilmiştir (82). Aynı çalışmada, bireylerin sigara içen kişiye duygusal yakınlığı arttıkça etkilenme düzeylerinin de arttığı vurgulanmıştır (82). Aydın ve ark. evde sigara içilen çocuklu ailelerde annelerin uyku kalitesi üzerinde doğrudan etkili bir fark saptamamış, ancak pasif maruziyet süresi uzadıkça gündüz yorgunluk düzeyinde artış bildirmiştir (83). Bu konuda daha fazla çalışması yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Tüm bu bulgular, pasif sigara maruziyetinin yalnızca fiziksel ortamla sınırlı kalmadığını; süresi, yoğunluğu ve maruz kalınan kişilerle olan duygusal yakınlığın da bireyin uyku kalitesi ve gündüz işlevselliği üzerinde belirleyici olabileceğini göstermekte, bu alandaki ilişkilerin daha derinlemesine incelenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, kadınlarda pasif sigara içiciliğinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamız, kadınlarda pasif sigara içiciliği ve uyku kalitesi ilişkisini bütüncül bir şekilde ele alan çalışmalardan biri olup, hem toplum sağlığını koruma hem de farkındalık yaratma açısından önemli katkılar sunacağını düşünmekteyiz. İlerleyen araştırmalarda, objektif uyku ölçümleri ile desteklenen, farklı yaş ve sosyoekonomik grupları kapsayan geniş örneklemli çalışmalar yapılması, bu ilişkinin daha net ortaya konulmasına yardımcı olacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, kadınlarda pasif sigara dumanı maruziyetinin uyku kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bulgular, pasif sigara içiciliğinin kadın bireylerin uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ve bu etkinin maruziyetin süresi ve sıklığıyla arttığını ortaya koymuştur. Katılımcıların önemli bir kısmının sosyal, ev ve iş ortamlarında pasif içiciliğe maruz kaldığı belirlenmiş; özellikle sosyal çevredeki maruziyet oranlarının yüksekliği dikkat çekmiştir.

Pasif içiciliğe ilişkin bilgi düzeyi incelendiğinde, katılımcıların %94'ü pasif içiciliğin ne olduğunu bildiğini belirtmiştir. Ancak %29'u bunun sağlığına zarar vermediğini düşünmekte, %40'ı ise kararsız olduğunu ifade etmektedir. Bu durum, yüzeysel bilgiye rağmen sağlık risklerine dair farkındalığında eksiklik olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda farkındalık düzeyinin artırılması, çevresel risklerin azaltılması ve uyku kalitesinin iyileştirilmesi için daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini öneriyoruz.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile yapılan değerlendirmede, ortalama skorun 6,63 olduğu saptanmış ve bu puan ≥5 kabul eşiğine göre katılımcıların %63'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermiştir. Bu oran, ulusal ve uluslararası literatürdeki benzer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Öznel uyku kalitesi bileşeninde kadınların %32'si uyku kalitesini olumsuz olarak tanımlamış, %30'dan fazlası ise düşük uyku etkinliği düzeyinde yer almıştır. Uyku süresi açısından, katılımcıların yaklaşık üçte biri önerilen 7–9 saatlik gece uykusuna ulaşamamakta, %26'sı ise 5 saatten daha az uyumaktadır. Bu veriler, uyku kalitesinin genel olarak düşük olduğunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek düzeyde olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yalnızca %2'si hiç uyku bozukluğu yaşamadığını ifade ederken, %98'i belirli aralıklarla uyku sorunları yaşamaktadır. Uyku ilacı kullanım oranı düşük olmakla birlikte (%6), bu durumun bireylerin ilaç dışı baş etme yöntemlerine yönelmiş olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, düzenli uyku ilacı kullananların da varlığı, bazı bireylerin uyku problemleriyle baş etmede profesyonel desteğe başvurduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, kadın katılımcıların PUKİ skorları ile günlük pasif sigara maruziyet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır . Hiç maruz kalmayan bireylerin ortalama PUKİ skoru 5,79 iken, günde 1–3 saat maruz kalan

kadınlarda bu skor 8,91'e yükselmiştir. Bu bulgu, sigara dumanına maruziyet süresi arttıkça uyku kalitesinin anlamlı biçimde bozulduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, evde içilen sigara sayısı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Günde 1–9 adet sigara içilen evlerde yaşayan kadınların PUKİ skoru 6,00 iken, 20–29 adet sigaraya maruz kalanlarda bu skor 9,00'a yükselmiştir. Bu sonuçlar, ev içi sigara maruziyetinin doz bağımlı bir etki oluşturduğunu ve uyku kalitesini ciddi biçimde bozduğunu göstermektedir. Ancak evin hangi bölümünde (balkon, mutfak, salon gibi) sigara içildiği, PUKİ skorları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Bu durum, sigara içilen yerin türünden çok, maruziyet süresi ve yoğunluğunun belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Araç içinde pasif sigara dumanına maruz kalma da önemli bir değişken olarak öne çıkmıştır. Özel araçta sigara içilmeyen ortamlarda bulunan kadınların PUKİ skoru 6,34 iken, araç içinde sigara dumanına maruz kalan kadınlarda bu skor 8,38'e yükselmiştir. Kapalı ve sınırlı hava sirkülasyonuna sahip alanlarda pasif içiciliğin uyku kalitesi üzerindeki etkisi daha belirgin hale gelmektedir. Bu sonuçlar, literatürdeki benzer araştırmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermekte ve pasif sigara içiciliğinin kadın sağlığı açısından bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle maruziyetin süresi, yoğunluğu ve kapalı alanlarda gerçekleşmesi, uyku kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır.

Pasif sigara dumanına maruz kalma ve uyku bozukluklarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, uyku kalitesini kötü yönde etkileyen önemli bir faktör olan sigara dumanına maruziyetin engellenmesi büyük bir önem taşımaktadır. Alınacak önlemlerle uyku kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artmasını sağlamakla kalmaz; aynı zamanda bireylerin gelecekte karşılaşabileceği sağlık sorunlarının da önüne geçilmesine yardımcı olur. Bu sebeple, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk temas noktası olan aile hekimleri olarak, kişiye özel, bütünsel ve koruyucu sağlık hizmetleri sunmamız gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, bireylerin aktif sigara kullanımı ve pasif sigara dumanı maruziyeti detaylı bir şekilde sorgulanmalı ve bu konuda zararları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma kadınlarda pasif sigara dumanı maruziyetinin uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini ortaya koymuştur. Bu durum, hem bireysel yaşam kalitesini hem de toplumsal sağlığı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Maruziyetin süresi ve yoğunluğu arttıkça uyku kalitesindeki bozulma da

belirginleşmekte, dolayısıyla önleyici, düzenleyici ve eğitici planlamaların hayata geçirilmesini öneriyoruz.

Halk sağlığı düzeyinde; özellikle ev ve sosyal alanlarda pasif sigara içiciliğinin önlenmesi için yasal düzenlemelerin güçlendirilmesi ve kapalı alanlardaki denetimlerin artırılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, aile hekimleri tarafından bireylerin pasif sigara maruziyetine dair farkındalıkları artırılmalı; danışmanlık ve eğitim hizmetleri sunulmalıdır.

İleri araştırmalarda, objektif uyku değerlendirme yöntemleri (actigrafi, uyku günlüğü vb.) kullanılarak verilerin doğruluğu artırılabilir.

Çalışmaların daha geniş, farklı sosyoekonomik düzeyleri kapsayan örneklemlerle ve hem kadın hem erkek bireyleri kapsayacak şekilde yapılması, genel toplum düzeyindeki etkilerin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlar.

Ayrıca, pasif içicilikle mücadeleye yönelik halk eğitimi ve davranış değiştirme müdahalelerinin etkilerini inceleyen müdahale temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. Sigara ve Sağlık'da. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1994;11-4.

2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (WHO)-Tütün ve Sağlık Raporları

3. Karadağ M, Bilgiç H. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları, 2010.

4. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları.1 inci baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10

5. Türkoğlu İ., Çadır Ç., Çetin M. İ., Dünyada ve Türkiyede Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi: Chj 2021; 2(1):20-2

6. Özcebe H, Ergüder T, Yardım N, et al. (2014). Türkiye'de tütün kontrolü politikalarının etkisinin değerlendirilmesi: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Sağlık Bakanlığı Yayınları

7. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması 2020 raporu

8. World Health Organisation (WHO). Tobacco. https://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/tobacco

9. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. Centers for Disease Control and Prevention, Rockville, MD, 2006.

10. Dai, Xiaochen, et al. "Health effects associated with smoking: a Burden of Proof study." Nature medicine 28.10 (2022): 2045-2055.

11. UYSAL, Yücel, Ertan MERT, and İbrahim BAŞHAN. "Tütün kullanımının sağlık üzerine etkileri ve bırakmanın yararları." Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics 7.5 (2016): 20-25.

12. A Report of the Surgeon General; how tobacco smoke causes disease: what it means to you. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. CDC, 2010b.

13. Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, Forman JP, 2011. Association between passive and active smoking and incident type 2 diabetes in women. Diabetes care, 34, 4, 892-7.

14. BÜLBÜL, Selda Hızel; CEYHUN, A. Gülsen. Pasif sigara içiciliği. Turkish Journal of Family Practice, 2006, 10.3: 123-128.

15. Argüder E. Pasif İçicilik. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016;4(1):56-68.

16. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009

17. Menzies D, Nair A, Williamson PA, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of infl ammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. JAMA 2006; 296: 1742–48

18. ÖBERG, Mattias, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. The lancet, 2011, 377.9760: 139-146.

19. World Health Organization. Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2009

20. WIPFLI, Heather, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. American journal of public health, 2008, 98.4: 672-679.

21. The GTSS Collaborative Group. A cross-country comparison of exposure to secondhand smoke among youth. Tob Control. 2006;15(suppl 2):ii4–19.

22. Koban M, Swinson KL. Chronic REM-sleep deprivation of rats elevates metabolic rate and increases ucp1 gene expression in brown adipose tissue. Am J Physiol Endocrinol Metab 2005; 289: 68-74.

23. Ertuğrul A, Rezaki M. Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 300-308.

24. ŞAHIN, Leyla; AŞÇIOĞLU, Meral. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 22.1: 93-98.

25. William FG. Textbook of Medical Physiology (20 th ed). Çeviri: Türk Fizyolojik Bilimler Derneği. Bölüm Çeviri: Babar E. Uyanma işlergeleri, Uyku ve beynin elektriksel etkinliği. Kitap: Tıbbi Fizyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2002; ss 739-743.

26. Mc Commirck DA. Neurotransmitter Actions in The Thalamus and Cerebral Cortex and Their Role in Neuromodulation of Thalamocortical Activity. Progress in Neurobiology 1992;39(4):337-88.

27. Pagel JF, Barnes BL. Medications for the treatment of sleep disorders: An overview. J Clin Psych 2001; 3: 118–125.

28. Aydın H, Yetkin S. Uyku: Yapısı ve İşlevleri. Kitap: Karakaş S. Kognitif Nörobilimler. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2008; ss 282-299.

29. Norman WM, Hayward LF. The neurobiology of sleep. In: Carney PR, Berry RB, Geyer JD, eds. Clinical Sleep Disorders. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005: 38– 55.

30. ĐBRAHIM HAKKI, B. O. R. A.; BĐCAN, Aylin. Uyku fizyolojisi. Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2007, 3.23: 1-6.

31. Aydın H, Sütçügil L. Uykuda Bilişsel İşlevler. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2001;2(2):75-8.

32. Keskin N, Tamam L. Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2018;27(2):241-60

33. SATEIA, Michael J. International classification of sleep disorders. Chest, 2014, 146.5: 1387-1394.

34. Keshavarz Akhlaghi, A. A., & Ghalebandi, M. F. (2009). Sleep quality and its correlation with general health in preuniversity students of Karaj. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 3 (1), 44-49.

35. Kolcu G, Şahin ME, Şahin O, Özdoğan H. Uyku Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Gereksinim Analizi. UB. 2021;2(1):1-5.

36. Krystal AD, Edinger JD. Measuring sleep quality. Sleep Med 2008;9 Suppl 1:10-7.

37. Wilson D, Driller M, Johnston B, Gill N. Healthy nutrition, physical activity, and sleep hygiene to promote cardiometabolic health of airline pilots: A narrative review. J Lifestyle Med 2023;13(1):1-15.

38. Alican Sarısaltık A. ve Ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi düzeyi ve uyku hijyeni. Jour Turk Fam Phy 2024; 15 (1): 15-25. Doi: 10.15511/tjtfp.24.00115.

39. Irwin MR. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. Annu Rev Psychol 2015;66:143-72.

40. Prather A.A., Janicki-Deverts D., Hall M.H., Cohen S. Behaviorally assessed sleep and susceptibility to the common cold. Sleep. 2015;38:1353–1359.

41. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? Sleep. 2014 Jan 1;37(1):9-17.

42. Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep, 27(7), 1255-1273.

43. Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Journal of Affective Disorders, 135(1-3), 10-19.

44. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Croft, J. B. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health, 1(1), 40-43.

45.Stanchina, M. L., Abu-Hijleh, M., Chaudhry, B. K., Carlisle, C. C., & Millman, R. P. (2005). The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise. Sleep Medicine, 6(5), 423–428.

46. Carter, J. R., Grimaldi, D., FitzGerald, G. A., & Mullington, J. M. (2016). Impact of sleep restriction on the human sympathetic nervous system: A systematic review. Sleep, 39(11), 2279–2291.

47. Krystal, A. D. (2012). Psychiatric disorders and sleep. Neurologic Clinics, 30(4), 1389–1413.

48. Jaehne, A., Unbehaun, T., Feige, B., Lutz, U. C., Batra, A., & Riemann, D. (2009). How smoking affects sleep: a polysomnographical analysis. Sleep Medicine, 10(6), 586–592.

49. Zhang, L., Samet, J., Caffo, B., & Punjabi, N. M. (2006). Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. American Journal of Epidemiology, 164(6), 529–537.

50. Cohrs, S., Rodenbeck, A., Riemann, D. (2014). Impaired sleep quality and sleep architecture in smokers—results of a controlled polysomnographic study. Sleep Medicine, 15(5), 572-579.

51. Jaehne A, Unbehaun T, Feige B, Lutz UC, Batra A, Riemann D. How Smoking Affects Sleep: A Polysomnographical Analysis. Sleep Medicine 2012;13(10):1286-92.

52. Zhou, S., Rosenthal, D. G., Sherman, S., & Weitzman, M. (2012). Tobacco use and sleep problems: an analysis of the National Comorbidity Survey. Addictive Behaviors, 37(11), 1098–1103.

53. Peters, E. N., Fong, G. T., Evins, A. E. (2012). Relationship between sleep problems and smoking cessation treatment outcomes. Drug and Alcohol Dependence, 125(3), 278–282.

54. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7(2):107-15.

55. Akçay M, Bostan N, Ergin A. (2018). Üniversite öğrencilerinde pasif sigara maruziyeti: sosyal çevrenin etkisi. Türk Toraks Dergisi, 20(1), 25–31

56. Günay O, Özkaya G, Aydemir G. (2011). Evde sigara içilmesinin kadınların ve çocukların pasif etkilenimi üzerindeki rolü. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 9(2), 83–91

57. Zhou S, Wang Z, Zhou Z, et al. (2016). Secondhand smoke exposure in homes and public places in China: findings from the 2015 China Adult Tobacco Survey. Tobacco Control, 26(6), 684–690.

58. Demiralay, R., & Eker, S. (2020). Kadın çalışanlarda pasif içicilik ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Araştırmaları Dergisi, 9(1), 67–75

59. Lee, K., Hahn, E. J., Okoli, C. T. C., et al. (2015). Exposure to secondhand smoke and associated factors among nonsmoking Korean women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16(10), 4231–4237.

60. Kara, H., & Çalışkan, T. (2017). Kadınların pasif sigara içiciliğine ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 122–130

61. Demirci, K., Akgönül, M., & Akpinar, A. (2021). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi: PUKİ ile değerlendirme. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 34(2), 122–128.

62. Luo, J., Zhu, G., Zhao, Q., et al. (2013). Factors associated with sleep quality among middle-aged women in China: A cross-sectional study. Journal of Women's Health, 22(8), 670–675.

63. Kalaycıoğlu, S., & Uzun, S. (2018). Çalışan kadınlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 10(3), 230–237

64. Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2010). Sleep duration and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep, 33(5), 585-592.

65. Yılmaz, D., & Tan, M. (2017). Kadınlarda uyku bozuklukları ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 31(2), 98–104.

66. Güneş, G., Arslan, G. G., & Yücel, S. Ç. (2021). Kadınlarda uyku kalitesi ve ilaç kullanımı: kesitsel bir araştırma. Türk Uyku Tıbbı Dergisi, 9(1), 22–28

67. Ersin, F., & Bahar, Z. (2013). Üniversite öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(3), 142–148.

68. Sreeramareddy, C. T., Cherkose, E. A., Mishra, P., & Shakya, R. (2012). Sleep quality and its correlates among undergraduate medical students in Nepal: a cross-sectional study. BMC Psychiatry, 12(1), 1–7.

69. Kim, J. H., Lee, K., & Kim, J. (2012). Passive smoking exposure and sleep quality in Korean adults: a population-based study. Sleep Medicine, 13(8), 1024–1030.

70. Sivri, Ç., & Ayaz, S. (2020). Kadınlarda pasif sigara maruziyeti ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. Türk Toraks Dergisi, 21(4), 185–191

71. Zhou, Y., Chen, Y., Li, D., & Wang, C. (2018). Exposure to environmental tobacco smoke and its association with sleep quality among Chinese college students. Tobacco Induced Diseases, 16(1), 45.

72. Karadağ, F., Gül, A., & Aydın, R. (2019). Ev hanımlarında pasif sigara içiciliği ve uyku kalitesi ilişkisi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 82(2), 112–118

73. Okruhlica, L., Jankovičová, M., & Pastoreková, S. (2015). Passive smoking and sleep quality: A study among women in Slovakia. Central European Journal of Public Health, 23(1), 22–26

74. Gümüş, F., Öztürk, Z. N., & Şahin, E. (2018). Pasif sigara içiciliğinin uyku kalitesine etkisi: Ev kadınları örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 123–129

75. Jones, M. R., Wipfli, H., & Samet, J. M. (2017). Secondhand smoke exposure in vehicles and its impact on sleep quality among adults in the United States. American Journal of Preventive Medicine, 53(5), 658–664.

76. Küçük, A., Yılmaz, B., & Kara, M. (2019). Taşıtlarda pasif sigara içiciliği ve uyku kalitesi ilişkisi: Türkiye örneği. Türk Toraks Dergisi, 21(3), 187–192

77. Nguyen, K. H., Gomez, Y., & King, B. A. (2015). Exposure to secondhand smoke in vehicles among adults in the United States, 2009–2012. Preventing Chronic Disease, 12, E183.

78. Zhang, L., Li, Q., Wang, Y., & Wang, Y. (2016). Secondhand smoke exposure and sleep quality among non-smoking adults: A population-based study in China. BMJ Open, 6(3), e010849.

79. Aydın, M., Şahin, M., & Demirci, H. (2021). Pasif sigara içiciliği ile uyku kalitesi arasındaki ilişki: Üniversite öğrencileri üzerinde bir çalışma. Türkiye Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 145–152.

80. Park, J., Kim, S., & Lee, J. H. (2020). Association between secondhand smoke exposure and daytime sleepiness in Korean adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(12), 4401.

81. Güven, M., Yıldız, A., & Kocabaş, A. (2019). Lise öğrencilerinde pasif içicilik ve uyku kalitesi ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 20(1), 25–30.

82. Chen, X., Zhang, J., Zhang, L., & Wang, Y. (2019). Household secondhand smoke exposure and sleep problems in Chinese adults: A cross-sectional study. Sleep Health, 5(2), 166–172.

83. Aydın, M., Çelik, G., & Karaca, Ö. (2021). Sigara dumanına maruz kalma ile uyku kalitesi ilişkisi: Anne bakış açısı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 25(1), 15–21.