

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA NİKOTİN
KULLANIMININ UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Nilay GİRĞİN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI

İSTANBUL- 2020

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Nilay GİRGİN
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Nikotin Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji Anabilim Dalı
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 24.06.2020
- SAYFA SAYISI** : 92
- TEZ DANIŞMANLARI** : Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI
- DİZİN TERİMLERİ** : Nikotin, Sigara, Uyku, Uyku Kalitesi, Yaşlı
- TÜRKÇE ÖZET** : Sigaranın her yaş için birçok hastalık ve ölüme sebep olduğu bilinmektedir. Yaşlılık döneminde ilerleyen yaş ile birlikte değişen fizyolojik, psikolojik ve çevresel yapılar sebebiyle uyku kalitesinde bozulmalar görülebilmektedir. Gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlılarda sigara (nikotin) kullanımı ve uyku kalitesi bazı demografik değişkenlere göre incelenecektir.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Nilay GİRGİN

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA NİKOTİN
KULLANIMININ UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Nilay GİRĞİN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI

İSTANBUL- 2020

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimseli ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nilay GİRGİN

..././ 2020



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Nilay GİRĞİN' in “**Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Nikotin Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi**” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

Üye

Prof. Dr. Ali Evren TUFAN

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../ 2020

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Amaç: Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan sigaranın her yaş için birçok hastalık ve ölüme sebep olduğu bilinmektedir. Özellikle yaşlılarda sigara kullanımı mevcut hastalıkların ilerlemesine ve hayati risklere yol açabilmektedir. Yaşlılarda, ilerleyen yaş ile birlikte değişen fizyolojik, psikolojik ve çevresel yapılar sebebiyle uyku kalitesinde bozulmalar görülebilmektedir. Uyku kalitesi, bireyin uykudan uandıktan sonra kendisini fiziksel ve psikolojik olarak zinde, formda bir şekilde yeni güne hazır hissetmesidir. Sigaranın içerisindeki nikotinin uyarıcı etkisi, sigaranın bırakılmasının ardından yoğun yaşanan yoksunluk belirtileri ve ya sigaranın yol açtığı solunum problemleri sebebiyle uyku kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada huzurevlerinde kalan, sigara içen ve içmeyen yaşlı bireyler arasındaki uyku kalitesini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini huzurevlerinde kalan, 65 yaş ve üzeri yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; İstanbul Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevlerinde kalan, bilişsel fonksiyonları yerinde, iletişim kurabilen, sigara içen 29 kadın ve 31 erkek, sigara içmeyen 35 kadın ve 26 erkek olmak üzere toplam 121 yaşlı oluşturmaktadır. Araştırmada Demografik Bilgi Toplama Formu, Standardize Mini Mental Test ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda sigara içen ve içmeyen yaşlılar arasında cinsiyet, eğitim, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanma durumu her iki grupta da benzerdir. Sigara kullanan grupta yaş ve vücut kitle indeksi anlamlı derecede daha düşüktür. Çalışmada yaşlı bireylerin toplam PUKİ puan ortalamaları $6,53 \pm 2,98$ olarak hesaplanmıştır. Yaşlıların %75,2 sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu, sigara içen grubun kontrol grubuna göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur. PUKİ puanlarının sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. PUKİ bileşenlerinden Gündüz İşlev Bozukluğu sigara kullanma durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmaktadır. PUKİ puanlarının yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKI), düzenli ilaç kullanma durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmamaktadır. PUKİ puanlarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı derecede değiştiği, kronik hastalıklar arttıkça uyku kalitesinin düştüğü bulunmuş, PUKİ bileşenlerinden Öznel Uyku Kalitesi ile kilo ve VKI arasında anlamlı negatif bir ilişkinin olduğu, kilo ve VKI arttıkça uyku kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Sonuç: Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur. Yaşlılardan sigara içen grubun uyku kalitesinin daha kötü olduğu

görölmüş ancak sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Huzurevinde kötü uyku kalitesine sahip olan yaşlıların altında yatan problemlerin belirlenerek buna yönelik gerekli desteğin sağlanması, uyku kalitesini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Nikotin, Sigara, Uyku, Uyku Kalitesi, Yaşlı



SUMMARY

Background: It is known that smoking, which is widely used worldwide, causes many diseases and deaths for all ages. Especially smoking among the elderly can lead to the progression of existing diseases and vital risks. Disorders in sleep quality can be seen in the elderly due to the physiological, psychological, and environmental structures that change with advancing age. The sleep quality is that the individual feels physically and psychologically fit and active for the new day after awakening from sleep. The sleep quality can be adversely affected due to the stimulant effect of nicotine in the cigarette, intense abstinence symptoms after smoking cessation, or respiratory problems caused by smoking.

Objective: In this study, it was aimed to investigate the sleep quality among smokers and non-smoker elderly individuals who stay in nursing homes.

Method: The research population of the research consists of elderly people aged 65 and over, who live in nursing homes. The sample of the research consist; A total of 121 elderly people who have cognitive functions and that can communicate, including 29 women and 31 men smokers, 35 women, and 26 men non-smokers, living in the nursing homes of the Ministry of Family, Labour and Social Services in İstanbul. Demographic Information Collection Form, Standardized Mini-Mental Test, and Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) were used in the study.

Results: In our study, gender, education, chronic disease and regular medication use among smokers and non-smokers were similar in both groups. Age and body mass index were significantly lower in the smoking group. In the study, the total PSQI score average of the elderly individuals was calculated as 6.53 ± 2.98 . It was found that 75.2% of the elderly had poor sleep quality, and the sleep quality of the smoker group was worse than the control group. It was determined that PSQI scores did not differ significantly according to smoking status. Daytime Dysfunction from PSQI components differs significantly according to smoking status. PSQI scores do not differ significantly according to age, gender, body mass index (BMI), and regular drug use. It was found that the PSQI scores changed significantly according to chronic disease status and sleep quality decreased as chronic diseases increased, it was determined that there is a significant negative relationship between one of the components of PSQI, Subjective Sleep Quality, and weight & BMI, and sleep quality decreases as weight and BMI increase.

Conclusion: It was found that the sleep quality of the elderly who stayed in nursing homes was poor. The sleep quality of the elderly smoker group was worse, but there was no significant relationship found between smoking and sleep quality.

Determining the underlying problems of the elderly in nursing homes who have bad sleep quality and providing necessary support for this will increase sleep quality.

Keywords: Nicotine, Smoking, Sleep, Sleep Quality, Elderly



İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	I
SUMMARY	III
İÇİNDEKİLER	V
KISALTMALAR	VII
TABLolar LİSTESİ	VIII
EKLER LİSTESİ	X
ÖNSÖZ	XI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	3
1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri	3
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	4
1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	5
1.7. TANIMLAR.....	5
İKİNCİ BÖLÜM	6
KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. YAŞLILIK DÖNEMİ	6
2.1.1. Tarihçe	6
2.1.2. Tanım	6
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Yaşlanma Kuramları	8
2.1.5. Yaşlılık Döneminde Gelişim	10
2.1.6. Yaşlılık Dönemi Sorunları	11
2.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE NİKOTİN (TÜTÜN) KULLANIMI.....	15
2.2.1. Tarihçe	15
2.2.2. Epidemiyoloji	15
2.2.3. Risk faktörleri.....	16
2.2.4. Koruyucu faktörler.....	17

2.2.5. DSM 5'e göre Nikotin (Tütün) İle İlişkili Bozukluklar	17
2.3. UYKU	18
2.3.1. Normal Uykunun Tanımı	18
2.3.2. Uykunun Fizyolojisi	18
2.3.3. Uykunun İşlevleri	19
2.3.4. Uyku Kalitesi	19
2.3.5. Yaşlılık Döneminde Uyku ve Uyku Bozuklukları	20
2.4. NİKOTİN (TÜTÜN) KULLANIMI VE UYKU	22
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	24
YÖNTEM VE TEKNİKLERİ	24
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	24
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	24
3.3.1. Demografik Bilgi Toplama Formu	24
3.3.2. Standardize Mini Mental Testi	24
3.3.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	25
3.4. VERİ ANALİZİ	25
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	26
BULGULAR	26
BEŞİNCİ BÖLÜM	48
TARTIŞMA VE YORUM	48
SONUÇLAR	57
KAYNAKÇA	59
EKLER	-

KISALTMALAR LİSTESİ

A.G.E	: ADI GEÇEN ESER
BM	: BİRLEŞMİŞ MİLLETLER
DSM-V	: DİAGNOSTİK STATİSTİKEL MANUEL (RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE İSTATİSTİKSEL EL KİTABI)
DSÖ	: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
EEG	: ELEKTROENSEFALOGRAF
NONREM	: NON-RAPİD EYE MOVEMENT
OSAS	: TIKAYICI UYKU APNESİ
PUKİ	: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ
REM	: RAPİD EYE MOVEMENT
SMMT	: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST
SPSS	: STATİSTİKEL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES
TUİK	: TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU
VKİ	: VÜCUT KİTLE İNDEKSİ

TABLolar LİSTESİ

SAYFA

Tablo-1 Huzurevindeki Yaşlıların Sayısı Ve Cinsiyet Yönünden Dağılımı	26
Tablo-2 Huzurevindeki Yaşlıların Yaş Ortalamaları	27
Tablo-3 Huzurevindeki Yaşlıların Kilo Değişkenine Göre Betimleyici İstatistikleri.....	27
Tablo-4 Huzurevindeki Yaşlıların Boy Değişkenine Göre Betimleyici İstatistikleri.....	28
Tablo-5 Huzurevindeki Yaşlıların Vücut Kitle İndeksine Göre Betimleyici İstatistikleri.....	29
Tablo-6 Huzurevinde Kalan Yaşlıların Mini Mental Test Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikleri.....	29
Tablo-7 Huzurevindeki Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından Dağılımı	30
Tablo-8 Huzurevindeki Yaşlıların Medeni Durum Açısından Dağılımı.....	30
Tablo-9 Huzurevindeki Yaşlıların Kronik Hastalık Açısından Dağılımı	31
Tablo-10 Huzurevindeki Yaşlıların Düzenli İlaç Kullanım Açısından Dağılımı	32
Tablo-11 Huzurevindeki Yaşlıların Psikiyatrik İlaç Kullanımı Açısından Dağılımı	32
Tablo-12 Huzurevindeki Yaşlıların Kalınan Odada Sigara Kullanan Kişi Durumu Dağılımı.....	33
Tablo-13 Huzurevindeki Yaşlılarda Kontrol Grubunun Sigara Kullanmış Olma Durumu Dağılımı.....	33
Tablo-14 Huzurevindeki Yaşlıların Şu An Sigara Kullanıyor Olma Durumu Dağılımı	34
Tablo-15 Huzurevindeki Yaşlıların Sigaraya Bağlı Hastalık Dağılımı.....	34
Tablo-16 Çalışmaya Alınan Nikotin Grubu Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşı Değişkenine Ait Betimleyici İstatistikleri	35
Tablo-17 Çalışmaya Alınan Nikotin Grubu Katılımcıların Kullanılan Sigara Sayısı Değişkenine Ait Betimleyici İstatistikleri.....	35
Tablo-18 Huzurevindeki Yaşlıların Uyku İlacı Kullanım Dağılımı	35
Tablo-19 Huzurevindeki Yaşlıların Hangi Huzurevinde Kaldıklarına Göre Dağılımı	36
Tablo-20 Araştırmada Kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine Ait İstatistikler.....	36
Tablo-21 Katılımcıların İyi Uyku Ve Kötü Uyku Kalitesine İlişkin Dağılımı	37

Tablo-22 Huzurevindeki Yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Bileşenlerine Ait Betimleyici İstatistikleri.....	38
Tablo-23 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Güvenirlik Analizi Sonucu.....	39
Tablo-24 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Nikotin Grubunda Sürekli Değişkenlerle İlişkisine Dair Veri Analizi	40
Tablo-25 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Cinsiyet Ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo-26 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Yaş ve Sigara Kullanımına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo-27 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Sigara Kullanma Durumu ve Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo-28 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Medeni Durum ve Sigara Kullanımına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo-29 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kronik Hastalık ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo-30 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Düzenli İlaç Kullanımı ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo-31 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Psikiyatrik İlaç Kullanımı Ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Tablo-32 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kalınan Odada Sigara Kullanımı ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Tablo-33 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kontrol Grubunda Sigara Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları.....	46
Tablo-34 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Sigaraya Bağlı Hastalık ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	46
Tablo-35 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Huzurevi ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	47

EKLER LİSTESİ

EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-B: DEMOGRAFİK BİLGİ TOPLAMA FORMU

EK- C: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)

EK- D: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKI)

EK- E: ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ



ÖNSÖZ

Çalışmamın başından sonuna kadar bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, ilgi ve anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Mustafa Kayhan BAHALI' ya çok teşekkür ederim.

Bu süreçte birbirimizden güç aldığımız, her anlamda destek sağlayan arkadaşlarım Funda, Gamze, Fatmanur ve Kübra' ya da teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca motivasyonumun düştüğü zamanlarda güç ve cesaret veren, benden yardımlarını asla esirgemeyen, her anımda yanımda olan canım arkadaşlarım Sevilay, Feyza, Merve ve Emine' ye teşekkür ederim.

Her zaman sevgisi ve desteğiyle arkamda duran, neşe ve enerji kaynağım Hakan MERAL' e teşekkür ederim.

Hayatımın hiçbir anında beni yalnız bırakmayan, maddi ve manevi desteklerini, sonsuz sevgilerini her zaman üzerimde hissettiğim canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

GİRİŞ

Yapılan araştırmalar sonucunda dünya genelinde son yıllarda doğum oranlarının azalması ve yaşam süresinin giderek artması ile birlikte yaşlı nüfusunun da hızlı bir şekilde arttığı görölmektedir.¹ Yaşlılık döneminde yaş ile birlikte değişen sosyal çevre, çeşitli kronik hastalıklar, bunlara bağlı olarak ilaç kullanımı, eş ve iş kaybı sebebiyle bir takım fizyolojik ve psikolojik sorunlar meydana gelebilmektedir. Bu dönem içerisinde yaşlılarda görölen en önemli sorunlardan biri uykudur.

Uyku, insan hayatı için en temel fizyolojik ihtiyaçlardan biridir. Uyku ihtiyacı ilerleyen yaş ile birlikte değişmekte, özellikle 65 yaş ve üstündeki yaşlılarda bazı uyku problemlerine sebep olmakla birlikte, uyku kalitesini de azaltabilmektedir.

Uyku kalitesi, kişinin uykudan uyandıktan sonra kendisini psikolojik ve fiziksel olarak formda, canlı ve o güne hazır olduğunu hissetmesi olarak tanımlanır.² Evde yalnız yaşayan yaşlılarda korku, yalnızlık gibi düşünceler, huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerde ise tek kişi kalmayan yaşlıların odalarının yeteri kadar sessiz olamaması ve ya ailesinden uzak olması sebebiyle üzüntü yaşamaları, yaşlıların uyku kalitesini etkileyen faktörlerdir.

Sigara dünya genelinde önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Dünyada hastalık ve ölümlerin önemli oranda sigaraya bağlı olarak meydana geldiği görölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 2019 verilerine göre; insan sağlığını tehdit eden tütün salgını, dünyada yılda 8 milyondan fazla insan öldürmekte ve bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımı sonucu olmaktadır. Tütün, sadece sigara kullanan bireyler için değil, sigara kullanmayan bireyler için de tehlikeli ve ölümcül olabilmektedir.³

Sigara, kanser türlerinin sebep olduğu ölümlerin %30' undan fazlasının, KOAH' a bağlı ölümlerin ise yaklaşık olarak %80' in birincil nedeni olarak görölmektedir. ⁴ Bu problemlerin yanı sıra sigara, bireylerde uyku sorunlarının meydana gelmesine ve buna bağlı olarak diğer sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına dolaylı olarak sebep olabilmektedir. Sigaranın içerisinde bulunan nikotinin uyarıcı

¹ DESA. " World Population Ageing 2013", *United Nations Department of Economic and Social Affairs*, New York, 2013.

² Yasemin Üstün ve şebnem Çınar Yücel "Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi." Maltepe Üniversitesi *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, Cilt: 4, s. 1.

³ World Health Organization "Tütün", <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Erişim tarihi: 04.01.2020)

⁴ "Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses", *Morb Mortal Wkly Rep.* Kasım, 2008, Cilt: 57 Sayı: 45, s.1226.

etkisinin olması ve yoğun yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması sebebiyle kötü uyku ve hatta uykusuzluğa neden olabilmektedir. ⁵



⁵ Neal L. Benowitz, "Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics" *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 2009, Cilt: 49, s.57–71.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanım ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanımı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanımı ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanımı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde nikotin (sigara) kullanımı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile kronik hastalık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
10. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında fark vardır.

H0: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında fark yoktur.

H2: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile cinsiyet arasında fark vardır.

H3: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile yaş arasında fark vardır.

H4: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile VKİ arasında fark vardır.

H5: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile medeni durum arasında fark vardır

H6: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile cinsiyet arasında fark vardır.

H7: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile yaş arasında fark vardır.

H8: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile VKİ arasında fark vardır.

H9: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile kronik hastalık arasında fark vardır.

H10: Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile düzenli ilaç kullanımı arasında fark vardır.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma nikotin (sigara) kullanan ve kullanmayan yaşlılarda uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamıştır. Çalışmada nikotin ve uyku kalitesi bazı sosyodemografik yönlerden incelenecektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüzde en önemli sağlık problemlerine ve ölümcül sonuçlara sebep olan sigaranın yaşlı bireylerin uyku kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışma, huzurevinde kalan yaşlılarda sigara kullanımının uyku kalitesi üzerindeki etkisi ve kötü uyku kalitesine sahip olan yaşlılarda bu durumun altında yatan nedenlerin araştırılması açısından önemlidir. Sigara kullanımının engellenmesine, huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin artırılmasına yönelik yapılacak çalışmalar için ilgililere zemin oluşturacak bilgiler sunması açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu çalışmanın daha sonraki çalışmalar için literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

1. Çalışmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği düşünülmektedir.
2. Çalışmaya katılan bireylerin, Standardize Mini Mental Testi, Demografik Bilgi Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi ölçeğinde yer alan sorulara doğru cevap verdikleri varsayılmıştır

3. Araştırmada kullandığımız ölçeklerin, geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu varsayılmıştır.
4. Araştırmada kullanılan ölçeklerin araştırmmanın amacına uygun olduğu varsayılmıştır.
5. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemlerin araştırmmanın amacına uygun olduğu varsayılmaktadır.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Huzurevlerinde kalan 65 yaş ve üstü Standardize Mini Mental Testinden 24 puan ve üzeri almış, iletişime açık, nikotin kullanan ve kullanmayan yaşlılar ile sınırlıdır.
2. Araştırmada kullandığımız ölçekler, Standardize Mini Mental Testi, Demografik Bilgi Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile sınırlıdır.
3. Araştırmaya katılan yaşlılarda cinsiyet dağılımı eşit değildir.
4. Araştırmadaki literatür elde edilen makalelerle sınırlıdır

1.7. TANIMLAR

Yaşlılık: Biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak özellikle organ ve sistemler üzerinde geri dönüşü mümkün olmayan değişimlerin tümü olarak ifade edilmektedir.⁶

Uyku: Fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan, bireyin yaşam kalitesini, fizyolojik ve psikolojik sağlığını etkileyen, vücudun yenilenmesini sağlayan günlük aktivitedir.⁷

Uyku Kalitesi: Kişinin uykudan uyandıktan sonra psikolojik olarak kendisini zinde, enerjik ve o güne hazır hissetmesi olarak tanımlanmaktadır.⁸

Nikotin: Tütün yapraklarından elde edilen, beyne ve vücuda çeşitli etkiler yaratan, bağımlılık yapıcı özelliği olan, içerisinde 4.000' in üstünde kimyasal madde barındıran rengi olmayan bir sıvıdır.⁹

⁶ Sefa Saygılı, *Yaşlılık Psikolojisi*, Türdav Yayın, İstanbul, Ekim, 2015, s. 21-22.

⁷ Sibel Asi Karakaş vd., " Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi, *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 4 (1), s.17-26

⁸ Nevin Günaydın, "Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, Cilt: 5(1), s. 33-40.

⁹ Yeşilay Resmi İnternet Sayfası, "Sigara ve Tütün Bağımlılığı", <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliliği>, (Erişim Tarihi 10.09.2019).

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. YAŞLILIK DÖNEMİ

2.1.1. Tarihçe

Gerontoloji yaşlılık nedenleri, süreçleri ve değişimleri gibi yaşlılığın tüm yönlerini inceleyen interdisipliner bir bilim dalıdır. Gerontoloji terimi ilk olarak 1903' te Elie Metchnikof tarafından ortaya çıkmıştır. ¹⁰ Bu konuda ilk olarak Amerika ve Avrupa' da araştırmalar yapılmış, 1945 yılında Amerika' da yaşlılık konusu üzerine uzmanlar tarafından Gerontoloji derneği kurulmuştur. Bu derneğin bu alanda "Journal of Gerontology" isimindeki ilk dergisi 1946 yılında yayınlanmaya başlamıştır.¹¹

1948'de Birleşmiş Milletler (BM) tarafından yaşlılara yönelik politika çalışmaları, "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi" nde, yaşlıların genel sağlık durumu ve haklarıyla ilgili konularda yer verilerek başlatılmıştır. Ülkemizde ise yaşlılıkla ilgili yapılan çalışmaların tarihsel geçmişi çok eski değildir. Türkiye' de 1990 yılından sonra yaşlılık ile ilgili çalışmaların arttığı bilinmektedir. 1998 yılında "Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği" kurularak, bilimsel olarak yaşlılık ile ilgili ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. 2001 yılından itibaren bu dernek tarafından "Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi" çıkarılmaktadır. Hacettepe Üniversitesi tarafından 2000 yılında "Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi", 2001 yılında " Türk Geriatri Vakfı", 2003 yılında "Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği", Akdeniz Üniversitesi tarafından ise Gerontoloji Bölümü kurulmuştur. Bu bağlamda yaşlılıkla ilgili çalışmaların kurumsallaşması açısından önemli adımlar atılmıştır.¹²

2.1.2. Tanım

Yaşlılık bireyin doğumundan ölümüne kadar süren, diğer gelişim dönemleri gibi doğal ve zorunlu bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak özellikle organ ve sistemler üzerinde geri dönüşü mümkün olmayan değişimlerin

¹⁰ Velittin Kalinkara, *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2016, s.10-12.

¹¹ Nilüfer Korkmaz ve Suzan Yazıcı, *Gerontoloji ve gelişim süreci. İçinde: Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş*, Ütopya Yayınevi, Ankara, 2014, s.11

¹² Necibe Nur Aydın, "Türkiye'de Lisansüstü Tezde Yaşlılık Çalışmaları: Bir İçerik Analizi Çalışması", *İsparta Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2019, Cilt: 12 Sayı: 1, s. 60-72.

tümü olarak ifade edilmektedir.¹³ DSÖ yaşlılığı, insanın yaşamında isteği dışında meydana gelen çevresel değişimlere karşı, uyum sağlama konusunda zorluk yaşama durumu olarak tanımlamaktadır.¹⁴

Yaşlılık tek boyutlu bir dönem değildir ve bu dönem; kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan tanımlanan çok boyutlu bir süreçtir. Kronolojik olarak yaşlanma, bireyin takvim yaşı olarak ifade edilmektedir.¹⁵ Kronolojik yaşlılık açısından çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır.

Birleşmiş Milletler (BM), 60 yaşı yaşlılığın başlangıç yaşı olarak kabul edilmektedir.¹⁶ DSÖ' nün sınıflandırmasında; 65-74 yaş arasındaki bireyleri "genç yaşlılar", 75-84 yaş arasındaki bireyleri "yaşlılar", 85 ve üzeri bireyleri ise "ileri yaşlılar" olarak ayırmıştır.¹⁷ Gerontologlar; 65-74 yaş arası bireyleri "genç yaşlı", 75-84 yaş arası bireyleri "orta yaşlı", 85 ve üzeri bireyleri ise "ileri yaşlı" olarak sınıflandırmıştır.¹⁸ Türk Geriatri Vakfı; 60-64 yaş arası bireyleri "Bronz", 65-74 yaş arası bireyleri "Gümüş", 75-84 yaş arası bireyleri "Altın", 85 yaş ve üzeri bireyleri "Platin" olarak sınıflara ayırmaktadır.

Biyolojik yaşlanma, bireyin hücrelerinde meydana gelen bozulmaların aşamalı olarak artması, fiziksel, zihinsel yapıda değişimler ve artan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır.¹⁹

Bireyin bu döneme adaptasyon ve uyum süreci, yaşlılık dönemiyle değişen kişilik özellikleri, duygusal durumları ve öğrenme süreçleri psikolojik yaşlanma ile ifade edilirken, bu dönemde değişen sosyal ilişkiler, yaşlının sosyal ortamda aktif rol alamaması ve sosyal ortamdan geri çekilmesi gibi değişimler sosyal yaşlanma olarak tanımlanmaktadır.²⁰

2.1.3. Epidemiyoloji

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bakıldığında, son yıllarda doğum oranlarının azalması ve yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlı nüfusunun da hızlı bir şekilde arttığı görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK)' na göre;

¹³ Saygılı, a.g.e., s. 21-22.

¹⁴ Fereshteh Ebadi Asayesh ve Mevlüt ÖZBEN, "Huzurevleri ve Yaşlılık: Ağrı ve İstanbul Örnekleri", **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2019, Cilt: 23 (2), s. 849-864.

¹⁵ Seher Çataloğlu, "Yaşlılık, Değer ve Teknoloji", **Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi**, 2018, Cilt: 2(4), s. 25-33.

¹⁶ United Nations, "Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing", **Printed at United Nations Headquarters**, New York, 2008.

¹⁷ Tanju Beğzer ve Hakan Yavuzer, "Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi", **Klinik Gelişim**, 2012, Sayı: 25, s.1-3.

¹⁸ Z.Lale Koldaş, "Yaşlılık Ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir?", **Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi**, 2017, Cilt: 45, s.1

¹⁹ World Health Organization, "Age and Health", <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Erişim Tarihi: 05.01.2020.

²⁰ Beğzer ve Yavuzer, a.g.e., s. 1-3.

yaşlı nüfusunun 2016' da % 7,5 oranından %8,3' e yükseldiği, bu nüfus içinde % 43,9 ' unun erkek, % 56,1 ' inin kadın olduğu bildirilmiştir. Dünya nüfusuna bakıldığında yaşlı nüfusunun 2016' da % 8,7 oranında olduğu, Monako, Japonya ve Almanya' nın yaşlının en fazla olduğu ülkeler olduğu, Türkiye' nin ise yaşlı nüfusu konusunda 167 ülkeden 66. Sırada olduğu bildirilmiştir. Ülkemizdeki 65 yaşından büyük yaşlıların yaşam sürelerine bakıldığında; ortalama olarak erkek yaşlıların 16,1 yıl, kadın yaşlıların ise 19,4 yıl olduğu, bu sonuçlara göre kadın yaşlıların erkeklerden 3,3 yıl daha fazla yaşam süresinin olduğu görülmektedir. ²¹

DSÖ' nün tahminlerine göre; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, 2025 yılında yaşlı nüfusunun 1,2 milyon olabileceği, 2050 yılına gelindiğinde 2 milyona kadar artacağı düşünülmektedir. Ülkemiz için 21. Yüzyılın Türkiye' de yaşlı yılı sayılabileceği tahmin edilmektedir. BM' nin yayınladığı raporda; yaşlı nüfusunun hızla artmakta olduğu ve ilerleyen yıllarda artmaya devam edeceği, 2030 yılında 1,4 milyar, 2050' de ise 2,1 milyara çıkacağı, 2040' da ortalama yaşın; erkeklerde 75,0 yıl, kadınlar da ise 83,1 olacağı tahmin edilmektedir. ²²

2.1.4. Yaşlanma Kuramları

Yaşlılığı açıklayan birçok kuram vardır. Bu kuramlar biyolojik ve psikososyal kuramlar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Biyolojik kuram fizyolojik açıdan, psikososyal kuram ise davranışlar ve yaşam süreçleri açısından yaşlılığı açıklayama çalışmaktadır.

2.1.4.1. Biyolojik Kuramlar

Yaşlılığın ve ölümün tıbbi açıdan insanda meydana gelen biyolojik değişimler arasında bir bağlantısı olması sebebiyle yaşlılık ilk olarak biyolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Biyolojik kuramda yaşlılığın neden olduğu sorusu ile ilgilenmiş ve cevap aramışlardır. Yaşla birlikte organizmada meydana gelen bir takım fiziksel ve anatomik değişimler ele alınarak yaşlılık biyolojik açıdan açıklanmaya çalışılmıştır. Evrimsel, hücresel saat, serbest radikal, mitokondrial ve hormonal stres kuramları yaşlanmanın biyolojik kuramları olarak öne sürülmüştür. ²³

²¹ TÜİK. 2016, "İstatistiklerle Yaşlılar", Kaynak: file:///C:/Users/live/Downloads/%C4%B0statistiklerle_Ya%C5%9F%C4%B1lar_17.03.2016.pdf, (Erişim tarihi: 11.04.2020).

²² Zoran Milanovic vd., "Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women", *Clinical Interventions in Aging*, 2013, Cilt: 8, s. 549-556.

²³ John W. Santrock, *Yaşam Boyu Gelişim*, Çev. Gelip Yüksel, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017, s. 530-556.

2.1.4.2. Psikososyal Kuramlar

Yaşamın son dönemi olarak adlandırılan yaşlılık dönemi her birey için ayrı bir deneyimdir. Bazı yaşlılar yaşamdan keyif ve doyum hissi alırken bazı yaşlılar azalan enerji ve sosyal ilişkileri konusunda fazla üzüntü ve memnuniyetsizlik yaşarlar. Erikson' a göre; yaşlının hayatta hedeflediği planları tamamlayamaması, benlik saygısında azalma ve yaşlılık dönemini kabullenememe olarak görülürken, yüksek benlik saygısı başarılı yaşlanma ile ilişkilidir.²⁴ Bu dönem hayatını aktif ve üretken bir şekilde geçirmenin vermiş olduğu doyum ile hayatında aktif olmamış, kendini gerçekleştirememiş olmanın verdiği huzursuzluk arasındaki çatışmayla belirlenir. Yaşlı diğer gelişim evrelerini başarılı bir şekilde tamamlamışsa şuan ki yaşamını huzurlu geçirir ve ölümü hayatın bir parçası olarak kabullenmektedir.²⁵

İlişki kesme kuramına göre, yaşlıların kendi çevresinden ve toplumdaki fiziksel ve psikolojik olarak çekilmesi görüşünü savunmaktadır. Bireyin kendi içine dönmesinin, toplumdaki rollerini ve sosyal çevresindeki ilişkilerini terk etmesinin, izole bir hayat sürmesinin normal olduğunu ileri sürmektedir. Bireyin kendisi ve çevresi tarafından gerçeği görerek pasif ve izole bir hayat sürmesi, daha fazla yaşam doyumunu ve zevk sağlayacağını, hem de hayatta daha gerçekçi olabildiğini savunmaktadır.²⁶

Etkinlik kuramı olarak da adlandırılan aktivite kuramı, kopma kuramına tepki olarak ortaya çıkmıştır. Bu kuramda bireyin benlik gelişimi için hayattaki rolleri ve faaliyetlerinin önemli olduğu, insanların yaşla birlikte sahip olduğu rollerini ve etkinlikleri bırakmasının kimlik kaybına sebep olduğunu ileri sürmektedir. Yaşlıların sosyal olarak aktif olması hem yaşlı hem de toplum için daha sağlıklı olacağını savunmaktadır.²⁷

Süreklilik kuramına göre, yaşlı geçmiş yaşamındaki sosyal faaliyetlerini, çevresi ile ilişkilerini bu döneme taşır. Yaşlının sahip olduğu kimlik özelliklerinin bu dönemde korunması ve değişmemesinin olumlu psikososyal yaşlanma için oldukça önemli olduğunu ileri sürmektedir.²⁸

²⁴ Gabriel Chun-Hei Lai, vd., "The Moderating Effect of Different Types of Internet Use on the Relationship between Transitional Aging Changes and Self-esteem of Older Adults", *Proceedings of the 53rd Hawaii International Conference on System Sciences*, 2020, s. 3799-3805.

²⁵ İbrahim Gürses ve M. Akif Kılavuz, "Ericson' un Psikososyal Gelişim Dönemleri Teorisi", *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2011, Cilt: 20(2), s. 153-166.

²⁶ Adem Efe ve Mücahit Aydemir, "Yaşlı Kadın Olmak: Psiko-Sosyolojik Kuramlar Çerçevesinde Yaşlılık ve Kadın – Isparta Huzurevi Örneği", *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2015, Cilt: 1(34),s.195.

²⁷ Vicki Winstead vd., "The Impact of Activity Interventions on the Well-Being of Older Adults in Continuing Care Communities", *Journal of Applied Gerontology*, 2014, Cilt: 33(4), s. 888-911.

²⁸ Dolores Pushkar vd., "Testing continuity and activity variables as predictors of positive and negative affect in retirement", *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 2010, Cilt: 65(1), s. 42-49.

Modernleşme kuramına göre, gelişmiş toplumlarda teknoloji gelişim hızı da artmaktadır. Gelişen teknoloji ile yaşının yapabildiklerinin eşit olamadığını, yaşlıların gelişen teknolojiye yetişemediğini ve genç kültürünün baskın olduğunu ileri sürmektedir. Bu durum yaşlıda kendisine olan saygısını ve sevgisini olumsuz etkilemektedir. Bu kuram yaşamdan geri çekilme kuramına benzemektedir ancak yaşlıya yaklaşımı aynı değildir. Yaşlılık dönemini “altın çağ” gibi olumlu şekilde algılanması, yaşının içindeki yeteneklerini pozitif olarak ortaya çıkarmaktadır.²⁹

Yaş tabakalaşması kuramına göre yaşlı bireylerle geçmişte yaşanmış olaylar ile ilişki kurulmuştur. “Topluluk farklılıkları” ilkesi ile yaş gruplarının tek olmadığı, gruplar arasında benzerlik ve farklılıkların olduğu vurgulanmak için değişimler ve hareketler üzerinde durulmuştur. İkinci olarak da “sosyal değişme üzerindeki topluluk” ile yaş grupları ile sosyal normlar karşılaştırılmıştır. Üçüncü olarak da “asenroni (uyumsuzluk) ilkesi” ne göre, yaş sınıflamasının sosyal açıdan değişmelere sebep olmadığı üzerinde durulmuştur.

Toplumsal takas kuramına göre ise, yaşının hayatında meydana gelen yeteneklerinde ve rollerindeki değişimlerin farklı yaş grupları arasında bazı davranış değişimleri açıklanmıştır. Bu kurama göre yaşlılık bir takas olarak görülmektedir. Yaşlıların ilerleyen yaşla sosyal ortamlarındaki etkisinin zayıfladığı, bir takım takas ilişkisi sonucuyla ortaya çıktığını savunmaktadır.³⁰

2.1.5. Yaşlılık Döneminde Gelişim

2.1.5.1. Fiziksel Gelişim

Yaşlılık dönemi ile birlikte; kalp-damar, solunum ve sindirim sistemi, kas ve iskelet, cilt, görme, işitme, koku ve tat, cinsellik ile ilgili değişiklikler görülebilmektedir. Ciltte meydana gelen kırışıklıklar ve saçlarda ortaya çıkan beyazlıkların yanında vücudun kendini yenileme hızında düşüş, organlarda ve diğer sistemlerde fonksiyonel olarak bir gerileme görülmektedir.³¹

Bu dönemle birlikte bağışıklık sistemi de yavaşlamakta ve yaşlılarda bağışıklık sisteminin yavaşlaması, enfeksiyon ve hastalıklara yakalanması açısından risk oluşturmaktadır.³² Bu dönemde değişen organ sistemleriyle birlikte kronik

²⁹ Kalinkara, a.g.e., s.10-12.

³⁰ Cengiz Akçay, *Yaşlılık: Kavramlar, Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık*, Kriter Yayınevi. , İstanbul, 2013, s. 25

³¹ Dilek Er, “Psikososyal Açıdan Yaşlılık”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, Cilt: 4(11), s.131-144.

³² Canan Eyüboğlu vd., “Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu”, *Turkish Family Physician*, 2012, Cilt: 3(1), s.18-22.

hastalıkların görülme oranı da artmakta, Türkiye’ deki yaşlıların %90 ‘ı kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir.³³

2.1.5.2. Bilişsel Gelişim

Yaşlılıkla birlikte bilişsel fonksiyonlarda gerileme ve ya kayıplar görülebilmektedir. Ancak bu kayıplar tüm yaşlılar için aynı seviyede değildir. Her yaşlıda farklı bilişsel fonksiyonlar farklı düzeyde etkilenmektedir. Yaşlılıkta sinir hücrelerinde görülen hasarlar yaşlılarda bellek, öğrenme, dikkat, dil ve akıl yürütme üzerinde sorunlara sebep olabilmektedir. Yaşlı bu dönem içerisinde yeni bir bilgi öğrenme, bir konu hakkında karar verme, düşünme ve konsantrasyon gibi konularda zorluk yaşamaktadır. Bu durum yaşlıda dikkat ve çevresini algılama konusunda sorunlara yol açabilmektedir.³⁴

2.1.5.3. Sosyoduygusal Gelişim

Yaşlılar ilerleyen yaşla birlikte bir takım sosyoduygusal değişimlerle karşılaşmaktadır. Bunlar; çalışma hayatı sona eren yaşlılarda emeklilik dönemine geçme, yeni roller, eş ve ya yakınını kaybetme, içe dönük bir yapıya geçme olabilmektedir.

Toplumumuzun sosyo-kültürel yapısı sebebiyle birçok yaşlının çocuklarının yanında kalmakta olduğu bilinmektedir. Ancak günümüzde geleneksel aile yapısında meydana gelen değişimler sebebiyle çekirdek aile yapısına geçişle, huzurevinde kalan yaşlıların sayısının artmakta olduğu görülmektedir.³⁵ Buna bağlı olarak yaşlı aile yapısından uzaklaşarak huzurevi yaşantısına adapte olmaya çalışmaktadır.

2.1.6. Yaşlılık Dönemi Sorunları

2.1.6.1. Fiziksel Sorunlar

Bu dönemde yaşlanmayla birlikte kalp dokusunda meydana gelen değişiklikler kalbin işleyişini etkilemekte, kalp kasının güçsüzleşmesi ve kalp kapaklarının kalınlaşması sebebiyle kalbe kan pompalanması da azalmaktadır. Bunlara bağlı olarak yaşlılık döneminde kalp hastalıkları sık görülmektedir.³⁶

³³ Murat Aslan ve Çiçek Hocaoğlu, “Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, s.53-62.

³⁴ Eyüboğlu vd., a.g.e., s.18-22.

³⁵ Saliha Altıparmak, “Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doymu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler”, Fırat Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2009, Cilt: 23(3), s. 159-164.

³⁶ Filiz Özerkan Çakan, “İleri Yaşta Kardiyovasküler Fizyolojide Değişiklikler”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2017, Cilt: 45, s.5-8.

İlerleyen yaş ile birlikte kemik kitlesindeki azalmalar, kemiklerin kırılmasına ve ya kemik erimesine yol açabilmektedir. Kemik erimesi de yaşlıda boy kısalmasına, duruş bozukluğuna sebep olabilmektedir. Yaşlılık döneminde kas kaybı sık görülmekte ve bu durum "sarkopeni" olarak adlandırılmaktadır. Kas kütlelerinin kaybı yaşlıların günlük işlerini yapmasını zorlaştırmakta, hareketlerinde yavaşlamasına ve fiziksel kapasitesinin azalmasına sebep olabilmektedir.³⁷

Yaşlılık döneminde göğüs duvarında meydana gelen sertlik solunum kaslarına zarar vererek akciğerin işlevini azaltmakta buna bağlı olarak yaşlılık döneminde solunum enfeksiyonları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, tüberküloz görülme oranı artmaktadır.³⁸

Bu dönemde sık görülen bir sorun da Deliryumdur. Deliryum fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bağımsızlık kaybı olarak görülmektedir.³⁹ Deliryumda en yaygın olarak görülen semptomlar; bilinç bulanıklığı, dikkat ve konsantrasyonu devam ettirmede yaşanan zorluk, dezorganize düşünce, bellekte oluşan hasarlar sebebiyle yakın dönem hatıraları hatırlama konusunda sorunlardır. Deliryumda en önemli semptom dikkat bozukluğudur. Hasta dikkat ve konsantrasyon konusunda zorluk, bir konuda odaklanma sorunu, karşısındakini dinlerken konuşulanları takip etme konusunda güçlük yaşar.⁴⁰

Yaşlılarda sıklıkla görülen bir diğer sorun Noktüridir. Noktüri, yaşlıların gece idrar yapma ihtiyacı sebebiyle bir ve ya daha fazla uyanmayı ifade eder ve yaş ilerledikçe bu sıklık artmaktadır. Bu sorun yaşlıda dolaylı yoldan farklı sorunlara sebep olabilmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda; 60 yaş ve üzeri bireylerin Noktüri sebebiyle uykuya dönme konusunda sorun yaşamakta oldukları ve bu sorunun uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yaşlı bireylerin %30' u gece 2 den fazla Noktüri nöbeti geçirir ve bu da uyku kalitesi ile birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.⁴¹

2.1.6.2. Bilişsel Sorunlar

Yaşlılık döneminde en sık görülen sorunlardan biri demanstır. Demans genellikle yaşlı bireylerde görülmekle birlikte, bilişsel fonksiyonlarda ve bireyin sosyal hayatı üzerinde olumsuz etkiler yaratan, ilerleyen yıkım olarak nitelenen bir

³⁷ David L. Gallahue, *Understanding Motor Development*, Çev. Dilara Sevimay Özer ve Abdurrahman Aktop, Nobel Yayınevi, Ankara, 2013, s.50.

³⁸ Belgin Yıldırım vd., "Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2012, Cilt: 2 (2), s.19-23

³⁹ Tamara G. Fong, vd., "Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment", *Nature Reviews Neurology*, 2009, Cilt:5, Sayı:4, s. 210-220.

⁴⁰ Mustafa Cankurtaran ve. Eylem Şahin Cankurtaran, "Demansa Bağlı Davranış Bozuklukları ve Deliryum", *İç Hastalıkları Dergisi*, 2008, s.10.

⁴¹ Camille P Vauhna and Donald L Bliwise, "Sleep and Nocturia in Older Adults", *Sleep Medicine Clinics*, 2017, Cilt: 13(1), s. 107-116.

sendromdur. Aslında demans bir hastalığı değil, birden fazla hastalıklar topluluğunu ifade eden bir terimdir.⁴²

Alzheimer tüm demans türlerinin %50-%80' ini oluşturmaktadır. Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı, 65 yaş öncesinde başlar ve bu dönemde başlayan Alzheimer'da genetik faktörlerin etkisinin olduğu belirtilmektedir. Yaşlı bireylerde ise 65 yaşından sonra Alzheimer görülme oranı 2 kat daha artmaktadır.⁴³ Alzheimer hastalığında erkek bireyler ve düşük eğitim düzeyi ilerleyen yaşlarda risk faktörü olarak görülmektedir. Alzheimer hastalarında ilk olarak bellek hasarları meydana gelir ve ilerleyen dönemlerinde dikkat, konuşma, görsel fonksiyonlar ve günlük sosyal faaliyetlerinde hasarlar görülmektedir. Bununla birlikte hastalarda görülen varsanılar, depresyon ve ajitasyon gibi durumlar hastalığın herhangi bir evresinde meydana gelebilir.⁴⁴

Bir diğer demans türü olan vasküler demans, vasküler kaynaklı beyin hasarları ile ilgili hem bilişsel hem de davranışsal belirtilerin bir tertibini ifade eder. Bu demans tüm demans türlerinin %10-20' sini kapsamaktadır.⁴⁵ Vasküler demansın iki formu vardır. Birincisi semptomatik ve ikincisi gizli vasküler beyin bozukluğudur. Bu demans türündeki semptomlar; dikkat, hafıza, dil, görme problemleri ve sanrılar şeklinde görülebilmektedir.⁴⁶

Bu dönemde en fazla görülen ikinci nörodejeneratif hastalık Parkinson' dur. 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların % 2-3 oranında etkilendiği görülmektedir.⁴⁷ Parkinson hastalığında bilişsel işlevlerde bozulmalar, karışık motor ve motor dışı kasların titremesi gibi belirtiler görülmektedir.⁴⁸ Parkinson hastalığında semptomlar gizlice başlar ve yıllar içinde ağırlaşmaktadır. Hastalığın ilk evrelerinde güçsüzlük ve erken yorulma şikayetleri ile ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden Parkinson' da başlarda tanı koymak oldukça zordur ve erken evrede depresyon ve Alzheimer ile karıştırılabilir. Motor semptomlarının bilateral hale gelmesi sonrası aylar ve ya yıllar içinde tanı konabilmektedir.⁴⁹ Parkinson hastalarında en çok rastlanan sorunlardan biri de uyku bozukluklarıdır. Parkinson' lu bireylerden %76 sının hastalığa bağlı olarak ortaya

⁴² Myron F. Weiner and Anne M. Lipton, *Textbook of Alzheimer Disease and Order Dementias*, American Psychiatric Publishing, Texas, 2009, s.5.

⁴³ Bacanlı ve Terzi, a.g.e., s. 322-344.

⁴⁴ Kaynak Selekler, "Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı", *Türk Geriatri Dergisi*, 2010, Cilt:13, Sayı: 3, s. 9-14.

⁴⁵ Vivek Srinivasan, "Genetic and environmental factors in vascular dementia: an update of blood brain barrier dysfunction", *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 2016, Cilt: 43, s. 515-521

⁴⁶ Edwin SY Chan vd., "Traditional Chinese herbal medicine for vascular dementia Monitoring" *Cochrane Database Syst Rev.*, 2018, Cilt: 12, s.

⁴⁷ Werner Poewe vd., "Parkinson Disease", *Nature Reviews Disease Primers*, 2017, Cilt: 23(3), s.

⁴⁸ Mandy Roheger vd., "Progression of Cognitive Decline in Parkinson's Disease", *Journal of Parkinsons Disease*, 2018, Cilt: 8(2), s. 183-193.

⁴⁹ Raif ÇAKMUR, "Parkinson Hastalığı ve Medikal Tedavisi", *Klinik Gelişim*, 2011, s. 53-58.

çıkan kas hareketleri ve solunum problemleri sebebiyle kötü uyku kalitesine sebep olduğu, buna bağlı olarak aşırı gündüz uykululuğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır.⁵⁰

2.1.6.3.Sosyoduygusal Sorunlar

Yaşlılık döneminde emeklilik, eş kaybı, huzurevi, sosyal çevresinin kısıtlı olması, ekonomik sıkıntılar gibi meydana gelen değişimler yaşlıda bir takım sosyoduygusal sorunlara yol açabilmektedir. Bu dönemde emeklilik hayatına geçiş ile yaşlı bireylerde işe yaramaz ve değersizlik hissi yoğun olarak görülmekte ve yaşlılar bu duruma alışma ve uyum sağlama konusunda zorluk yaşayabilmektedir. Yaşlıda daha çok benmerkezci davranışlar, duygusal yönden daha güçsüz bir yapı görülmektedir. Günlük aktivitelerini yerine getirmek için başkalarına ihtiyaç duyan yaşlı bundan dolayı kendisine olan saygısını ve güvenini kaybetmektedir.⁵¹

Ailenin sosyal ve iş hayatı sebebiyle yaşlı bakımı konusunda sorunlar yaşaması ya da yaşlının ailesine yük olmak istememesi sebebiyle son dönemlerde yaşlılar için huzurevi daha fazla tercih edilmektedir. Bu dönemde evde yalnız yaşayan yaşlılarda kaygı, ölüm endişesi, yalnızlık gibi düşünceler görülebilirken huzurevindeki yaşlılarda ise ailesinden uzak kalması sebebiyle kendisini daha fazla değersiz, toplumdan soyutlanmış ve yalnız hissettiği görülmektedir. Yaşlılarda görülen yalnızlık hissi yaşlıda hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlık sorunları oluşturabilmektedir. Yalnızlık çoğunlukla; depresyon, kaygı, mide hastalıkları gibi ciddi sorunlara sebep olabilmektedir.⁵²

Depresyon, bireylerin tedavi edilmemesi halinde toplum ve sağlık açısından önemli zararlara neden olan ciddi bir hastalıktır. Yaşlılarda görülen depresyon için ayrı ölçütler yoktur ancak gençlerde görülen depresyon belirtilerinden farklılıklar gösterebilir. Örneğin, yaşlılık döneminde görülen majör depresyonun gençlik dönemdeki depresyona göre daha ağır geçtiği görülmektedir.⁵³ Yaşlılık döneminde toplumdaki roller, fiziksel hastalık, kayıp, sosyal ortam gibi durumlar yaşlı bireyleri depresyona daha duyarlı hale getirebilmektedir. Özellikle huzurevlerinde kalan yaşlılarda görülen depresif belirtiler evde yaşayan yaşlılara göre daha fazladır. Görülen bu depresif belirtiler önemli sağlık problemlerine sebep olabilir ve hatta intihar girişimi için ciddi risk oluşturabilmektedir. Bu dönemde görülen depresyon,

⁵⁰ Gülçin Benbir ve Derya Karadeniz, "Parkinson Hastalığında Uyku Bozuklukları", *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2011, Cilt: 14(2) s.59-72

⁵¹ Tuğba Sarı, Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Müzik Dinleme Uygulamasının Stresle Baş Etme Ve Öfke Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2019, s.10 (**Yüksek Lisans Tezi**).

⁵² Aslan ve Hocaoglu, a.g.e, s. 53-62.

⁵³ Tze-Pin Ng, "Old age depression: worse clinical course, brighter treatment prospects?" *The Lancet Psychiatry*, 2018, Cilt:5, Sayı:7, s. 1.

yaşlıların yaratıcılığında, yaşam kalitesinde ve bilişsel anlamda bozulmalara sebep olabilmektedir.⁵⁴

2.2. YAŞLILIK DÖNEMİNDE NİKOTİN (TÜTÜN) KULLANIMI

2.2.1. Tarihçe

Amerika' nın ikliminde yetişen tütün, ilk olarak yerli halkın yapraklarını çiğnemesiyle birlikte o bölgede kullanılmaya başlanmıştır. 1492 yılında Christopher Coumbus' un Amerika' yı keşfi ile diğer kıtalarda ve adalarda tütün yaprakları takas haline gelmiş, 1500' lü yıllarda ise Avrupa' lı denizciler tarafından tanınmasıyla birlikte dünyada kullanımı yaygınlaşmıştır. Tütün tıbbi içerikleri incelenerek, adını "Nicotiana tabacum" olarak almış ve bağımlılık yapıcı alkaloid ve nikotin için kullanılmıştır.⁵⁵

Nikotin bağımlılığı terimi ilk olarak Amerikalı doktorlar tarafından tanımlanmış, içerisindeki nikotin maddesi üzerinde durulmuştur.⁵⁶ Nikotin bağımlılığı, 1988 yılında "ABD Genel Cerrahi Raporunda" resmen tanınmıştır. Yine bu dönemde sigara içme davranışının psikolojik ve fizyolojik açıdan insanlar üzerinde bağımlılığa yol açtığı kabul edilmiştir. Rapora göre, sigara içmenin nikotin bağımlılığına sebep olduğu belirtilmiştir.⁵⁷

Ülkemizde sigara kullanımı konusunda önlemler alınması adına ilk adım 1996' da atılmış, çeşitli mekanlarda sigara kullanılmasının önüne geçilmiştir. Bu yasayla 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışı yasak hale gelmiş, medyada sigaranın sağlığa zararları konusunda yayın zorunluluğu gelmiştir. 2004 yılında ise "Tütün Kontrolü Çerçevesi" imzalanmıştır.⁵⁸

2.2.2. Epidemiyoloji

Hem dünyada hem de Türkiye' de bağımlılığa sebep olan sigara önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada 7 milyon insanın ölümünün sigaraya bağlı olarak gerçekleştiği bilinmektedir. DSÖ, tütün ürünleri konusunda ciddi önlemler alınmaması durumunda 2030 yılına kadar 8 milyona yakın ölümün gerçekleşeceğini

⁵⁴ Daniel P. Chapman and Geraldine S. Perry, "Depression as a major component of public health for older adults", *Prev Chronic Disease*, 2008, Cilt:5, Sayı:1, s. 1-9.

⁵⁵ John A. Dani and David J.K Balfour, " Historical and current perspevrive on tobacco use and nicotine addiction" *Trends Neurosci*, 2011, Cilt: 34, Sayı: 7, s. 383-392.

⁵⁶ Mehmet Atilla Uysal, "Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi", *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2016, Cilt: 4, Sayı: 1, s. 37-43.

⁵⁷ Lorraine Caron vd., "Review Nicotine addiction through a neurogenomic prism: Ethics, public health, and smoking", *Nicotine&Tobacco Research*, 2005, Cilt:7, Sayı:2, s. 181-197.

⁵⁸ Yeşilay "Tütün Bağımlılığı", <https://yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/tutun-bagimliliği>, (Erişim tarihi: 21.02.2020).

bildirmiştir.⁵⁹ Dünya genelinde 1,3 milyar insanın sigara kullanmakta olduğu, % 40' inin Amerika' da sigara sebebiyle öldüğü bilinmektedir.⁶⁰

Yapılan istatistik sonuçları ülkemizde sigara kullanımının ciddi bir boyutta olduğunu, "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı" nın 2012 yılı raporunda; ülkemizde kadınlarda %13.1, erkeklerde %41.5 oranı olmak üzere toplam %27.1 oranında sigara kullanımının olduğu bildirilmiştir. ⁶¹ TUIK' in 2016 verilerinde; Türkiye' de kadın ve erkek en fazla sigara içenlerin 34-44 yaş aralığında olduğu, 15 yaş üstü bireylerin %26,5' i sigara içtiği tespit edilmiştir. Bu oran geçmiş yıllarda daha yüksek olmakla birlikte kadın içicilerin oranında artış, erkeklerde sigara kullanım oranında düşüş olduğu görülmektedir.⁶²

Amerika' da yetişkin ve yaşlı nüfusu konusunda yapılan çalışmada, 45 yaş üstündekilerin yaklaşık %41 'nin, 65 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık %9.3' ünün sigara kullandığı görülmüştür.⁶³ Türkiye' de ise yaşlılık ile ilgili yapılan literatür taramasında çok çalışma yapılmadığı görülmüş, Van ilinde yapılan bir çalışmada, yaşlı nüfusun %25.5' inin sigara içtiği, bunlardan %13.4 'ünün kadın yaşlı olduğu, %38.6' sının da erkek yaşlı olduğu belirtilmiştir. ⁶⁴

2.2.3. Risk faktörleri

Sigara kullanımı açısından genç bireyler, düşük eğitim seviyesi, sağlık konusunda bilincin az olması, genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, sosyal çevre ve aile ortamı risk faktörleridir. Özellikle kişilik özelliklerinden dışa dönük yapıda ve yenilik arayışı içerisinde olan ya da dürtülerini kontrol edemeyen bireylerin sigara kullanımı için riskin yüksek olduğu bilinmektedir. Bunların yanında bazı kişiler psikolojik bir destek ve ruhsal durumunu bastırmak amacıyla sigara kullanmaktadır. Yaşam olayları, yaşanan stres, çevresinde sigara içen birilerinin olması kullanımı arttıran faktörlerdir.⁶⁵ Özellikle yaşlılarda sigarayı bırakmanın çok büyük bir sağlık kazancı sağlayamayacağı, hayattaki son zevklerinden biri olması ve alışkanlıklarının

⁵⁹ Dilek Aslan, "Tütün Kontrolünde Farkındalığın Önemi", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2018, Cilt: 27, s.1-4.

⁶⁰ Leyla DOĞAN ve Vildan MEVSİM, "Anksiyete, Depresyon ve Sigara Bağımlılığı", *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi*, 2020, Cilt: 5(1) s.22-6.

⁶¹ T.C Sağlık Bakanlığı, "Türkiye'de Tütün Kontrolü Çalışmaları", <https://www.saglik.gov.tr/TR,3286/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari-31052012.html> (Erişim tarihi: 31.05.2020).

⁶² Türkiye İstatistik Kurumu, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması", <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (Erişim tarihi: 04.02.2020).

⁶³ Uğur Şahin ve Gülay Sahin Güven, "Yaşlılarda Sigara Kullanımı ve Bıraktırmaya Yönelik Çabalar: Uğraşmaya Değer mi?", *Akad Geriatri*, 2010. Cilt: 3, s.1-12.

⁶⁴ Türk Geriatri Derneği Resmi İnternet Sayfası, "Yaşlılık Döneminde de Sigaradan Uzak Durmak Gerekir" <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=15> (Erişim tarihi: 12.02.2020).

⁶⁵ Türkiye Psikiyatri Derneği, "Nikotin (Sigara Bağımlılığı)", <https://www.psikiyatri.org.tr/halkayonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği> Nikotin (Sigara Bağımlılığı) (Erişim tarihi: 17.03.2020).

değiştirmenin zor olması düşüncesi sigara bırakmayı zorlaştırmaktadır.⁶⁶ Ayrıca aile desteği alamayan tek yaşayan ve ya huzurevinde kalan yaşlıların sigara kullanımı açısından risk faktörü olduğu söylenebilir.

2.2.4. Koruyucu faktörler

Sigara bırakmada hazır oluşu inceleyen birçok araştırmada yaş, eğitim, gelir, günlük içilen sigara miktarı, sigarayı bırakma girişimi, nikotin bağımlılık düzeyi, sigara içmenin olumlu ve olumsuz yönlerini algılama durumu vb. gibi birçok faktörün bireyin sigara bırakmada etkili olduğu belirtilmektedir.⁶⁷ Sigara kullanımına ilişkin koruyucu faktörler hem bireysel hem de çevresel etkenlerle gelişmektedir. Kişinin kendi içerisinde kontrollü ve disiplinli olması, kendisine ait sorunlarını çözüme kabiliyetinin olması, sosyal hizmetin sürdürülmesi, aile, akraba ve sosyal çevrenin güçlü olması sigara kullanımı için koruyucu faktörlerdir.⁶⁸

2.2.5. DSM 5'e göre Nikotin (Tütün) İle İlişkili Bozukluklar

2.2.5.1. Tütün Kullanım Bozukluğu

İstenilenden daha fazla miktarda ve uzun süreli kullanma, bırakma istediğine karşın sürekli başarısız olma, tütün kullanmak için oldukça zaman ayırma, tütün kullanmak için büyük arzu duyma, sosyal hayatındaki sorumluluklarını ve aktivitelerini yerine getiremememe, tütün ile ilgili diğer insanlarla sorun yaşamasına rağmen kullanmaya devam etme, tütüne karşı tolerans gelişmesi ve yoksunluk belirtileri olarak meydana gelmesidir.⁶⁹

2.2.5.2. Tütün Yoksunluğu

Tütünün en az birkaç hafta ve her gün kullanılması sonrasında bırakıldığında, 24 saat içerisinde; çabuk öfkelenme, bunaltı, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, iştah artışı, huzursuzluk, çökkünlük, uykusuzluk belirtilerinden dört ve ya daha fazla belirtinin meydana gelmesi durumudur.⁷⁰

⁶⁶ Sharon M. Hall vd., "Older versus younger treatmentseeking smokers: differences in smoking behavior, drug and alcohol use, and psychosocial and physical functioning", *Nicotine Tobacco Research*, 2008, sayı:10, s. 463-70.

⁶⁷ Funda Karadağlı ve Nursen Nahcivan, "Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, Cilt: 5 (1), s. 8- 15.

⁶⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Bağımlılıkta Koruyucu Faktörler" <https://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/TR,50298/bagimlilikta-koruyucu-faktorler-nelerdir-.html> (Erişim Tarihi: 12.05.2020).

⁶⁹ Ertuğrul Köroğlu, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Tanı Ölçütleri*, Hekimler Yayın Birliği, 2013, s.280-281.

⁷⁰ Köroğlu, a.g.e., s.280-281.

2.2.5.3. Tütün Kullanımının Yol Açtığı Sorunlar

Sigara tüm dünyada önlenabilir bir sağlık problemi ve ölüm nedeni olarak yer almaktadır.

Sigara içen bireyde kardiyovasküler hastalıklar, astım, bronşit gibi solunum yolu ve akciğer bağlı gelişen hastalıklar ve bazı kanser türleri görülebilmektedir.⁷¹ Ayrıca deri üzerinde birçok sorunlara yol açarak cilt kanserine, midede ülser ve gastrit gibi hastalıklarla birlikte mide kanserine de sebep olmaktadır. Özellikle sigara kullanımı yaşlı bireyler için çok daha ciddi sorunlar ve mortalite açısından önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalar, 65 yaş ve üstü bireylerde sigara kullanımının kalp ve kan damarlarına bağlı gelişen ölümlere sebep olduğu bildirmektedir.⁷² Sigara bazı kanser türlerine bağlı ölümlerin %30' undan fazlasının, KOAH' a bağlı ölümlerin ise yaklaşık %80' in en önemli nedeni olarak görülmektedir.⁷³

Sigaranın yol açtığı bir diğer sorun uykuda görülür. Sigaranın içerisinde bulunan nikotinin bağımlılık yapıcı bir madde olması sigarayı bırakmayı zorlaştırmakla kalmaz aynı zamanda gece yoğun yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması sebebiyle uykuya başlamada sorunlara ve sık uykudan uyanmalarla birlikte kötü uyku ve hatta uykusuzluğa neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak sigara, kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerde dolaylı olarak duygusal, bilişsel fonksiyonlar üzerinde ve yaşam kalitesinde bozulmalara sebep olabilmektedir.⁷⁴

2.3. UYKU

2.3.1. Normal Uygunun Tanımı

Uyku, Fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan, bireyin yaşam kalitesini, fizyolojik ve psikolojik sağlığını etkileyen, vücudun yenilenmesini sağlayan günlük aktivitedir.⁷⁵

2.3.2. Uygunun Fizyolojisi

Uyku 5 aşamadan ve iki temel bölümden oluşmaktadır. Bu iki temel bölüm REM ve NonREM olarak adlandırılmaktadır. Birey uykusunun %80' ini REM dışı uykuda, % 20' sini ise REM uykusunda geçirmektedir. REM dışı uyku kendi içerisinde 4 evreden oluşmaktadır. Bu evreler; 1. evrede birey çok derin uykuda değildir, uykuya dalma olduğu evredir ve 1-7 dakika sürmektedir. 2. evrede gerçek

⁷¹ IfeanyiChukwu O. Onor vd., "Clinical effects of cigarette smoking: epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options", *International Journal of Environmental Research and PublicHealth*, 2017, Cilt: 14(10), s.1147.

⁷² Şahin ve Güven, a.g.e., s.1-12 a.ge.

⁷³ "Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004", MMWR Morbidity and Mortal Wkly Report, USA, 2008, sayı: 45, s. 1226.

⁷⁴ Liao vd., a.g.e. s.2.

⁷⁵ Karakaş vd., a.g.e. s.17-26.

uyku olarak bilinen uykunun ilk evresidir. Bu evrede vücudun ısısı düşmeye ve kaslar gücünü kaybetmeye başlar. Bu evrede 10-25 dakika arasında sürmektedir. 3. ve 4. Evre ise uykunun en derin evreleridir. Bu evredeyken uykudan uyanmak daha zordur. Birey için fiziksel büyüme ve beyin gelişimi açısından hormon salgılanan bölümdür. REM uykusu ise hızlı göz hareketlerinin olduğu, % 80 oranında rüyaların görüldüğü bir dönemdir. Bu evrenin ilk döngüsünde 10 dakikadan kısa zaman geçirilir ve diğer döngülere geçilir. Diğer döngüler 15 ila 40 dakika arasında sürmektedir.⁷⁶

2.3.3. Uykunun İşlevleri

Uyku “Maslow’un Temel İhtiyaçlar Hiyerarşisi” nde en önemli ihtiyaçlardan olan fiziksel ihtiyaçlar grubunda yer almaktadır. Uyku her yaştaki birey için oldukça önemli, temel bir gereksinimdir.⁷⁷ Bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaşam kalitesini etkilemektedir.⁷⁸

Uyku vücudun dinlenmesinin yanında fizyolojik sistemlerin daha iyi çalışması için çok önemlidir. Buna bağlı olarak dolaşım sistemi normale göre daha fazla çalışır, kan dolaşımı, cilt, doku ve organlarda olumlu etkilerinin yanında büyüme hormonunun da uyku esnasında salgılandığı bilinmektedir.⁷⁹ Uykunun fizyolojik etkilerinin yanında psikolojik etkileri de oldukça fazladır. Bireyin gün içerisindeki verimliliğin artmasına ve ruhsal olarak yenilenmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde uykunun bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumlu etkisinin yanında gün içerisinde fiziksel ve psikolojik olarak iyilik hali ve yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir. ⁸⁰ Sağlıklı uyku yaşlılarda zihinsel işlevler, günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerisi, daha az düşme riski ve daha az hastalık sebebiyle hastaneye yatış açısından önemlidir.⁸¹

2.3.4. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, kişinin uykudan uyandıktan sonra psikolojik ve fiziksel olarak kendisini zinde, enerjik ve o güne hazır hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Uyku kalitesi, uykuya başlama saati, toplam uyku süresi, gece uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerinin yanında niteliksel olarak bireyin vücudunu ve zihnini

⁷⁶ Leyla Şahin ve Meral Aşçıoğlu. “Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 22(11), 2013, s. 93-98.

⁷⁷ Üstün ve Yücel, a.g.e. s. 29-38.

⁷⁸ Karakaş vd., a.g.e., s. 17-26.

⁷⁹Levent Öztürk, “Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz?”, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt: 70, s.114-121.

⁸⁰ Pelin Yazgan “Yaşlıda Uyku Sorunu” *Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2009,Cilt: 55(2), s. 67-68.

⁸¹ Joseph M. Dzierzewski and Natalie D. Dautovich, “Who Cares about Sleep in Older Adults”, *Clinical Gerontologist*, 2018, Cilt: 41(2), s. 109-112.

dinlendirmesi gibi yönleri de içermektedir.⁸² Bireyin yeterli sürede ve kaliteli uyuması; gün içerisinde konsantrasyon eksikliği ve fiziksel yorgunluk durumunun olmaması, kendisini iyi hissetmesi, günlük işlerini ertelemekten yapması açısından oldukça önemlidir. Ancak yaş, cinsiyet, kronik hastalıklara bağlı ağrılar ve ilaç kullanımı, ruhsal bozukluklar, olumsuz çevresel etkiler uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle yaşlılarda uyku kalitesi oldukça önemlidir. Yaşlıların gece uykusundaki kalitenin bozulması gün içerisinde bir takım sorunlara yol açabilmektedir. Bunlar; gündüz aşırı uyku hali, yorgunluk, kaza ve düşme riski, dikkat, konsantrasyon ve bilişsel işlevler konusunda performansın düşmesidir.⁸³ Buna bağlı olarak çeşitli uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır.

2.3.5. Yaşlılık Döneminde Uyku ve Uyku Bozuklukları

Yaşlı ilerleyen yaş ile birlikte uykuya başlama ve uykuyu sürdürme konusunda zorluk yaşamaktadır. Normal yaşlanma süreci içerisinde yaşlı bireylerde uyku süresi ve uyku kalitesi de değişmektedir. Gece sık uyku bölünmeleri sebebiyle de gündüz kısa uyuklamalar oldukça fazla görülmektedir. Toplum tarafından yaşlıların uykuya olan ihtiyacının az olduğu inancı doğru değildir. Aslında yaşlılarda azalan uykuya olan ihtiyaç değil, uyku yeteneğidir.⁸⁴ Yaşlılarda görülen bu uyku değişiklikleri, REM uykusunu etkilemekte ve yaşlıların artan sağlık problemleri ve ağrıları sebebiyle yaşadıkları uyku bölünmeleri nedeniyle uyku döngülerinin miktarı artarken bu döngülerin ve REM uykusunun süresi de kısalmaktadır.⁸⁵

Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal yapıdaki değişimler uyku kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir. Özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılarda korku ve yalnızlık gibi düşünceler, huzurevlerinde kalan yaşlılarda ise kalmakta olduğu kurumlarda yeterli güneş ışığı alamaması, tek kişilik odalarda kalmayan yaşlılarda ise odanın sessiz olmaması uyku bozukluklarındaki değişimlerin kaynağı olabilmektedir. Bunların yanında yaşlılık döneminde meydana gelen demans, deliryum ve depresyon gibi hastalıklar uyku kalitesini etkilediği bilinmektedir.⁸⁶ Bu dönem içerisinde; Uykusuzluk (İnsomniya) Bozukluğu, Aşırı Uykululuk (Hipersomnia) Bozukluğu, Narkolepsi, Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları sık görülen uyku bozukluklarıdır.

⁸² Mehmet Karadağ, *Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2)*, T Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, s.739- 747.

⁸³ Amanda Schurle Bruce and Mark S. Aloia, "Sleep and Cognition in Older Adults", *Sleep Medicine Clinics*, 2006, Cilt:1(2), s. 207–220.

⁸⁴ Bruce and Aloia, a.g.e., s.207-220.

⁸⁵ Gönül Özgür ve. Leyla Baysan , "Yaşlılarda Uyku Sorunları", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, Cilt: 21(21), s. 97-105.

⁸⁶ Canan Esenyel, Edirne Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2012, s.24, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).

2.3.5.1. Uykusuzluk (İnsomnia) Bozukluğu

İnsomnia, kişinin uykuya başlamakta ve sürdürmekte zorluk yaşaması, sık uyku bölünmeleri ve uyanmalardan sonra tekrar uyumakta güçlük yaşaması, sabahları erken kalkma ve uyandıktan sonra tekrar uyuyamama belirtilerinden en az biri ile uykunun kalitesi ve süresi açısından doyumsuzluk şikayetleri olarak bildirilmiştir. Haftada en az üç gece ortaya çıkıp en az üç ay sürer.⁸⁷ Yaşlılarda en yaygın uyku bozukluklarından biri olan insomnia gençlere göre daha fazla görülmekte ve ortaya çıkan uykusuzluk belirtileri %30-48 oranındadır.⁸⁸ İnsomnia görülen yaşlı uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluk yaşar, uykuya dalamamaktan korkar, bu yaşadığı uykusuzluk belli bir ruhsal ve fiziksel problemle alakalı değildir. Ama yaşadığı stres durumu, öfke, endişe gibi duyguların bastırılması ve yaşlılık ile birlikte bu sorun daha da artmaktadır.⁸⁹ İnsomnia için; kronik hastalıklar, bunlara bağlı olarak kullanılan ilaçlar, alkol ve ya madde kullanımı ve psikiyatrik bir takım bozukluklar, kadın cinsiyet ve yaşlılar risk faktörleridir.⁹⁰

2.3.5.2. Aşırı Uykululuk (Hipersomnia) Bozukluğu

Gün içerisinde tekrarlanan uyku evreleri ve aniden uykuya geçme, 9 saatin üzerinde uyku süresi ve uykunun dinlendirici olmaması, aniden uyandığında uyanık kalmakta zorluk yaşama belirtilerinden en az biri ile birlikte, kişinin en az yedi saat ana uyku evresi sürmesine karşın aşırı uykululuk durumu bildirmesidir. Haftada en az üç gece ortaya çıkıp en az üç ay sürer.⁹¹ Yaşlıların %10-30 oranında etkilendiği ciddi bir uyku sorunudur. Gündüz uykululuğu olan yaşlılarda genellikle gün içerisinde fiziksel aktivite gerektiren işlerde performansın azaldığı, dikkat ve konsantrasyon konusunda sorunlar yaşandığı, daha fazla düşme riski olduğu görülebilmektedir.⁹² Bu yakınmalar ile hipersomnia'nın psikiyatrik hastalıklar ve özellikle majör depresif bozuklukla ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁹³

2.3.5.3. Narkolepsi

Gün içerisinde meydana gelen, tekrarlayan ve durdurulamayan uyku ihtiyacı, aniden uykuya geçme ve ya kısa gündüz uykusu dönemlerinin son 3 ayda en az

⁸⁷ Köroğlu, a.g.e., s.185-186.

⁸⁸ Dhaval Patel vd., "Insomnia in the Elderly: A Review", *Journal Clinical Medicine*, 2018, Cilt:14, Sayı:6 s. 1017-1024.

⁸⁹ Özgür ve Leyla Baysan, a.g.e.,s. 97-105.

⁹⁰ Necla Keskin ve Lut Tamam, "Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi", *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2018, s. 241-260

⁹¹ Köroğlu, a.g.e., 186-187.

⁹² Yao-Tung Lee vd., "Daytime sleepiness: a risk factor for poor social engagement among the elderly", *Psychogeriatrics*, 2013, Cilt:13, Sayı: 4, s. 213- 220.

⁹³ Lucie Barateau vd, "Hypersomnolence, Hypersomnia, and Mood Disorders", *Current Psychiatry Reports*, 2017, Cilt: 19, Sayı: 2, 11-13.

haftada üç kez meydana gelmesi durumudur.⁹⁴ Bu uyku bozukluğu olan bireylerde engellenemez şekilde uyku ataklarının meydana geldiği, buna bağlı olarak kısa süreli uykuya dalmaların olduğu belirtilmektedir. Kişiler genellikle uykudan uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş olarak ifade ederler.⁹⁵ Narkolepsi erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Genel olarak erken yaşlarda başlar ancak 60 yaşından sonra da başladığı görülebilmektedir. Tam olarak bu uyku bozukluğunun nedeni bilinmemektedir. Genetik durumlar, enfeksiyon gibi bazı durumlar neden olabilmektedir.⁹⁶

2.3.5.4. Tıkayıcı Uyku Apnesi (OSAS)

Gece ortaya çıkan horlama, yüksek sesli solunum, uyku esnasında solunumun duraklaması, başka ruhsal bir bozuklukla tanımlanamayan, başka bir sağlık problemi ile bağlanamayan, bitkinlik, gündüz uykululuk, koşulların elverişli olmasına rağmen uykunun dinlendirici olmaması olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan anatomik bir takım değişimler uyku apnesine neden olmaktadır.⁹⁷ Bu nedenle uyku apnesinin yaşlılarda görülme sıklığı daha fazladır. Yaşlı erkeklerde %70 oranında, kadın yaşlılarda ise %56 oranında görülmektedir.⁹⁸ Yapılan bazı çalışmalarda huzurevlerinde kalan Alzheimer ve Demanslı yaşlıların kullandığı ilaçlara bağlı olarak uyku apnesinin %42 oranında görüldüğü tespit edilmiştir.⁹⁹

2.4. NİKOTİN (TÜTÜN) KULLANIMI VE UYKU

Sigara kullanımı değişik mekanizmalar ile birlikte gece uyku kalitesini değiştirebilmektedir. İlk olarak sigaradan gelen nikotininin uyku-uyanıklık döngüsünün üzerinde etkili olan bazı nörotransmitterlerin ortaya çıkması için uyatabilmektedir. İkinci olarak sigara bağımlılarının uyku esnasında nikotin alımı azaldığı için çekilmeye sebep olabilmektedir. Üçüncü olarak ise sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan solunum yolu ve akciğer hastalıkları uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir.¹⁰⁰

⁹⁴ Köroğlu, a.g.e., s.188-189.

⁹⁵ Dursun Karaman vd., "Uyku Bozuklukları", *Türk Nöropsikiyatri Derneği Arşivi*, 2011, s. 80-84.

⁹⁶ Deniz Tuncel ve Fatma Özlem, "Geriatrik Sorunlar: Uyku Sorunları", *Gerofam Tıp Dergisi*, 2010, Cilt:1, Sayı:3, s. 1-24.

⁹⁷ Kasım Göktaş ve İshak Özkan, "Yaşlılarda Uyku Bozuklukları", *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, Sayı: 9, s. 226-233.

⁹⁸ Harrison G. Bloom, "Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons", *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009, Cilt:57, sayı: 5, s.761-789.

⁹⁹ Maritza L. Groth, "Sleep apnea in the elderly", *Clinics in Geriatric Medicine*, 2005, Cilt: 21, Sayı: 4, s.701-12.

¹⁰⁰ Li Zhang vd., "Cigarette Smoking and Nocturnal Sleep Architecture", *American Journal of Epidemiology*, 2006, Cilt: 164, Sayı: 6, s. 529-537.

Sigaranın etken maddesi olan nikotinin bağımlılık yapıcı bir madde olması sigarayı bırakmayı zorlaştırmakla kalmaz aynı zamanda yoğun yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması sebebiyle kötü uyku ve hatta uykusuzluğa neden olabilmektedir.¹⁰¹ Yapılan çalışmalar nikotin yoksunluğu sırasında vakaların %39'unun uykusuzluk yakınmaları olduğunu bildirmektedir. Uyku bozuklukları çoğu zaman depresif ruh hali ve bağımlılık dönemlerinde yoksunluk belirtileri sırasında ortaya çıkması ile ilişkilidir.¹⁰² Sigara bırakma sonrası görülen ilgili uyku bozuklukları belirtileri olarak, gündüz aşırı uyku durumu, agresif ruh hali ve uykuya başlamada zorluk yaşanmasıdır. Uyku bozukluğu genellikle sigarayı bırakmaya çalışan bireyler tarafından daha yaygın olarak görülmektedir.¹⁰³

Sigara dumanındaki birçok gazın üst solunum yollarına etki etmesi sebebiyle burundan nefes almayı engellemektedir. Ağızdan alınan hava da alt solunum yollarına zarar vererek öksürüğe yol açmaktadır. Bu da uyku esnasında solunum yollarının daralmasına buna bağlı olarak uyku apne sendromu ve horlamaya neden olmaktadır. Tüm bu etkilere bağlı olarak sigara uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi engellemektedir.¹⁰⁴

Ayrıca solunum yolu hastalıkları ve akciğer kanseri gibi bir takım problemler oluşturduğu ve bu hastalıkların da uyku üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir.¹⁰⁵

¹⁰¹ Benowitz, **a.g.e.**, s.57–71.

¹⁰² Andreas Jaehne vd., "How smoking affects sleep: A polysomnographical analysis", **Sleep Medicine**, 2012, Cilt: 13, Sayı:10, s.1286–1292.

¹⁰³ Joseph P.H McNamara vd., "Sleep disturbances associated with cigarette smoking", **Psychology, Health & Medicine**, (2013), Cilt: 19, Sayı:4, s.410–419.

¹⁰⁴ Tunçalp Demir, "Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Bakış", **Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri**, 2005, s.149-155.

¹⁰⁵ S.G.Conway vd., "Effect of smoking habits on sleep" **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, (2008), Cilt: 41, Sayı:8 s. 722–727.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Yaptığımız çalışma “ilişkisel tarama modeli” doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. İki ve ya daha fazla değişkenin arasında ilişki olup olmadığını ve derecesini ölçmeyi amaçlayan bir modeldir. Bu modelde korelasyon türü ve iki değişken arasında karşılaştırma türü olarak iki şekilde incelenmektedir.¹⁰⁶

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini huzurevlerinde kalan, 65 yaş ve üzeri yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı İstanbul'daki Bahçelievler, Etiler ve Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkez'lerinde kalmakta olan, 65 yaş ve üstü, Standardize Mini Mental Testinden 24 puan ve üzeri alan, iletişim kurabilen, sigara içen 29 kadın ve 31 erkek, sigara içmeyen 35 kadın ve 26 erkek olmak üzere toplam 121 yaşlı birey oluşturmaktadır. Araştırmada 130 yaşlı birey ile görüşülmüş ancak Standardize Mini Mental Testinden 24 puanın altında almaları sebebiyle 9 birey ile çalışmaya devam edilememiştir. Katılımcıların yaşları ve mevcut fizyolojik rahatsızlıkları sebebiyle veri toplama araçları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Yaşlılar araştırmaya gönüllülük ilkesine göre dahil edilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Demografik Bilgi Toplama Formu

Araştırmacının hazırladığı, katılımcı bireylerin sosyodemografik ve sigara kullanım durumları hakkında bilgi edinmeye yönelik sorulardan oluşturulmuş formdur.

3.3.2. Standardize Mini Mental Testi

Standardize Mini Mental Testi ilk olarak Folstein ve arkadaşları yayınlamıştır. Hastalarda en kısa ve en güvenilir şekilde bilişsel fonksiyonları ölçmek için hazırlanmıştır. Zaman ve mekan yönlendirmesi, kayıt hafıza, hatırlama ve dil olmak üzere test beş alt bölümden ve 21 maddeden meydana gelmektedir. Test

¹⁰⁶ Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005, s.52.

puanlarında sağlıklı ve demans gruplarında anlamlı bir farklılık görüldüğü, hafif ve orta düzeyde demans tanısı için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır. ¹⁰⁷

3.3.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve arkadaşları tarafından ülkemizde uyarlanmıştır. Bu test uyku bozukluğu olan bireyleri uyku bozukluğu olmayan bireylerden ayırt etmeye, uyku ile ilgili sorunları ve uyku niteliğini saptamak için kullanılan ölçme aracıdır. ¹⁰⁸ Testteki toplam 24 sorunun 19' u öz bildirim sorusu, 5 soru ise kalmakta olduğu oda arkadaşı ve ya eşi tarafından cevaplanmaktadır. Son 5 soru puanlamaya katılmaz sadece klinik bilgi amacıyla kullanılır. Testte toplam puanlamaya katılan 18 soru 7 bileşenden meydana gelir. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi uyku latansi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev kullanımıdır. Bileşenlerden bazıları sadece bir soru ile sorulmakta, diğer bazı bileşenler ise birkaç soru grubu ile oluşmaktadır. Testteki her bileşen kendi içinde 0-3 puan ile değerlendirilir. 7 bileşenin puan toplamları ölçeğin toplam puanını belirtir. Bu toplam değer 0-21 arasındadır. Ölçeğin sonucunun yorumlanmasında, toplam bileşenlerin puanının 5' ten yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. ¹⁰⁹

3.4. VERİ ANALİZİ

Kullanılan ölçme aracıyla elde edilen veriler, alt amaçlara uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Huzurevinde kalan ileri yaştaki bireyler, sigara kullanıp kullanmama haline göre gruplandırılmıştır. Değişkenlerin sigara kullanma haline göre dağılımlarına bakılmış, "Ki Kare Testi" ile aralarındaki ilişki incelenmiştir. Uyku kalitesi indeksi ile bileşenlerinin sigara kullanma durumuna göre farklılaşmasına; sigara kullanmayan grupta daha önce sigara kullanması haline göre değişmesine "bağımsız gruplar t-testi" ile incelenmiştir. Sigara kullanan yaşlılarda, Pittsburg Uyku kalitesi indeksi ve bileşenlerinin sürekli değişkenlerle ilişkisine "Pearson Korelasyon Analiziyle" bakılmıştır. Pittsburg Uyku kalitesi indeksinin sigara kullanıp kullanmama ve değişkenler açısından değişip değişmediğini araştırmak amacıyla "İki Yönlü ANOVA" kullanılmıştır.

¹⁰⁷ Can Güngen vd., "Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, Cilt:13(4), s.273-281.

¹⁰⁸ Ömer Aytemir ve Ertuğrul Köroğlu, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009, s. 348-349.

¹⁰⁹ Daniel J. Buysse vd., "The Pittsburg Sleep Quality Index: A New instrument for Psychiatric Practice and Research", *Psyhiatry Research*, Cilt: 28, 1988, s. 193-213.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Cinsiyet

Çalışmaya katılan yaşlıların cinsiyet yönünden dağılımı, sigara kullananlarda 29 kadın (%48,3), 31 erkek (%51,7); sigara kullanmayan kontrol grubunda 35 kadın (%57,4) ve 26 erkek (%42,6) şeklindedir (Tablo 1).

Huzurevindeki yaşlıların sigara kullanıp kullanmama durumu cinsiyet değişkeniyle farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo-1 Huzurevindeki Yaşlıların Sayısı Ve Cinsiyet Yönünden Dağılımı

Cinsiyet	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Denek Sayısı (n)	Yüzde (%)	Denek Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Kadın	29	48,3	35	57,4	0,993	0,319
Erkek	31	51,7	26	42,6		
Toplam	60	100	61	100		

Yaş

Çalışmaya alınan yaşlıların yaş ortalaması $75,17\pm 7,34$ olarak hesaplanmış olup yaş dağılımının 65-93 arasında olduğu görülmüştür. Sigara kullananlarda, 65-75 yaş arası katılımcıların ortalaması $69,43\pm 3,39$; 76-84 yaş arasındaki katılımcıların yaş ortalaması $79,71\pm 2,13$, ve 85 ve üzeri yaşındaki katılımcıların $86,25\pm 1,26$ olarak bulunmuştur. Sigara kullanmayanlarda, 65-75 yaş arası katılımcıların ortalaması $69,17\pm 4,00$; 76-84 yaş arasındaki katılımcıların yaş ortalaması $80,15\pm 2,49$, ve 85 ve üzeri yaşındaki katılımcıların $87,55\pm 2,55$ olarak bulunmuştur. (Tablo 2).

Huzurevindeki yaşlıların sigara içenlerin yaş ortalaması içmeyenlere oranla daha düşüktür ($t(119)=-3,440$, $p<0,05$).

Tablo-2 Huzurevindeki Yaşlıların Yaş Ortalamaları

	Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N	T	P
Nikotin	65-75	65	75	69,43	3,39	42	-3,440	0,001
	76-84	77	83	79,71	2,13	14		
	85 ve üzeri	85	88	86,25	1,26	4		
	Toplam	65	88	72,95	6,38	60		
Kontrol	65-75	65	75	69,17	4,00	23		
	76-84	76	84	80,15	2,49	27		
	85 ve üzeri	85	93	87,55	2,55	11		
	Toplam	65	93	77,34	7,61	61		
	Toplam	65	93	75,17	7,34	121		

Kilo

Tablo 3'de kilo değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Kilo için aralık 40-115 arasında, ortalama= 74,43 ve standart sapma= 14,49 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullananlarda ortalama=72,43±12,27, aralık 40-108 kilo arasındadır. Sigara kullanmayanlarda ortalama=76,39±16,25, aralık 48-115 kilo arasındadır.

Huzurevindeki yaşlıların, kilo değişkeni sigara kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı derecede değişmemektedir ($p>0,05$).

Tablo-3 Huzurevindeki Yaşlıların Kilo Değişkenine Göre Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N	T	P
Nikotin	40	108	72,43	12,27	60	-1,511	0,133
Kontrol	48	115	76,39	16,25	61		
Toplam	40	115	74,43	14,49	121		

Boy

Tablo 4'de boy değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Boy için aralık 1,30-1,87 arasında, ortalama= 1,65 ve standart sapma= 0,096 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullananlarda ortalama=1,69±0,079, aralık 1,50-1,87 m arasındadır. Sigara kullanmayanlarda ortalama=1,62±0,1, aralık 1,30-1,80 m arasındadır.

Huzurevindeki yaşlıların, sigara içenlerin boy ortalaması içmeyenlere oranla anlamlı derecede daha yüksektir ($t(119)=4,062$, $p<0,05$).

Tablo-4 Huzurevindeki Yaşlıların Boy Değişkenine Göre Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N	T	P
Nikotin	1,50	1,87	1,69	0,079	60	4,062	0,001**
Kontrol	1,30	1,80	1,62	0,100	61		
Toplam	1,30	1,87	1,65	0,096	121		

Vücut Kitle İndeksi

Tablo 5'de vücut kitle indeksi değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Vücut Kitle İndeksi için aralık 14,20-41,80 arasında, ortalama= 27,09 ve standart sapma= 4,93 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullananlarda ortalama=25,16±3,693, aralık 14,20-34,10 arasındadır. Sigara kullanmayanlarda ortalama=28,98±5,276, aralık 17,60-41,80 arasındadır.

Huzurevindeki yaşlılardan sigara içenlerin vücut kitle indeksi ortalaması içmeyenlere oranla anlamlı derecede daha düşüktür ($t(107,531)=-4,622$, $p<0,05$).

Tablo-5 Huzurevindeki Yaşlıların Vücut Kitle İndeksine Göre Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N	T	P
Nikotin	14,20	34,10	25,16	3,693	60	-4,622	0,001**
Kontrol	17,60	41,80	28,98	5,276	61		
Toplam	14,20	41,80	27,09	4,93	121		

Mini Mental Tarama

Tablo 6'da Mini Mental Test Puanları değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Mini Mental Test Puanları için aralık 24-30 arasında, ortalama= 26,3 ve standart sapma= 1,61 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullananlarda ortalama=26,22±1,462, aralık 24-29 arasındadır. Sigara kullanmayanlarda ortalama=26,37±1,753, aralık 24-30 arasındadır.

Huzurevinde kalan yaşlıların, Mini Mental Test puanları değişkeni sigara kullanıp kullanmama haline göre anlamlı derecede değişmemektedir ($p>0,05$).

Tablo-6 Huzurevinde Kalan Yaşlıların Mini Mental Test Puanlarına Ait Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N	T	P
Nikotin	24	29	26,22	1,462	60	-0,547	0,586
Kontrol	24	30	26,37	1,753	61		
Toplam	24	30	26,3	1,61	121		

Eğitim Düzeyi

Tablo 7'de huzurevinde kalan yaşlıların eğitim düzeylerine göre sigara kullananlarda okur-yazar olmayan 5 (%8,3), okur-yazar olan 11 (%18,3), ilkokul mezunu 18 (%30), ortaokul mezunu 11 (18,3), lise mezunu 10 (%16,7), ve üniversite mezunu 5 (%8,3) kişi vardır. Sigara kullanmayanlarda ise okur-yazar olmayan 0 (%0), okur-yazar olan 5 (%8,2), ilkokul mezunu 20 (%32,8), ortaokul mezunu 10 (16,4), lise mezunu 16 (%26,2), ve üniversite mezunu 10 (%16,4) kişi vardır.

Huzurevindeki yaşlıların, sigara kullanıp kullanmama hali eğitim düzeyiyle farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo-7 Huzurevindeki Yaşlıların Eğitim Düzeyleri Açısından Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Okur-yazar değil	5	8,3	0	0	10,447	0,064
Okur-yazar	11	18,3	5	8,2		
İlkokul	18	30	20	32,8		
Ortaokul	11	18,3	10	16,4		
Lise	10	16,7	16	26,2		
Üniversite	5	8,3	10	16,4		
Toplam	60	100	61	100		

Medeni durum

Sigara kullanan yaşlıların %23,3'ü (n=14) bekâr, %35'i (n=21) evli ve %41,7'si (n=25) dul veya boşanmış olarak görünmektedir. Sigara kullanmayan katılımcıların ise %16,4'ü (n=10) bekâr, %16,4'ü (n=10) evli ve %67,2'si (n=41) dul veya boşanmıştır. (Tablo 8).

Huzurevindeki yaşlıların, sigara kullanıp kullanmama hali medeni durum ile ilişkili bulunmuştur. ($X^2(2, 121) = 10,447, p < 0,05$).

Tablo-8 Huzurevindeki Yaşlıların Medeni Durum Açısından Dağılımı

Medeni Durum	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Bekar	14	23,3	10	16,4	8,441	0,015**
Evli	21	35	10	16,4		
Dul/Boşanmış	25	41,7	41	67,2		
Toplam	60	100	61	100		

Kronik Hastalık Durumu

Sigara kullanan yaşlıların %23,3'ü (n=14) kronik bir hastalığa sahipken %76,7'si (n=46) kronik bir hastalığa sahip değildir. Sigara kullanmayan katılımcıların ise %34,4'ü (n=21) kronik bir hastalığa sahipken %65,6'sı (n=40) kronik bir hastalığa sahip değildir (Tablo 9). Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan yaşlıların; 28' i tansiyon, 16' sı şeker, 16'sı KOAH hastası olduğunu, 13'ü ortopedik rahatsızlığının olduğunu, 8' i kalp hastası olduğunu, 5' i nefes darlığı probleminin, 4' ü bel fıtığı olduğunu, 2' si kısmi felçli olduğunu, 1' i görme problemi yaşadığını, 1' i işitme problemi yaşadığını, 1' i Siroz, 1' i böbrek hastası, 1' i Vertigo olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda düzenli olarak ilaç kullanan yaşlıların; 28' i tansiyon, 16' si şeker, 8' i kalp, 2' si kolesterol, 5' i Koah, 1' i mide, 1' i Bronşit, 1' i astım için ilaç kullandığını bildirmiştir.

Ki Kare analizine göre, sigara kullanıp kullanmama durumu kronik hastalığa sahip olma durumu ile ilişkili değildir ($p>0,05$).

Tablo-9 Huzurevindeki Yaşlıların Kronik Hastalık Açısından Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Nikotin		Kontrol		χ^2	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Evet	14	23,3	21	34,4	1,810	0,178
Hayır	46	76,7	40	65,6		
Toplam	60	100	61	100		

Düzenli İlaç Kullanım Durumu

Sigara kullanan yaşlıların %31,7'si (n=19) düzenli ilaç kullanmakta, %68,3'ü (n=41) ise düzenli ilaç kullanmamaktadır (Tablo 10). Sigara kullanmayan katılımcıların %47,5'i (n=29) düzenli ilaç kullanmakta, %52,5'u (n=32) ise düzenli ilaç kullanmamaktadır. Katılımcıların 28' i tansiyon, 16' si şeker, 8' i kalp, 2' si kolesterol, 5' i Koah, 1' i mide, 1' i Bronşit, 1' i astım için ilaç kullandığını bildirmiştir.

Huzurevindeki yaşlıların, sigara kullanıp kullanmama durumu düzenli ilaç kullanım durumu ile ilişkili değildir ($p>0,05$).

Tablo-10 Huzurevindeki Yaşlıların Düzenli İlaç Kullanım Açısından Dağılımı

Düzenli İlaç Kullanım Durumu	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Evet	19	31,7	29	47,5	3,185	0,074
Hayır	41	68,3	32	52,5		
Toplam	60	100	61	100		

Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu

Sigara kullanan katılımcıların %3,3'ü (n=2) psikiyatrik ilaç kullanırken, %96,7'si (n=58) psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır. Sigara kullanmayan katılımcıların %1,6'sı (n=1) psikiyatrik ilaç kullanırken, %98,4'ü (n=60) psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır (Tablo 11).

Huzurevindeki yaşlıların sigara kullanıp kullanmama durumu psikiyatrik ilaç kullanım durumu ile ilişkili değildir ($p>0,05$).

Tablo-11 Huzurevindeki Yaşlıların Psikiyatrik İlaç Kullanımı Açısından Dağılımı

Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Evet	2	3,3	1	1,6	0,359	0,549
Hayır	58	96,7	60	98,4		
Toplam	60	100	61	100		

Kalınan Odada Sigara Kullanan Kişi Durumu

Sigara kullanan yaşlıların %10'u (n=6) kaldıkları odada sigara kullanan kişi olduğunu belirtirken, %90'ı (n=54) sigara kullanan kişi olmadığını belirtmiştir. Sigara kullanmayan katılımcıların ise %9,8'i (n=6) kaldıkları odada sigara kullanan kişi olduğunu belirtirken, %90,2'si (n=55) sigara kullanan kişi olmadığını belirtmiştir (Tablo 12).

Huzurevindeki yaşlıların, sigara kullanıp kullanmama hali, kalınan odada sigara kullanan kişi açısından ilişkili değildir ($p>0,05$).

Tablo-12 Huzurevindeki Yaşlıların Kalınan Odada Sigara Kullanan Kişi Durumu Dağılımı

Kalınan Odada Sigara Kullanan Kişi Durumu	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Evet	6	10	6	9,8	0,001	0,976
Hayır	54	90	55	90,2		
Toplam	60	100	61	100		

Sigara Kullanmış Olma Durumu

Sigara kullanmayan yaşlıların %54,1'i (n=33) daha önce sigara kullanmış olduklarını belirtirken, %45,9'u (n=28) hiç sigara içmediğini belirtmiştir (Tablo 13).

Tablo-13 Huzurevindeki Yaşlılarda Kontrol Grubunun Sigara Kullanmış Olma Durumu Dağılımı

Sigara Kullanmış Olma Durumu	Kontrol	
	Denek Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	33	54,1
Hayır	28	45,9
Toplam	61	100

Şu an Sigara Kullanıyor Olma Durumu

Katılımcıların %49,6'sı (n=60) şu an sigara kullandıklarını belirtirken, %50,4'ü (n=61) sigara kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo-14 Huzurevindeki Yaşlıların Şu An Sigara Kullanıyor Olma Durumu Dağılımı

Şu an Sigara Kullanıyor Olma Durumu	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	60	49,6
Hayır	61	50,4
Toplam	121	100,0

Sigaraya Bağlı Hastalık

Sigara kullanan katılımcıların %20'si (n=12) sigaraya bağlı hastalığı olduğunu belirtirken, %80'i (n=48) sigaraya bağlı hastalık geçirmediğini belirtmiştir. Sigara kullanmayan katılımcıların %6,6'sı (n=4) sigaraya bağlı hastalığı olduğunu belirtirken, %93,4'ü (n=57) sigaraya bağlı hastalık geçirmediğini belirtmiştir (Tablo 15). Çalışmamızda sigara kullanımına bağlı hastalığı olan yaşlıların, 5' i nefes darlığı, 16' sı Koah olduğunu bildirmiştir

Huzurevindeki yaşlıların sigara kullanıp kullanmama durumu, sigaraya bağlı hastalık ile ilişkilidir ($X^2(1, 121) = 4,763, p < 0,05$).

Tablo-15 Huzurevindeki Yaşlıların Sigaraya Bağlı Hastalık Dağılımı

Sigaraya Bağlı Hastalık	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Evet	12	20	4	6,6	4,763	0,029*
Hayır	48	80	57	93,4		
Toplam	60	100	61	100		

Sigaraya Başlama Yaşı

Tablo 16'da sigara kullanan katılımcıların sigaraya başlama yaşı değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Sigaraya başlama yaşı için aralık 8-40 arasında, ortalama= 19,45 ve standart sapma= 7,722 olarak hesaplanmıştır.

Tablo-16 Çalışmaya Alınan Nikotin Grubu Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşı Değişkenine Ait Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N
Sigaraya Başlama Yaşı	8	40	19,45	7,722	60

Kullanılan Sigara Sayısı

Tablo 17’de sigara kullanan katılımcıların kullanılan sigara sayısı değişkeni için en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir

Kullanılan sigara sayısı için aralık 1-60 arasında, ortalama= 21,42 ve standart sapma= 11,454 olarak hesaplanmıştır.

Tablo-17 Çalışmaya Alınan Nikotin Grubu Katılımcıların Kullanılan Sigara Sayısı Değişkenine Ait Betimleyici İstatistikleri

Ölçek	Min	Max	Ortalama	Ss	N
Sigara Sayısı	1	60	21,42	11,454	60

Uyku İlacı Kullanımı

Hem sigara kullanan hem de kullanmayan katılımcıların %100’ü (n=121) uyku ilacı kullanmadıklarını belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo-18 Huzurevindeki Yaşlıların Uyku İlacı Kullanım Dağılımı

Uyku İlacı Kullanımı	Nikotin		Kontrol	
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	0	0	0	0
Hayır	60	100	61	100
Toplam	60	100	61	100

Huzurevi

Tablo 19’da katılımcıların hangi huzurevinde kaldıkları dağılımına bakıldığında sigara kullanan katılımcılardan Etiler’de 20 (%33,3), Zeytinburnu’nda 19 (%31,7) ve Bahçelievler’de 21 (%35) kişi kalmaktadır. Sigara kullanmayan katılımcılardan ise

Etiler’de 19 (%31,1), Zeytinburnu’nda 22 (%36,1) ve Bahçelievler’de 20 (%32,8) kişi kalmaktadır.

Huzurevindeki yaşlıların sigara kullanıp kullanmama durumu kalınan huzurevi ile ilişkili değildir ($p>0,05$).

Tablo-19 Huzurevindeki Yaşlıların Hangi Huzurevinde Kaldıklarına Göre Dağılımı

Bakımevi	Nikotin		Kontrol		X ²	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Etiler	20	33,3	19	31,1	0,261	0,878
Zeytinburnu	19	31,7	22	36,1		
Bahçelievler	21	35	20	32,8		
Toplam	60	100	61	100		

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 20’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi için aralık 1-16 arasında, çarpıklık=-0,729 olarak ve standart hatası=0,22 olarak, basıklık= 0,285 ve standart hatası= 0,437 ortalama= 6,53 ve standart sapma= 2,98 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullananlarda aralık 2-16 arasında, çarpıklık=1,046 ve standart hatası=,31 olarak, basıklık= 1,405 ve standart hatası =0,61 ortalama = 6,73 ve standart sapma= 2,71 olarak; sigara kullanmayanlarda aralık 1-14 arasında, çarpıklık = 0,608 ve standart hatası =0,31 olarak, basıklık= -0,322 ve standart hatası =0,60 ortalama= 6,33 ve standart sapma= 3,22 olarak hesaplanmıştır.

Yaşlı bireylerin toplam PUKİ puan ortalamaları $6,53\pm 2,98$ ’ dir.

Huzurevindeki yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo-20 Araştırmada Kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine Ait İstatistikler

Ölçek	Min	Max	Çarpıklık	Sh	Basıklık	Sh	Ort.	Ss	T	P
Nikotin	2	16	1,046	0,31	1,405	0,61	6,73	2,71	0,748	,456
Kontrol	1	14	0,608	0,31	-0,322	0,60	6,33	3,22		
Toplam	1	16	0,729	0,22	0,285	0,44	6,53	2,98		

Uyku Kalitesi

Katılımcıların uyku kalitesi yönünden dağılımı, sigara kullananlarda 9 katılımcı (%15) 0-5 arası uyku kalitesi puanına sahipken, 51 katılımcı (%85) 5 ve üzeri uyku kalitesi puanına sahiptir. Sigara kullanmayan kontrol grubunda 21 katılımcı (%34,4) 0-5 arası uyku kalitesi puanına sahipken, 40 katılımcı (%65,6) 5 ve üzeri uyku kalitesi puanına sahiptir (Tablo 21).

Ki Kare analizine göre, sigara kullanıp kullanmama durumu uyku kalitesi ile ilişkilidir ($\chi^2(1, 121) = 6,122, p < 0,05$). Huzurevindeki yaşlıların, iyi uyku kalitesine sahip olanların oranları, nikotin grubuna göre kontrol grubunda daha yüksekken, kötü uyku kalitesine sahip olanların oranları tam tersi şekildedir.

Tablo-21 Katılımcıların İyi Uyku Ve Kötü Uyku Kalitesine İlişkin Dağılımı

Gruplar	0-5 puan (İyi uyku kalitesi)		5 ve üzeri puan (Kötü uyku kalitesi)		χ^2	P
	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)	Katılımcı Sayısı (n)	Yüzde (%)		
Nikotin	9	15	51	85	6,122	0,013**
Kontrol	21	34,4	40	65,6		
Toplam	30	24,8	91	75,2		

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Bileşenleri

Tablo 22'de Yaşlılardan sigara kullananlarda Öznel Uyku bileşeni için ortalama=1,13±0,75, min-max= 0-3; Uyku Latansı (Gecikmesi) bileşeni için ortalama=1,45±0,79, min-max= 0-3; Uyku Süresi Bileşeni için ortalama=0,95±0,72, min-max= 0-3; Alışılmış Uyku Etkinliği Bileşeni için ortalama=0,75±1,03, min-max= 0-3; Uyku Bozukluğu Bileşeni için ortalama=1,43±0,56, min-max= 1-3; Uyku İlacı Kullanımı Bileşeni için ortalama=0,37±0,71, min-max= 0-3; Gündüz İşlev Bozukluğu Bileşeni için ortalama=0,63±0,71, min-max= 0-3 olarak bulunmuştur.

Sigara kullanmayanlarda Öznel Uyku bileşeni için ortalama=1,07±0,77, min-max= 0-3; Uyku Latansı (Gecikmesi) bileşeni için ortalama=1,33±0,85, min-max= 0-3; Uyku Süresi Bileşeni için ortalama=0,95±0,97, min-max= 0-3; Alışılmış Uyku Etkinliği Bileşeni için ortalama=1,02±1,22, min-max= 0-3; Uyku Bozukluğu Bileşeni için ortalama=1,26±0,51, min-max= 0-2; Uyku İlacı Kullanımı Bileşeni için ortalama=0,34±0,77, min-max= 0-3; Gündüz İşlev Bozukluğu Bileşeni için ortalama=0,36±0,66, min-max= 0-2 olarak bulunmuştur.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu Bileşeni sigara kullanma durumuna göre farklılaşmaktadır ($t(119)=2,186$, $p<0,05$). Diğer bileşenler sigara kullanma durumuna göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo-22 Huzurevindeki Yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Bileşenlerine Ait Betimleyici İstatistikleri

Bileşenler	Gruplar	Min	Max	Ort.	Ss	N	T	P
Öznel Uyku Kalitesi	Nikotin	0	3	1,13	0,75	60	0,491	0,625
	Kontrol	0	3	1,07	0,77	61		
Uyku Latansı (Gecikmesi)	Nikotin	0	3	1,45	0,79	60	0,818	0,415
	Kontrol	0	3	1,33	0,85	61		
Uyku Süresi	Nikotin	0	3	,95	0,72	60	-0,005	0,996
	Kontrol	0	3	,95	0,97	61		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Nikotin	0	3	,75	1,03	60	-1,295	0,198
	Kontrol	0	3	1,02	1,22	61		
Uyku Bozukluğu	Nikotin	1	3	1,43	0,56	60	1,746	0,083
	Kontrol	0	2	1,26	0,51	61		
Uyku İlacı Kullanımı	Nikotin	0	3	,37	0,71	60	0,166	0,869
	Kontrol	0	3	,34	0,77	61		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Nikotin	0	3	,63	0,71	60	2,186	0,031*
	Kontrol	0	2	,36	0,66	61		

Güvenirlilik Analizi

Tablo 23'te Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi için Cronbach's Alfa güvenirlik analizi sonucu verilmiştir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi için Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı 556 olarak hesaplanmıştır.

Tablo-23 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Güvenirlik Analizi Sonucu

Ölçek	Cronbach's Alfa
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	0,556

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve bileşenlerinin Sürekli Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 24'de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi; yaş ($r=-0,143$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,167$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,156$; $p>0,05$), boy ($r=-0,126$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=-0,10$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,083$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,103$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Öznel Uyku Kalitesi ile yaş ($r=-0,133$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,167$; $p>0,05$), boy ($r=-0,113$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,231$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,039$, $p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yokken; kilo ($r=-0,356$; $p<0,05$) ve vücut kitle indeksi ($r=-0,285$; $p<0,05$) anlamlı negatif bir ilişki mevcuttur.

Uyku Latansı (Gecikmesi) bileşeni ile; yaş ($r=-0,042$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,144$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,193$; $p>0,05$), boy ($r=0,026$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=-,195$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,014$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,177$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Uyku Süresi bileşeni; yaş ($r=0,014$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=0,091$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,070$; $p>0,05$), boy ($r=-0,200$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=0,131$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=0,001$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,035$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Alışılmış Uyku Etkinliği bileşeni; yaş ($r=-0,038$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=0,092$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,081$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=0,154$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=0,021$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0-,093$, $p>0,05$) kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki yokken; boy ($r=-0,297$; $p<0,05$) arasında negatif anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Uyku Bozukluğu bileşeni; yaş ($r=-0,083$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,136$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,037$; $p>0,05$), boy ($r=0,013$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=-0,036$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,151$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,092$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Uyku Latansı (Gecikmesi) bileşeni; yaş ($r=-0,042$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,144$; $p>0,05$), kilo ($r=-0,193$; $p>0,05$), boy ($r=0,026$; $p>0,05$), vücut kitle

indeksi ($r=-0,195$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,014$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,177$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Uyku İlacı Kullanımı bileşeni; yaş ($r=0,12$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=0,085$; $p>0,05$), kilo ($r=0,026$; $p>0,05$), boy ($r=-0,042$; $p>0,05$), vücut kitle indeksi ($r=0,120$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=-0,003$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=-0,042$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

Gündüz İşlev Bozukluğu bileşeni; yaş ($r=-0,250$; $p>0,05$), Mini mental Tarama ($r=-0,101$; $p>0,05$), kilo ($r=0,179$; $p>0,05$), , vücut kitle indeksi ($r=0,109$; $p>0,05$), sigaraya başlama yaşı ($r=0,049$; $p>0,05$), ve kullanılan sigara sayısı ($r=0,185$, $p>0,05$) ile kıyaslandığında istatistiksel olarak bir ilişki yokken; boy ($r=0,257$; $p<0,05$) arasında pozitif anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Tablo-24 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Nikotin Grubunda Sürekli Değişkenlerle İlişkisine Dair Veri Analizi

Ölçek	Değer	Yaş	Mini Mental Tarama Puanı	Kilo	Boy	Vücut Kitle İndeksi	Sigaraya Başlama Yaşı	Kullanılan Sigara Sayısı
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	r	-0,143	-0,066	-0,156	-0,126	0,010	-0,083	0,103
	p	0,274	0,615	0,235	0,337	0,937	0,528	0,432
Öznel Uyku Kalitesi	r	-0,133	-0,167	0,356**	-0,113	-0,285*	-0,231	0,039
	p	0,308	0,204	0,005	0,390	0,027	0,076	0,768
Uyku Latansı (Gecikmesi)	r	-0,042	-0,144	-0,193	0,026	-0,195	-0,014	0,177
	p	0,747	0,271	0,139	0,842	0,135	0,914	0,175
Uyku Süresi	r	0,014	0,091	-0,070	-0,200	0,131	0,001	0,035
	p	0,915	0,491	0,595	0,125	0,318	0,994	0,789
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	-0,038	0,092	-0,081	-0,297*	0,154	0,021	-0,093
	p	0,774	0,483	0,540	0,021	0,239	0,875	0,482
Uyku Bozukluğu	r	-0,083	-0,136	-0,037	0,013	-0,036	-0,151	0,092
	p	0,526	0,299	0,777	0,923	0,782	0,250	0,483
Uyku İlacı Kullanımı	r	0,012	0,085	0,026	-0,042	0,120	-0,003	-0,042
	p	0,930	0,518	0,843	0,748	0,361	0,983	0,751

Gündüz İşlev Bozukluğu	r	-	-0,101	0,179	0,257*	0,109	0,049	0,185
	p	0,250	0,441	0,170	0,048	0,407	0,710	0,156

*p<0,05; **p<0,01

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kategorik Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 25'de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının cinsiyet ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir (p>0,05).

Tablo-25 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Cinsiyet Ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin		Kadın	29	6,41	1,99			
		Erkek	31	7,03	3,26			
Kontrol		Kadın	35	6,14	3,13			
		Erkek	26	6,58	3,38			
Toplam		Kadın	64	6,27	2,66			
		Erkek	57	6,82	3,29			
Sigara Kullanma Durumu			Cinsiyet			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,440	0,004	0,508	0,924	0,008	0,338	0,028	0,000	0,867

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 26'da Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının yaş ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir (p>0,05).

Tablo-26 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Yaş ve Sigara Kullanımına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Değişken	n	Ort.	ss
Nikotin	65-75 yaş	42	6,98	2,94
	76-84 yaş	14	6,29	2,30
	85 ve üzeri yaş	4	5,75	0,96
Kontrol	65-75 yaş	23	6,57	3,04
	76-84 yaş	27	6,48	3,43
	85 ve üzeri yaş	15	5,45	3,17
Toplam	65-75 yaş	65	6,83	2,96
	76-84 yaş	41	6,41	3,07
	85 ve üzeri yaş	15	5,53	2,72

Sigara Kullanma Durumu			Yaş			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,056	0,000	0,813	0,792	0,014	0,455	0,118	0,002	0,889

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 27’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Sigara Kullanma Durumu ve Eğitim Düzeyi değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin İki Yönlü ANOVA testi sonuçları verilmiştir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının eğitim düzeyi ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir (p>0,05).

Tablo-27 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Sigara Kullanma Durumu ve Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Değişken	n	Ort.	ss				
Nikotin	Okur-yazar değil	5	6,00	3,00				
	Okur-yazar	11	7,27	2,90				
	İlkokul	18	7,17	2,31				
	Ortaokul	11	5,45	2,34				
	Lise	10	7,60	3,66				
	Üniversite	5	5,80	1,64				
Kontrol	Okur-yazar değil	-	-	-				
	Okur-yazar	5	6,20	4,65				
	İlkokul	20	5,95	3,07				
	Ortaokul	10	5,80	2,70				
	Lise	16	6,69	3,22				
	Üniversite	10	7,10	3,67				
Toplam	Okur-yazar değil	5	6,00	3,00				
	Okur-yazar	16	6,94	3,42				
	İlkokul	38	6,53	2,77				
	Ortaokul	21	5,62	2,46				
	Lise	26	7,04	3,36				
	Üniversite	15	6,67	3,13				
Sigara Kullanma Durumu			Eğitim Düzeyi			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,253	0,002	0,616	0,636	0,028	0,673	0,590	0,021	0,670

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 28’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Sigara Kullanma Durumu ve Medeni Durum değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin İki Yönlü ANOVA testi sonuçları verilmiştir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının medeni durum ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo-28 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Medeni Durum ve Sigara Kullanımına Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin		Evli	14	6,71	2,61			
		Bekar	21	7,14	3,66			
		Dul/Boşanmış	25	6,40	1,73			
Kontrol		Evli	10	6,30	3,53			
		Bekar	10	7,60	3,84			
		Dul/Boşanmış	41	6,02	2,99			
Toplam		Evli	24	6,54	2,96			
		Bekar	31	7,29	3,66			
		Dul/Boşanmış	66	6,17	2,58			
Sigara Kullanma Durumu			Medeni Durum			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,032	0,000	0,858	1,418	0,024	0,247	0,204	0,004	0,815

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 29’da Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının kronik hastalık ile değişiklik gösterdiği belirlenmiştir ($F(1, 117)=8,181$, $p<0,05$, $n_2=0,065$) Kronik hastalığı olan yaşlılar (ort.= $7,6\pm 3,26$) olmayanlara göre (ort.= $6,09\pm 2,76$) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nden anlamlı derecede daha yüksek puanlar almışlardır. Diğer taraftan, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmamaktadır ($p>0,05$) ve sigara kullanma ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir etkileşim görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo-29 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kronik Hastalık ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss				
Nikotin	Evet		14	8,64	3,25				
	Hayır		46	6,15	2,27				
Kontrol	Evet		21	6,90	3,14				
	Hayır		40	6,03	3,25				
Toplam	Evet		35	7,6	3,26				
	Hayır		86	6,09	2,76				
Sigara Kullanma Durumu			Kronik Hastalık				Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	Fark	F	N ²	P
2,506	0,021	0,116	8,181	0,065	0,005**	1>2	1,869	0,016	0,174

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 30'da Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının düzenli ilaç kullanımı ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir (p>0,05).

Tablo-30 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Düzenli İlaç Kullanımı ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin	Evet		19	6,53	2,44			
	Hayır		41	6,83	2,86			
Kontrol	Evet		29	7,03	3,12			
	Hayır		32	5,69	3,22			
Toplam	Evet		48	6,83	2,85			
	Hayır		73	6,33	3,06			
Sigara Kullanma Durumu			Düzenli İlaç Kullanımı			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,320	0,003	0,573	0,869	0,007	0,353	2,170	0,018	0,143

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 31'de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının psikiyatrik ilaç kullanımı ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği

belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo-31 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Psikiyatrik İlaç Kullanımı Ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin		Evet	2	5,50	0,71			
		Hayır	58	6,78	2,75			
Kontrol		Evet	1	3,00	.			
		Hayır	60	6,38	3,22			
Toplam		Evet	3	4,67	1,53			
		Hayır	118	6,58	2,99			
Sigara Kullanma Durumu			Psikiyatrik İlaç Kullanımı			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,612	0,005	0,436	1,588	0,013	0,210	0,325	0,003	0,570

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 32'de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının kalınan odada sigara kullanımı ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo-32 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Kalınan Odada Sigara Kullanımı ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin		Evet	6	6,17	2,04			
		Hayır	54	6,80	2,79			
Kontrol		Evet	6	8,50	4,81			
		Hayır	55	6,09	2,96			
Toplam		Evet	12	7,33	3,73			
		Hayır	109	6,44	2,89			
Sigara Kullanma Durumu			Kalınan Odada Sigara Kullanan Kişi			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,819	0,007	0,367	0,978	0,008	0,325	2,852	0,024	0,094

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 33’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının kontrol grubunda daha önce sigara kullanmış olma durumu değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız gruplar t-testi sonucu verilmiştir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının kontrol grubunda daha önce sigara kullanmış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo-33 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Kontrol Grubunda Sigara Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar t-Testi Sonuçları

Ölçek	Değişken	n	Ort.	ss	t	sd	p
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	Evet	33	6,36	2,69	0,093	59	0,926
	Hayır	28	6,29	3,80			

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 34’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının sigaraya bağlı hastalık ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo-34 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi’nin Sigaraya Bağlı Hastalık ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken		n	Ort.	ss		
Nikotin		Evet		12	7,00	2,37		
		Hayır		48	6,67	2,82		
Kontrol		Evet		4	6,50	3,32		
		Hayır		57	6,32	3,24		
Toplam		Evet		16	6,88	2,53		
		Hayır		105	6,48	3,04		
Sigara Kullanma Durumu			Sigaraya Bağlı Hastalık			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,216	0,002	0,643	0,080	0,001	0,778	0,007	0,000	0,935

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 35’de Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının bakımevi ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu iki değişkenin anlamlı bir etkileşim içerisinde olmadığı da görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo-35 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Huzurevi ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek		Değişken	n	Ort.	ss			
Nikotin		Bahçelievler	20	7,45	3,56			
		Étiler	19	6,37	2,45			
		Zeytinburnu	21	6,38	1,88			
Kontrol		Bahçelievler	19	6,74	2,96			
		Étiler	22	6,50	2,97			
		Zeytinburnu	20	5,75	3,75			
Toplam		Bahçelievler	39	7,10	3,26			
		Étiler	41	6,44	2,71			
		Zeytinburnu	41	4,07	2,93			
Sigara Kullanma Durumu			Bakımevi			Etkileşim		
F	N ²	P	F	N ²	P	F	N ²	P
0,550	0,005	0,460	1,203	0,020	0,304	0,244	0,004	0,784

*p<0,05; **p<0,

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmamız; huzurevinde kalan, sigara (nikotin) kullanan ve kullanmayan yaşlıların uyku kalitelerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile sigara kullanımı ve uyku kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu amaçla araştırmamızda; 2020 yılında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı, Bahçelievler, Zeytinburnu ve Etiler Huzurevinde kalmakta olan, 65 yaş ve üzeri, Standardize Mini Mental Testinden 24 puan ve üzeri alan, 64 kadın ve 57 erkek toplamda 121 yaşlı yer almıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların cinsiyet yönünden dağılımı; 29 sigara kullanan kadın (%48,3), 31 sigara kullanan erkek (%51,7), 35 sigara kullanmayan kadın (%57,4) ve 26 sigara kullanmayan erkek (%42,6) şeklindedir. Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının $75,17 \pm 7,34$, yaş dağılımının 65-93 arasında olduğu görülmüştür. Araştırmaya dair elde edilen bulgular aşağıda sırasıyla tartışılmıştır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların sigara kullanıp kullanmama durumunun cinsiyet değişkeni ile farklılaşmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Cohen ve arkadaşlarının genç yetişkinlerde tütün bağımlılığı ve uyku kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, sigara içen ve içmeyen grupta cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹¹⁰ Literatürde bizim çalışmamızın aksini iddia eden çalışmalarda bulunmaktadır. Rujnan ve arkadaşlarının sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %78,9'unu erkek ve %21,1'ini kadınların oluşturduğu, cinsiyet değişkeni ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.¹¹¹ Özdemir ve arkadaşlarının Sivas'ta uyku ile ilişkili bozuklukların sıklığı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada ise, 2701 (%50.6)'i kadın 2638 (%49.4)'i erkek toplam 5339 kişiye uygulanmış olup, sigara içme durumunun erkek katılımcıların kadın katılımcılardan daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir.¹¹² Bizim çalışma sonuçlarımızın anlamsız çıkması, sigara içen kadın ve erkek katılımcı sayısının diğer çalışmalardaki katılımcı sayılarına göre daha az olmasından kaynaklanmış olabilir.

¹¹⁰ Ami Cohen vd., "The Interplay Between Tobacco Dependence and Sleep Quality Among Young Adults", *Behavioral Sleep Medicine*, 2018, s. 1-14.

¹¹¹ Tuna Rujnan vd., "Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi", *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, Cilt:10, Sayı:4, s. 609-615.

¹¹² Özdemir Levent vd., "The prevalence of sleep related disorders in Sivas, Turkey", *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2005, Cilt: 53, Sayı:1, s. 19-26.

Çalışmada, sigara içenlerin yaş ortalaması içmeyenlere oranla anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Mehari ve arkadaşlarının Amerikan yetişkinlerde cinsiyet, uyku miktarı ve kalitesi ile sigara içimi derneği üzerinde yapmış oldukları çalışmada, sigara kullanımının yaş ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu, yaş arttıkça sigara içme durumunun düştüğünü bildirmişlerdir.¹¹³ Kıcacık' ın sigara kullanan genç, yetişkin ve yaşlılarda dikkat yanlılığı çalışmasında, sigara kullanan yaşlılar grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarının sigara kullanmayan gruptaki yaşlı bireylerden daha düşük olduğu bulunmuştur.¹¹⁴ Bu sonuçlara göre çalışmamızdaki katılımcıların yaşlarının yüksek olması, ileri yaşlarda sigara kullanımının sağlık problemlerine yol açması ve ya mevcut sağlık problemleri açısından hayati risk oluşturması sebebiyle yaş ilerledikçe bireylerin sağlığını korumak adına daha tedbirli davrandığı düşünülebilir.

Çalışmada, sigara kullanımı ile vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, sigara içenlerin VKİ ortalaması içmeyenlere oranla anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Mehari ve arkadaşlarının Amerikalı 20-89 yaş arasındaki bireylerle yapmış oldukları çalışmada, sigara kullanımının VKİ ile anlamlı derecede ilişki olduğunu bildirmişlerdir.¹¹⁵ Yapılan bilimsel çalışmalar sigaranın enerjii arttırdığını ve iştahı azalttığını, buna bağlı olarak kilo alınımını engellediğini söylemektedir.¹¹⁶ Bu da çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda yaşlıların sigara kullanıp kullanmama durumu eğitim düzeyiyle farklılaşmamakta olduğu saptanmıştır. Bizim bulgularımızla uyumlu olarak Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, eğitim durumu değişkeninin sigara içme davranışı üzerine etkili olmadığı saptanmıştır. Xu ve arkadaşlarının Çin' de 536 genç yetişkin ile yapmış oldukları çalışmada, yüksek eğitime sahip yetişkinlerin sigaranın olumsuz sonuçları hakkında daha fazla bilgiye ve farkındalığa sahip olmasına rağmen bunu davranışa döndüremediklerini bulmuşlardır.¹¹⁷ Ancak çalışmamızın aksine Liao ve arkadaşlarının, Çin' de sigara içen ve içmeyenlerin uyku kalitesini araştırdığı çalışmada, sigara içmeyenlere kıyasla sigara içen katılımcıların daha

¹¹³ Alem Mehari MD vd., "Gender and the Association of Smoking with Sleep Quantity and Quality in American Adults", *Women & Health*, 2014, Cilt: 54, Sayı:1, s.1-14.

¹¹⁴ Esra Kısacık, "Sigara Kullanan ve Kullanmayan Genç Yetişkin ve Yaşlılarda Dikkat Yanlılığı", Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012, s. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

¹¹⁵ Mehari Md vd., a.g.e., s. 1-14.

¹¹⁶ Carol Ewing Garber vd., "Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise", *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Cilt:43, Sayı:3, s. 1334-1359.

¹¹⁷ Xianglon Xu vd., "Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China", *Internaitonal Journal of Environmental Research and Public Health*, Cilt: 12, Sayı:2, s. 2135- 2149.

düşük eğitim seviyesine sahip olduğunu bulmuşlardır. ¹¹⁸ Bu konuyla ilgili Avrupa ülkelerinde yapılan diğer çalışmalar sonucunda, yüksek eğitilmiş bireylerin daha az eğitim almış ya da hiç almamış bireylere oranla daha az sigara içme eğiliminde oldukları bulunmuştur. Daha iyi eğitim almış bireylerin sigaranın olumsuz sonuçları ve sağlık konusunda daha fazla bilgi birikimine sahip oldukları ve daha fazla sigara bırakma eğilimi açısından kontrol ve yönetimsel olarak daha fazla bilgi ve bilişle sahip olduklarını bildirmişlerdir. ¹¹⁹ ¹²⁰ Ancak bizim sonuçlarımızın, çalışma grubumuzdaki bireylerin daha az sayıda ve genel eğitim durumlarının düşük olması sebebiyle farklılaşmadığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada, sigara kullanan katılımcıların %23,3'ü (n=14) bekâr, %35'i (n=21) evli ve %41,7'si (n=25) dul veya boşanmış olarak görünmektedir. Sigara kullanmayan katılımcıların ise %16,4'ü (n=10) bekâr, %16,4'ü (n=10) evli ve %67,2'si (n=41) dul veya boşanmış olarak görünmektedir. Buna bağlı olarak sigara kullanıp kullanmama durumu medeni durumla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Buna göre bekar katılımcıların, dul ve boşanmış katılımcılara göre daha fazla sigara kullandığı görülmüştür. Cho ve arkadaşlarının 25-74 yaş arası Kore' li yetişkinlerle yapmış oldukları çalışmada, evli olmayan bireylerin evli bireylere göre daha yüksek sigara içme oranına sahip olduklarını saptamışlardır. ¹²¹ Bu çalışma sonuçları ile Lee ve arkadaşlarının, Nystad ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma bulgularının da tutarlı olduğu görülmektedir. ¹²² ¹²³ Yalnızlığın ruh sağlığı üzerinde kaygı, stres depresyon gibi birçok olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Sigarada bulunan nikotinin keyif veren bir madde olması sebebiyle bireyin bu olumsuz etkileri bastırmak için daha fazla sigara kullandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda sigara kullanımına bağlı hastalığı olan yaşlıların, 5' i nefes darlığı, 16' sı Koah olduğunu bildirmiştir. Çalışmada, sigara kullanan katılımcıların %20'si (n=12) sigaraya bağlı hastalığı olduğunu belirtirken, %80'i (n=48) sigaraya bağlı hastalık geçirmediğini belirtmiştir. Şuanda sigara kullanmayan katılımcıların %6,6'sı (n=4) sigaraya bağlı hastalığı olduğunu belirtirken, %93,4'ü (n=57) sigaraya bağlı hastalık geçirmediğini belirtmiştir. Buna bağlı olarak sigara kullanıp

¹¹⁸ Liao vd., a.g.e., s. 2-9

¹¹⁹ Rachel Margolis, "Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans", *Journal of Health and Social Behavior*, 2013, Cilt: 54, Sayı:3, s. 353- 368.

¹²⁰ Fioana E Benson vd., "Wanting to attend isn't just wanting to quit: Why some disadvantaged smokers regularly attend smoking cessation behavioural therapy while others do not: A qualitative study", *BMC Public Health*, 2014, Cilt: 14, Sayı:1, s. 2- 12.

¹²¹ Hong-Jub Cho vd., "Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age", *Social Science & Medicine*, 2008, Cilt:66, Sayı:3, s. 609-619.

¹²² Sunmin Lee vd., "Effects of marital transitions on change in dietary and other health behaviours in US women", *International Journal of Epidemiology*, 2005, Cilt:34, Sayı:1, s.69-78.

¹²³ Paul Nystedt vd., "Marital life course events and smoking behaviour in Sweden 1980–2000", *Social Science & Medicine*, 2006, Cilt: 62, Sayı:6, S.1427-1442.

kullanmama durumu sigaraya bağı hastalık durumu ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Şuanda sigara kullanan yaşlıların daha önce kullanmış ve şuan kullanmayan yaşlılardan daha fazla sigara kullanımına bağı hastalık geçirdiği görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde sigara kullanım oranının giderek artmasıyla, sigaraya bağı solunum hastalıkları başta Koah ve akciğer kanseri riskinin de görülme sıklığı engellenemez bir sonuç haline gelmiştir. Hacıevliyagil ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise, sigaraya bağı hastalıklarda özellikle Koah ve Akciğer Kanseri gibi sebeplerden hastaneye yatış süresinin, sigaraya bağı olmayan hastalıklara oranla daha yüksek olarak bulunmuş, istatistiksel olarak sigara içen hastaların, hastane yatış süresinin sigara içmeyenlere oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. ¹²⁴

Çalışmamızda yaşlı bireylerin toplam PUKİ puan ortalamaları $6,53 \pm 2,98$ olarak hesaplanmış, buna göre göre araştırmaya katılan yaşlıların %75,2 sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Ülkemizde yaşlıların uyku kalitesinin araştırıldığı çalışmalardan, Özlem ve arkadaşlarının yapmış olduğu 65-74 yaş arasındaki bireylerle birlikte yapmış olduğu çalışmada, PUKİ puan ortalamalarının $8,3 \pm 4,16$ olduğu ve yaşlıların %83,5' inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. ¹²⁵ Diğer ülkelerde de yaşlıların uyku kalitesinin incelendiği birçok çalışma yapılmış ve bu çalışmalardan, Azri ve arkadaşları ve Tel yaşlıların kötü uyku kalitesin sahip olduğunu saptamıştır. ^{126 127} Bu konuyla ilgili uzak doğuda yapılan çalışmalara bakıldığında, Wu ve arkadaşlarının, Chien ve Chen' in yaşlıların uyku kalitesini inceledikleri araştırmalarında yaşlıların kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirmişlerdir. ^{128 129} Bu araştırmada yaşlıların klinik uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Yaşlılık döneminde meydana gelen uyku kalitesindeki bozulmalar, ilerleyen yaşla birlikte bireyin fizyolojik, psikolojik ve çevresel yaşam şekillerinde değişimlerin meydana gelmesi sebeplerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna bağı olarak çalışmaya katılan yaşlıların mevcut kronik hastalıkları, kalmakta olduğu

¹²⁴ Süleyman Savaş Hacıevliyagil vd., "Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması", **Toraks Dergisi**, 2016, Cilt: 7, Sayı: 1, s. 11- 16.

¹²⁵ Özlem Ceyhan vd., "Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemli Bir Problem: İnkontinans ", **Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2018, Cilt: 27, s. 29-35.

¹²⁶ Muhammad Azwan Azri vd., "Sleep Quality Among Older Persons in Institutions", **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 2016, Cilt: 234, s. 74-82.

¹²⁷ Hatice Tel, "Sleep Quality and Quality of Life among The Elderly People", **Neurology, Psychiatry and Brain Research**, 2013, Cilt: 19, s. 48-52.

¹²⁸ Chia – Yi Wu vd., "Sleep Quality among Community-Dwelling Elderly People and Its Demographic, Mental, and Physical Correlates", **Journal of the Chinese Medical Association**, 2012, Cilt: 75, Sayı:2, s. 75-80.

¹²⁹ Meng-Yueh Chien and Hsi Chung Chen, "Poor Sleep Quality is Independently Associated with Physical Disability in Older Adults", **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 2015, Cilt: 11, Sayı: 3, s. 225-232.

huzurevi ortamından hoşnut olmama gibi durumlarının artması ile birlikte uyku kalitesinde bozulmalar meydana geldiği söylenebilir.

Çalışmamızda yaşlıların uyku kalitesi ile sigara arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmış olup, sigara içen ve içmeyen yaşlıların uyku kalitesine bakıldığında, sigara içen yaşlıların uyku kalitesinin içmeyen gruba göre daha kötü olduğu ancak PUKİ puanlarının sigara kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. PUKİ bileşenlerinden sadece Gündüz İşlev Bozukluğu Bileşeni, sigara kullanma durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmakta olduğu, diğer bileşenlerin hiçbiri sigara kullanma durumuna göre farklılaşmadığı görülmüştür. Gündüz işlev bozukluğu bileşeninde, nikotin grubu kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Buna göre sigara içen yaşlıların, içmeyen yaşlılara göre daha fazla gündüz işlev bozukluğuna sahip olduğu görülmektedir. Gu ve arkadaşlarının, tanı sonrası sigara içmeye devam eden akciğer kanserli hastalarda nikotin bağımlılığının yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisi üzerine 37-83 yaş arasındaki bireyler ile yapmış oldukları çalışmada, yüksek bağımlılık grubunun düşük bağımlılık grubuna göre gündüz işlev bozukluğunun anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.¹³⁰ Liao ve arkadaşlarının, Çin' li bireyler üzerinde yapmış olduğu, sigara kullanımının uyku kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada, sigara kullanımının daha düşük uyku kalitesine sahip olduğunu ve gündüz işlev bozukluğunun sigara kullanan bireylerde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.¹³¹ Bu sonuçlara göre, sigaranın içerisindeki nikotinin uyarıcı etkisi sebebiyle uykuya başlamada zorluk, gece uzun süre nikotin yoksunluğu çekmeleri ve ya sigaranın meydana getirdiği solunum problemleri sebebiyle sigara içen bireylerin içmeyenlere göre daha çok uyku sorunları yaşadıkları görülmektedir.¹³² Buna bağlı olarak sigaranın olumsuz etkileri sebebiyle bireylerde gece uyku kalitesinin bozulmasıyla birlikte iyi uyumamış bireylerde gündüz işlev bozukluğu olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan bir dizi çalışma, sigara ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Birçok çalışma ise sigara kullananlarda daha kötü uyku kalitesi olduğunu göstermiştir. Dugas ve arkadaşlarının genç yetişkinlerde nikotin bağımlılığı ve uyku kalitesi ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, Sabanayagam ve Shankar'ın 20 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde sigara ve uyku arasındaki ilişki ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, Asghari ve arkadaşlarının sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin

¹³⁰ Fen Gu vd., "Effect of nicotine dependence on quality of life and sleep quality in patients with lung cancer who continue to smoke after diagnosis", *Journal of Thoracic Disease*, 2018, Cilt:10, Sayı: 5, s. 2583- 2589.

¹³¹ Liao vd., a.g.e., s. 2-9

¹³² Derya Çelebi, "Sigara Bırakmanın Solunum Fonksiyon Testi Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkileri" Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2011, s. 75 (**Yayımlanmış Uzmanlık Tezi**).

uyku kalitelerinin araştırılmasına yönelik yaptığı çalışmada, Chors ve arkadaşlarının 1071 sigara içen ve 1243 hiç sigara içmeyen yetişkinlerle yaptığı çalışmada sigara kullananların uyku kaliteleri arasında yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ ¹³⁶ Yapılan bu çalışmalardaki sonuçların aksine bizim çalışmamızda sigara ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ancak sigara içen grubun içmeyen gruba göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalardan farklı olarak, çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, katılımcı grubumuzun daha yaşlı olması ve çeşitli hastalıklar sebebiyle sigarayı bırakma konusunda daha motive olmuş sigara içen küçük bir homojen gruba sahibiz. Bizim bulgularımızla tutarlı olarak Purani ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu, sigara içenlerde uyku kalitesi ile ilgili çalışmada, Dikici ve arkadaşlarının, çalışmasında sigara ile uyku kalitesi puanlarının arasında anlamlı farkın olmadığı bildirilmiştir. ¹³⁷ ¹³⁸ Sigaranın her yaştaki birey için hastalık ve ölümlere yol açtığı bilinmektedir. Ancak huzurevinde kalan yaşlılarla yaptığımız bu araştırmada yaşlıların %75,2' sinin kötü uyku kalitesine sahip olmasına rağmen sigara kullanma durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Yaşlılarla yapılan yüz yüze görüşmelerde, birçoğu uyku kalitesinde meydana gelen bozulmaların sebebinin olumsuz düşünceler, yalnızlık, aile özlemi, kronik ağrıları gibi durumlardan kaynaklandığını ve bu sebeplerden dolayı uykuya dalmakta güçlük yaşadıklarını, bunlar dışında gece sık idrara çıkma sorunu sebebiyle uyku bölünmeleri ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Buna göre çalışmamızda, yaşlı bireylerin düşük uyku kalitelerinin ifade edilen faktörler sebebiyle meydana geldiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim bulgularımıza benzer olarak, Mehari ve arkadaşları uyku kalitesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlar, Dikici ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada cinsiyet değişkeninin uyku kalitesine etki etmediği saptanmış, Esenyel' in Edirne Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada, yaşlıların cinsiyeti ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir

¹³³ Erika Dugas vd., "Nicotine dependence and sleep quality in young adults", *Addictive Behaviors*, 2017, Cilt: 65, s. 154- 160.

¹³⁴ Charumathi Sabanayagam and Anoop Shankar, "The association between active smoking, smokeless tobacco, second-hand smoke exposure and insufficient sleep", *Sleep Medicine*, 2011, Cilt: 12, Sayı: 1, s.7-11.

¹³⁵ Alimohamad Asghari vd., "Cigarette smoking habit and subjective quality of sleep", *Scimetr*, 2015, Cilt: 3, Sayı: 1, s. 2.

¹³⁶ Stedan Cohrs vd., "Impaired sleep quality and sleep duration in smokers-results from the German Multicenter Study on Nicotine Dependence", *Addiction Biology*, 2012, Cilt: 19, Sayı: 3, s. 2- 10.

¹³⁷ Himel Purani vd., "Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise", *Addictive Behaviors*, 2019, Cilt:90, s71-76.

¹³⁸ Suber Dikici Vd., "Hemodiyalize Giren Yaşlı Bireylerde Kötü Uyku Kalitesi Depresyonu Öngörür Mü?", *Turkish Journal Of Geriatrics*, 2013, Cilt: 16 (4), s.383-388

ilişki bulunamadığı saptanmış, Kutlu' nun yapmış olduğu çalışmada cinsiyete göre PUKİ puanlarının farklılık göstermediğini bulmuştur.^{139 140 141142}

Bizim bulgularımızdan farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Nakata ve arkadaşlarının 2008 Japon kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, sigara içen kadınların hiç içmeyen kadınlara oranla uykuya başlamakta ve sabahları uyanmakta zorluklarının arttığını, kadınların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴³ Ceyhan ve arkadaşlarının 2018 yılında huzurevindeki yaşlılar ile yapmış olduğu çalışmalarında, yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve iki cinsiyet içinde uyku sorunu olmasında rağmen kadınların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır.¹⁴⁴ Bu sonuçlara göre bizim çalışma grubumuzdaki katılımcı sayısının yapılan diğer çalışmalara göre daha az olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda yaşlıların yaşının uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Dikici ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada yaş değişkeninin uyku kalitesin etki etmediği bildirilmiştir. Esenyel' in Edirne Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmasında, yaşlıların yaşı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı saptanmıştır. Çalışmamız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Genellikle 65 yaş ve üzeri yaşlılar ile yapılan çalışmalarda yaşlıların yaşadıkları problemlerin birbirine benzer olması uyku kalitesi açısından farklılık oluşmamasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlanma ile birlikte tüm sistemler değişime girmektedir. Bu değişimler sebebiyle yaşlılık döneminde hastalıkların arttığı ve kronik hastalıkların yaşlıların kronik yapılarında hasarlara yol açtığı bilinmektedir. Çalışmamıza katılan yaşlıların 35' inin kronik hastalığa sahip olduğu, 48' inin düzenli olarak ilaç kullandığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel analize göre; kronik hastalığa sahip olanlar, olmayanlara göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nden anlamlı derecede daha yüksek puanlar almışlardır. Buna göre, kronik hastalığı olan yaşlıların, olmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Esenyel' in, Edirne huzurevinde kalmakta olan 73 yaşlı ile yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan

¹³⁹ Mehari Md vd., a.g.e., s. 1-14.

¹⁴⁰ Dikici vd., a.g.e., s. 383-388.

¹⁴¹ Esenyel, a.g.e. s.60.

¹⁴² Yıldız Merve Kutlu, Uyku Kliniğine Başvurmuş ve Uyku Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerde Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2018, s. 64. **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

¹⁴³ Akinori Nakata vd., "Association Of Active And Passive Smoking With Sleep Disturbances And Short Sleep Duration Among Japanese Working Population", *International Jpurnal of Behavioral Medicine*, 2008, Cilt:15, s. 81-91.

¹⁴⁴ Ceyhan vd., a.g.e., s.29-35

yaşlıların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu bulmuştur.¹⁴⁵ Buna bağlı olarak yaşla birlikte artan hastalıkların yol açtığı; ağrılar, kaygı ve ölüm korkusu gibi durumların artması nedeniyle uyku kalitelerinde bozulmaların olduğu düşünülebilir. Kronik hastalıklara bağlı meydana gelen ağrı ile uyku kalitesi arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Ağrı bir yandan uyku problemlerine sebep olurken diğer yandan yaşanan uykusuzluk, genellikle kronik ağrılara sebep olabilmektedir. Keilani ve arkadaşlarının Avusturya’ da 18-65 yaş arasındaki yetişkinlerle yapmış oldukları çalışmada, kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaklaşık beşte birinin uykuya dalma konusunda 1 saatten fazla zaman harcadıklarını, kronik ağrılar sebebiyle uyku problemleri yaşadıklarını bildirmişlerdir. Buna bağlı olarak uyku kalitesi ile kronik ağrı arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır.¹⁴⁶

Çalışmamızda düzenli olarak ilaç kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, bizim bulgularımızın aksine Kutlu’ nun yapmış olduğu çalışmada, düzenli ilaç kullananların uyku kalitesi indeksi puanlarının düzenli ilaç kullanmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu, kullanılan ilaçların yan etkileri sebebiyle uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.¹⁴⁷ Bizim çalışmamızda yaşlılarla yapılan yüz yüze görüşmede, gece ortaya çıkan fiziksel ağrılar sebebiyle uyku sorunları yaşadıklarını, bu ağrılar için düzenli ilaç kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna bağlı olarak çalışmamızdaki yaşlı grubun mevcut bazı hastalıkları sebebiyle uyku sorunları yaşadıkları ancak bunlar için ilaç kullanmadıkları, kullandığı düzenli ilaçların ise uyku kalitelerini etkilemediği görülmüştür.

Çalışmada, Öznel Uyku Kalitesi ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yokken; kilo ve vücut kitle indeksi anlamlı negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre, kilo ve VKİ arttıkça uyku kalitesinin azaldığı görülmektedir. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Limal ve arkadaşlarının yılında yaşlıların gündüz uyku halini incelemişler ve katılımcıların %21’ in de gündüz uyku hali olduğu ayrıca gündüz uyku hali olan yaşlıların obezite sorunlarının olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴⁸ Buna bağlı olarak kilonun uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sonuçlarla uyumlu olarak Aktaş ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada VKİ’ nin artması ile birlikte uyku kalitesinin kötü yönde etkilendiği

¹⁴⁵ Esenyel, a.g.e., s. 60.

¹⁴⁶ Mohammad Keilani vd., “Sleep Quality in Subjects Suffering From Chronic Pain”, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2017, Cilt: 130, Sayı: 1-2, s. 31-36.

¹⁴⁷ Kutlu, a.g.e. s. 64.

¹⁴⁸ Camila Atolphi Limal vd., “Correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: an exploratory study”, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015, Cilt: 18, Sayı: 3, s. 607-617.

bildirilmiştir. ¹⁴⁹ Yapılan literatür araştırmasında, VKİ' nin uyku sorunları için aslında bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu açık değildir. Ancak her iki yönde de mümkün olduğu, birbiri ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Yine bulgularımızı destekleyici olarak, yüksek VKİ' nin solunum sıkıntıları oluşturabileceğini ve buna bağlı olarak da uyku bozukluklarına sebep olabileceğini düşündürmektedir.



¹⁴⁹ Hakkı Aktaş vd., "Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması", *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, Cilt: 8, Sayı: 2, s. 60-70.

SONUÇLAR

Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan sigaranın her yaşta birey için hayati risk oluşturduğu bilinmektedir. Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlı bireylerde sigara kullanımının uyku kalitesine etkisi araştırılmıştır. Bu kapsamda ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlılar kötü uyku kalitesine sahiptir ve sigara içen grup sigara içmeyen gruba göre daha kötü uyku kalitesine sahiptir.
2. Çalışmamızda sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
3. PUKİ bileşenlerinden Gündüz İşlev Bozukluğunda nikotin grubu kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almış, sigara kullanan grupta kullanmayan gruba göre Gündüz İşlev Bozukluğunun daha fazladır.
4. Kronik hastalığı olanların PUKİ puanlarının daha yüksektir ve buna bağlı olarak kronik hastalığı olanların uyku kalitesi, olmayanlara göre daha kötüdür.
5. Kilo ve VKİ arttıkça uyku kalitesinin azalmaktadır.

Bu alanda yeni araştırmalar yapacak kişilere sunacağı bir takım öneriler aşağıdaki gibidir:

1. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için kısıtlılıkları İstanbul ilindeki bazı huzurevlerinde gerçekleşmiştir, bu çalışma farklı illere ve ya daha fazla huzurevlerine göre değerlendirilmesi gerçekleştirilebilir. Çalışma daha fazla kişiye uygulanırsa elde edilen verilerin güvenilirliği artabilir.
2. Yaşlılardaki kronik hastalıkların uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüş, yaşlıların mevcut hastalıkları konusunda gerekli önlem ve tedavi desteklerinin artırılması konusunda tedbirler alınması önerilebilir.
3. Kilo ve vücut kitle indeksinin artmasıyla yaşlılarda uyku kalitesinin düştüğü görülmüş, buna bağlı olarak yaşlılara gerekli egzersiz programlarının düzenlenmesi ve ya artırılması açısından kurumlara rehberlik verilebilir.
4. İlerleyen dönemlerde yaşlı bireylerde sigara kullanımı ile farklı değişkenler arasında yürütülebilecek yeni çalışmalar yapılarak, yaşlıların sağlığı açısından sigara kullanımının önüne geçilebilir.
5. Yaşlıların sağlığı ve yaşam kalitesi açısından uyku kalitesinin iyileştirilmesi oldukça önemlidir. Bu konuda uyku kalitesinin değerlendirilmesi yapılırken

altta yatan durumların tespit edilerek, gerek bireylere gerekse kalmakta oldukları kurumlara uyku hijyeniyle ilgili eğitimlerin verilmesi tavsiye edilebilir.



KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AKÇAY Cengiz, Yaşlılık: Kavramlar, Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık, Kriter Yayınevi, İstanbul, 2013.

AYTEMİR Ömer ve KÖROĞLU Ertuğrul, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009.

GALLAHUE David L., Understanding Motor Development, Çev. Dilara Sevimay Özer ve Abdurrahman Aktop, Nobel Yayınevi, Ankara, 2013.

KALINLARA Velittin, Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2016.

KARADAĞ Mehmet, Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2), T Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007.

KARASAR Niyazi, Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005.

KORKMAZ Nilüfer ve YAZICI Suzan, Gerontoloji ve Gelişim Süreci İçinde: Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş, Ütopya Yayınevi, Ankara, 2014.

KÖROĞLU Ertuğrul, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Tanı Ölçütleri, Hekimler Yayın Birliği, 2013.

SANTROCK Jhon W., Yaşam Boyu Gelişim, Çev. Gelip Yüksel, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017.

SAYGILI Sefa, Yaşlılık Psikolojisi, Türdav Yayın, İstanbul, Ekim 2015.

WEINER Myron F. And LIPTON Anne M., Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias, American Psychiatric Publishing, Texas, 2009.

MAKALELER

AKTAŞ Hakkı, ŞAŞMAZ Caferi Tayyar, KILINÇER Aysel, MERT Elif, GÜLBOL Selin, KÜLEKÇİOĞLU Dila, KILAR Sevil, YÜCE Rıdvan, İBİK Yunus, UĞUZ Erkan ve DEMİRTAŞ Ali, Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015, Cilt: 8(2)

ALTIPARMAK Saliha, Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2009, Cilt: 23(3).

ASAYESH Fereshteh Ebadı ve ÖZBEN Mevlüt, Huzurevleri ve Yaşlılık: Ağrı ve İstanbul Örnekler, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2019, Cilt: 23 (2).

ASGHARİ Alimohamad, KAMRAVA Seyed Kamran, HEMAMİ Mohsen Rezaei and JALESSİ Maryam, Cigarette Smoking Habit And Subjective Quality Of Sleep, Scimetr, 2015, Cilt: 3(1).

ASLAN Dilek, Tütün Kontrolünde Farkındalığın Önemi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2018, Cilt: 27.

ASLAN Murat ve HOCAOĞLU Çiçek, Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016.

AYDIN Necibe Nur, Türkiye’de Lisansüstü Tezde Yaşlılık Çalışmaları: Bir İçerik Analizi Çalışması, Isparta Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2019, Cilt: 12(1).

AZRİ Muhammad Azwan, DAHLAN Akehsan, MASURİ Mohamad Ghazal, and ISA Khrail Anuar MD. Sleep Quality Among Older Persons in Institutions, Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2016, Cilt: 234.

BARATEAU Lucie, LOPEZ Regiz, FRANCHİ Jean Arthur Micoulaud and DAUVILLIERS Yves, Hypersomnolence, Hypersomnia, and Mood Disorders, Current Psychiatry Reports, 2017, Cilt: 19(2).

BEĞER Tanju ve YAVUZER Hakan, Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi, Klinik Gelişim, 2012, Sayı: 25.

BENBİR Gülçin ve KARADENİZ Derya, Parkinson Hastalığında Uyku Bozuklukları, Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 2011, Cilt: 14(2).

BENOWITZ Neal L. Pharmacology Of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, And Therapeutics, Annu Rev Pharmacol Toxicol, 2009, Cilt: 49.

BENSON Fioana E., STRONKS Karien, WILLEMSSEN Marc C., BOGAERTS Nina M. M. and NIERKENS Vera, Wanting To Attend Isn't Just Wanting To Quit: Why Some Disadvantaged Smokers Regularly Attend Smoking Cessation Behavioural Therapy While Others Do Not: A Qualitative Study, BMC Public Health, 2014, Cilt: 14(1).

BLOOM Harrison G., Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons, Journal of the American Geriatrics Society, 2009, Cilt:57(5).

BRUCE Amanda Schurle and ALOİA Mark S., Sleep and Cognition in Older Adults, Sleep Medicine Clinics, 2006, Cilt:1(2).

BUYSEE Daniel J., REYNOLDS Charles F, MONK Timothy, BERMAN Susan R. And KUPHER David J, The Pittsburg Sleep Quality Index: A New instrument for Psychiatric Practice an Research, *Psyhiatry Research*, 1988.

CANKURTARAN Mustafa ve ŞAHİN CANKURTARAN Eylem, Demansa Bağlı Danvraniş Bozuklukları ve Deliryum, *İç Hastalıkları Dergisi*, 2008.

CARON Lorraine, KARKAZİZ Katrina, RAFFİN Tomas A., KOENİG Barbara A. and SWAN Gary Review, Nicotine Addiction Through A Neurogenomic Prism: Ethics, Public Health, And Smoking”, *Nicotine&Tobacco Research*,, 2005, Cilt:7(2).

CHAN Edwin SY, BAUTİSTA Dianne T., ZHUR Yanan, YOU Yong, LONG Jian Ting, Lİ Wenyun and CHEN Christopher, Traditional Chinese Herbal Medicine For Vascular Dementia Monitoring, *Cochrane Database Syst Rev.*, 2018.

CHAPMAN Daniel P. And PERRY Geraldine S., Depression as a major component of public health for older adults, *Prev Chronic Disease*, 2008, Cilt:5(1).

CHIEN Meng-Yueh and CHEN Hsi Chung, Poor Sleep Quality is Independently Associated with Physical Disability in Older Adults, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2015, Cilt: 11(3).

CHO Hong-Jun, KHANG Young-Ho, JUN Hee-Jin and KAWACHİ Ichiro, Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age, *Social Science & Medicine*, 2008, Cilt:66(3).

CHORS Stedan, RODENBECK Andrea, RİEMANN Dieter, SZAGUN Bertram, JAEHNE Andreas, BRİNKMEYER Jürgen, GRÜNDER Gerhard, WİENKER Thomas, DİAZ-LACAVA Amalia, MOBASCHER Arian, DAHMEN Norbert, THUERAUF Norbert, KORNHUBER Johannes, KİEFER Falk, GALLİNAT Jürgen, WAGNER Michael, KUNZ Diet, GRİTTNER Ulrike and WİNTERER Georg, Impaired sleep quality and sleep duration in smokers-results from the German Multicenter Study on Nicotine Dependence, *Addiction Biology*, 2012, Cilt: 19(3).

COHEN Ami, ABU Natali Ben and HAİMOV Iris, The Interplay Between Tobacco Dependence and Sleep Quality Among Young Adults, *Behavioral Sleep Medicine*, 2018.

CONWAY S.G., RROİZENBLATT Suely., PALOMBİNİ Luciana, CASTRO Laura De Siqueira, BİTTENCOURT Lia, SİLVA Rudval Soza and TUFİK Sergio, Effect Of Smoking Habits On Sleep, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, (2008), Cilt: 41(8).

ÇAKAN OZERKAN Filiz, İleri Yaşta Kardiyovasküler Fizyolojide Değişiklikler, *Türk Kardiyololji Derneği Arsivi*, 2017, Cilt: 45.

ÇAKMUR Raif, Parkinson Hastalığı ve Medikal Tedavisi, *Klinik Gelişim*, 2011.

ÇATALOĞLU Seher, Yaşlılık, Değer ve Teknoloji, Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi, 2018, Cilt: 2(4).

DANI John A. and BALFOUR David J.K, Historical And Current Perspevrive On Tobacco Use And Nicotine Addiction, Trends Neurorosci, 2011, Cilt: 34(7).

DEMİR Tunçalp, Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Bakış, Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri, 2005.

DESA, World Population Ageing 2013, United Nations Department of Economic ans Social Affairs, New York, 2013.

DİKİCİ Suber, YILMAZ AYDIN Leyla, BAHADIR Anzel, BALTACI Davut, EROĞLU Mustafa ve ERCAN Nurten, Hemodiyalize Giren Yaşlı Bireylerde Kötü Uyku Kalitesi Depresyonu Öngörür Mü?, Turkish Journal of Geriatrics, 2013, Cilt: 16 (4).

DOĞAN Leyla ve MEVSİM Vildan, Anksiyete, Depresyon ve Sigara Bağımlılığı", Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi, 2020, Cilt: 5(1).

DUGAS Erika, SYLVESTRE Marie-Pierre, O'LOUGHLİN Erin Kathleen, BRUNET Jennifer, KAKİNAMI Lisa, CONSTANTİN Evelyn and O'LOUGLİN Jennifer, Nicotine Dependence And Sleep Quality İn Young Adults, Addictive Behaviors, 2017, Cilt: 65.

DZIERZEWSKÍ Joseph M. and DAUTOVÍCH Natalie D., Who Cares about Sleep in Older Adults, Clinical Gerontologist, 2018, Cilt: 41(2).

EFE Adem ve AYDEMİR Mücahit Yaşlı Kadın Olmak: Psiko-Sosyolojik Kuramlar Çerçevesinde Yaşlılık ve Kadın – Isparta Huzurevi Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2015, Cilt: 1(34).

ER Dilek, Psikososyal Açıdan Yaşlılık, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009, Cilt: 4(11).

EYÜBOĞLU Canan, ŞİŞLİ Zafer ve KARTAL Mehtap Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu, Turkish Family Physician, 2012, Cilt: 3(1).

FONG Tamara G., TULEBAEV Samir R. and INOUYE Sharon K., Delirium in Elderly Adults: Diagnosis, Prevention and Treatment, Nature Reviews Neurology, 2009, Cilt:5(4).

GARBER Carol Ewing, BLİSSMER Bryan, DESCHENES Michael R. and FRAKLİN Barry, Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise, Medicine & Science in Sports & Exercise, Cilt:43(3).

GÖKTAŞ Kasım ve ÖZKAN İshak, Yaşlılarda Uyku Bozuklukları, Turkish Journal of Geriatrics, 2006, Sayı: 9.

GROTH Maritza L., Sleep Apnea In The Elderly, Clinics in Geriatric Medicine, 2005, Cilt 21(4).

GU Fen, Lİ Xue-Fei, Xu Jin-Fu, GAO Guan-Hui, WU Yi-Fan and ZHOU Cai-Cun, Effect Of Nicotine Dependence On Quality Of Life And Sleep Quality In Patients With Lung Cancer Who Continue To Smoke After Diagnosis, Journal of Thoracic Disease, 2018, Cilt:10(5).

GÜNAYDIN Nevin, Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi Ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, (2014), Cilt: 5(1).

GÜNGEN Can, ERTAN Turan, EKER Engin, YAŞAR Resmiye ve ENGİN Funfa, Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002.

GÜRSES İbrahim ve KILAVUZ M. Akif, Ericson' un Psikososyal Gelişim Dönemleri Teorisi", Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2011, Cilt: 20(2).

HACIEVLİYAGİL Süleyman Savaş, MUTLU Levent Cem, GÜLBAŞ Gazi, YETKİN Özkan ve GÜNEN Hakan, Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Toraks Dergisi, 2016, Cilt: 7(1).

HALL Sharon M., HUMFLEET Gary L., GORECKİ Julie A., MUNOZ Ricardo F., REUS Victor I. and PROCHASKA Judith J., Older Versus Younger Treatmentseeking Smokers: Differences In Smoking Behavior, Drug And Alcohol Use, And Psychosocial And Physical Functioning, Nicotine Tobacco Research, 2008, sayı:10.

JAEHNE Andreas, UNBEHAUN Thomas, FEİGE Bernd, LUTZ Ulrich C., BATRA Anil and RİEMANN Dieter, How Smoking Affects Sleep: A Polysomnographical Analysis", Sleep Medicine, 2012, Cilt: 13, Sayı:10.

KARADAĞLI Funda ve NAHCİVAN Nursen, Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012,Cilt: 5 (1).

KARAKAŞ Sibel Asi, GÖNÜLTAŞ Nermin ve OKANLI Ayşe, Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi, ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2017, 4 (1).

KARAMAN Dursun, KARA Koray ve DURUKAN İbrahim, 'Uyku Bozuklukları', Türk Nöropsikiyatri Derneği Arşivi, 2011.

KEİLANİ Mohammad, CREVENNA Richard and DORNER Thomas, Mohammad Keilani vd., Sleep Quality in Subjects Suffering From Chronic Pain, Wiener Klinische Wochenschrift, 2017, Cilt: 130(1-2).

KESKİN Necla ve TAMAM Lut, Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi”, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2018.

KOLDAŞ Z. Lale, Yaşlılık ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir?, Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2017, Cilt: 45.

LAI Gabriel Chun-Hei, KWOK Ron Chi-Wai, ROCHELLE Tina L. and LEUNG Alvin Chung-Man, The Moderating Effect of Different Types of Internet Use on the Relationship between Transitional Aging Changes and Self-esteem of Older Adults, Proceedings of the 53rd Hawaii International Conference on System Sciences, 2020.

LEE Sunmin, CHO Eunyong, GRODSTEİN Francine, KAWACHİ Ichiro, HU B Frank and COLDİTZ Graham, Effects of marital transitions on change in dietary and other health behaviours in US women, International Journal of Epidemiology, 2005, Cilt:34, Sayı:1.

LEE Yao-Tung, TSAİ Chia-Fen, OUYANG Wen-Chen, YANG Albert C. and HWANG Jen-Pring, Daytime Sleepiness: A Risk Factor For Poor Social Engagement Among The Elderly, Psychogeriatrics, 2013, Cilt:13(4).

LİMAL Camila Astolphi, SOARES Wuber, BİLTON Tereza Lofredo and DİAS Rosangela Correa, Correlates Of Excessive Daytime Sleepiness In Community-Dwelling Older Adults: An Exploratory Study”, Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015, Cilt: 18(3).

MARGOLİS Rachel, Educational Differences İn Healthy Behavior Changes And Adherence Among Middle-Aged Americans, Journal of Health and Social Behavior, 2013, Cilt: 54 (3).

MCNAMARA Joseph, WANG Jiantong, HOLIDAY David B. and WARREN Jessica Young, Sleep Disturbances Associated With Cigarette Smoking, Psychology, Health & Medicine, (2013), Cilt: 19 (4).

MEHARİ Alem, WEİR Nargues A. and GİLLÜM Richard Gender and the Association of Smoking with Sleep Quantity and Quality in American Adults, Women & Health, 2014, Cilt: 54(1).

MİLANOVIĆ Zoran, PANTELİĆ Sasa, TRAJKOVİĆ Nebojsa, SPORIŠ Goran, KOSTIĆ Radmila and JAMES Nic, Age-Related Decrease İn Physical Activity And Functional Fitness Among Elderly Men And Women, Clinical Interventions in Aging, 2013, Cilt: 8.

NAKATA Akinori, TAKAHASHİ Masaya, HARATANI Takashi and IDEA Tomoko, Association Of Active And Passive Smoking With Sleep Disturbances And Short Sleep Duration Among Japanese Working Population, International Journal of Behavioral Medicine, 2008, Cilt:15.

NG Tze-Pin, Old Age Depression: Worse Clinical Course, Brighter Treatment Prospects? *The Lancet Psychiatry*, 2018, Cilt:5 (7).

NYSTEDT Paul, Marital Life Course Events And Smoking Behaviour In Sweden 1980–2000, *Social Science & Medicine*, 2006, Cilt: 62(6).

ONOR IfeanyiChukwu O., STİRLİNG Daniel L., WILLİAMS Shandrika, BEDİAKO Daniel, BORGHOL Amne, HARRİS Martha B., DARENSBURG Tiernisha B., clay Sharde D., OKPECHİ Samuel C. and SARPONG Daniel, Clinical Effects Of Cigarette Smoking: Epidemiologic İmpact And Review Of Pharmacotherapy Options, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017, Cilt: 14(10).

ÖZDEMİR Levent, AKKURT İbrahim, SÜMER Haldun, ÇETNKAYA Selma, GÜNLÜGÜR Uğur, LEVENT Sefa, NUR Naim ve DOĞAN Omer, The Prevalence Of Sleep Related Disorders In Sivas, Turkey, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2005, Cilt: 53(1).

ÖZGÜR Gönül ve BAYSAN Leyla, Yaşlılarda Uyku Sorunları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, Cilt: 21,(21).

CEYHAN Özlem, GÖRİŞ Songül ve ZİNCİR Handan, Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemli Bir Problem: İnkontinans, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, Cilt: 27, s. 29-35.

ÖZTÜRK Levent, Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz?", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt: 70.

PATEL Dhaval, STEİNBERG Joel and PATEL Pragnesh, Insomnia in the Elderly: A Review, *Journal Clinical Medicine*, 2018, Cilt:14(6).

POEWE Werner, SEPPİ Klaus, TANNER Caroline, HALLİDAY Glenda M., BRUNDİN Patrik, VOLKMANN Jens, SCHRAG Annette Elenore and E LANG Anthony, Parkinson Disease, *Nature Reviews Disease Primers*, 2017, Cilt: 23(3).

PURANİ Himal, FRIEDRİCHSEN Samantha and ALLEN Alicia M., Sleep Quality İn Cigarette Smokers: Associations With Smokingrelated Outcomes And Exercise, Addictive Behaviors, 2019, Cilt:90.

PUSHKAR Dolores, CHAİKELSON June and CONWAY Micheal, Testing Continuity And Activity Variables As Predictors Of Positive And Negative Affect İn Retirement, *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 2010, Cilt:65(1).

ROHEGER Mandy, KALBE Elke and SCARFONE Inga Liepelt, Progression of Cognitive Decline in Parkinson's Disease, *Journal of Parkinsons Disease* 2018, Cilt: 8(2).

RUJNAN Tuna, ÇAYKARA Burcu, SAĞLAM Zuhul ve PENÇE Halime Hanım, Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, Cilt:10(4).

SABANAYAGAM Charumathi and SHANKAR Anoop, The Association Between Active Smoking, Smokeless Tobacco, Second-Hand Smoke Exposure And Insufficient Sleep, Sleep Medicine, 2011, Cilt: 12(1).

SELEKLER Kaynak, Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı, Türk Geriatri Dergisi, 2010, Cilt:13(3).

SİRİNİVASAN Vivek, Genetic And Environmental Factors İn Vascular Dementia: An Update Of Blood Brain Barrier Dysfunction, Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology, 2016, Cilt: 43.

Smoking-Attributable Mortality, Years Of Potential Life Lost, And Productivity Losses, Morb Mortal Wkly Rep., 2008, Cilt: 57(45).

ŞAHİN Leyla ve AŞÇIOĞLU Meral, Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013,Cilt: 22(11).

ŞAHİN Uğur ve GÜVEN SAHİN Gülay, Yaşlılarda Sigara Kullanımı ve Bıraktırmaya Yönelik Çabalar: Uğraşmaya Değer mi?”, Akad Geriatri, 2010, Cilt: 3.

TEL Hatice, Sleep Quality and Quality of Life among The Elderly People, Neurology, Psychiatry and Brain Research, 2013, Cilt: 19.

TUNCEL Deniz ve ÖZLEM Fatma, Geriatrik Sorunlar: Uyku Sorunları, Gerofam Tıp Dergisi, 2010, Cilt:1(3).

UNITED NATIONS, Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing, Printed at United Nations Headquarters, New York, 2008.

UYVAL Mehmet Atilla, Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi”, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2016, Cilt: 4(1).

ÜSTÜN Yasemin ve ÇINAR Yücel, Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011, Cilt: 4.

VAUHNA Camille and DONALD L Biliwise, Sleep and Nocturia in Older Adults, Sleep Medicine Clinics, 2017, Cilt: 13(1).

WINSTEAD Vicki, YOST Elizabeth A., COTTEN Shelia R., BERKOWSKY Ronald W. and ANDERSON William, The Impact of Activity Interventions on the Well-Being of Older Adults in Continuing Care Communities, Journal of Applied Gerontology, 2014, Cilt: 33(4).

WU Chia-Yi, SU Tung-Ping, FANG Chin-Lung and CHANG Mei Yeh Sleep Quality among Community-Dwelling Elderly People and Its Demographic, Mental,

and Physical Correlates, Journal of the Chinese Medical Association, 2012, Cilt: 75(2).

XU Xianglong, LİU Lingli, SHARMA Manoj and ZHAO Yong, Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China, International Journal of Environmental Research and Public Health, Cilt: 12(2).

YILDIRIM Belgin, ÖZKAHRAMAN Şükran ve ERSOY Sıddıka, Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Cilt:2(2).

YAZGAN Pelin, Yaşlıda Uyku Sorunu, Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 2009, Cilt: 55(2),

ZHANG Li, SAMET Jonathan, CAFFO Brian and PUNJABİ Naresh M. Cigarette Smoking and Nocturnal Sleep Architecture, American Journal of Epidemiology, 2006, Cilt: 164(6).

TEZLER

ÇELEBİ Derya Sigara Bırakmanın Solunum Fonksiyon Testi Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkileri, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2011 **(Yayımlanmış Uzmanlık Tezi)**.

ESENYEL Canan, Edirne Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2012 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

KISACIK Esra, Sigara Kullanan ve Kullanmayan Genç Yetişkin ve Yaşlılarda Dikkat Yanlılığı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

KUTLU Yıldız Merve, Uyku Kliniğine Başvurmuş ve Uyku Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerde Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2018, **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

SARI Tuğba, Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Müzik Dinleme Uygulamasının Stresle Baş Etme Ve Öfke Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2019 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**.

RAPORLAR

Smoking-Attributable Mortality, Years Of Potential Life Lost, And Productivity Losses-United States, 2000-2004, Morbidity and Mortal Wkly Report, USA, 2008, sayı: 45.

İNTERNET KAYNAKLARI

T.C Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,3286/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari-31052012.html> (Erişim tarihi: 31.05.2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Bağımlılıkta Koruyucu Faktörler” <https://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/TR,50298/bagimlilikta-koruyucu-faktorler-nelerdir-.html> (Erişim Tarihi: 12.05.2020).

TÜİK. 2016, “İstatistiklerle Yaşlılar”, Kaynak: file:///C:/Users/live/Downloads/%C4%B0statistiklerle_Ya%C5%9Fl%C4%B1lar_17.03.2016.pdf. (Erişim tarihi: 11.04.2020)

Türk Geriatri Derneği Resmi İnternet Sayfası, “Yaşlılık Döneminde de Sigaradan Uzak Durmak Gerekir” <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=15> (Erişim tarihi: 12.02.2020).

Türkiye İstatistik Kurumu, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması”, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (Erişim tarihi: 04.02.2020).

Türkiye Psikiyatri Derneği, “Nikotin (Sigara Bağımlılığı)”, <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği> Nikotin (Sigara Bağımlılığı) (Erişim tarihi: 17.03.2020).

World Health Organization “Tütün”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Erişim tarihi: 04.01.2020)

World Health Organization, “Age and Health”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Erişim Tarihi: 05.01.2020).

Yeşilay Resmi İnternet Sayfası, “Sigara ve Tütün Bağımlılığı”, <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliliği>, (Erişim Tarihi 10.09.2019).

Yeşilay Resmi İnternet Sayfası, “Tütün Bağımlılığı”, <https://yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/tutun-bagimliliği>, (Erişim tarihi: 21.02.2020).

EKLER

EK-A

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Elinizdeki ölçekler İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü bünyesinde ve Klinik Psikoloji alanında sürmekte olan yüksek lisans tezinin bir parçasıdır. Bu çalışmada, huzurevinde kalan yaşlılarda nikotin kullanımının uyku kalitesine etkisi incelenmektedir. Araştırma yaklaşık olarak 15-20 dakika arası sürecektir. Lütfen sorulara mümkün olduğu kadar kendi gerçek fikrinizi yansıtan cevaplar veriniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size verilen ölçeklerin hiçbirinin üzerine isim ve soyadı yazmayınız. İsim ve diğer kimlik bilgileriniz tamamıyla gizli tutulacak cevaplarınız grup olarak sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir.

Araştırma esnasında lütfen soruların başındaki yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve her soruyu size en yakın olan cevabı işaretleyerek yanıtlayınız. Tüm soruları yanıtlamaya çalışmanız ve sizi yansıtacak şekilde samimi ve titizlikle yapmanız araştırma açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırmanın veri toplama aşaması sonunda, araştırmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Nilay GİRGIN

İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıda bu araştırma ile ilgili bilgileri okudum. Bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Evet ()

Hayır ()

Demografik Bilgi Toplama Formu**YAŞ:****BOY:****KİLO:****VKİ:****CİNSİYET:**

1 Kadın ()

2 Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1 Evli ()

2 Bekar ()

3 Dul /Boşanmış ()

EĞİTİM DÜZEYİ:

1 Okur-Yazar Değil ()

2 Okur-Yazar ()

3 İlkokul ()

4 Ortaokul ()

5 Lise ()

6 Üniversite ()

KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI ?

1 Evet ()

2 Hayır ()

VARSA NEDİR?.....**DÜZENLİ OLARAK İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ ?****VARSA İLACIN TÜRÜ/ADI:.....****PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ ?**

1 Evet ()

2 Hayır ()

EVETSE İLACIN ADI:.....**HİÇ SİGARA KULLANDINIZ MI ?**

1 Evet ()

2 Hayır ()

HALEN SİGARA KULLANMAKTA MISINIZ ?

1 Evet ()

2 Hayır ()

SİGARAYA BAŞLAMA YAŞINIZ KAÇTIR ?.....

GÜNDE KAÇ ADET SİGARA İÇİYORSUNUZ ?.....

SİGARA KULLANIMINA BAĞLI BİR RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ ?

1 Evet () 2Hayır ()

VARSA NEDİR?

KALMAKTA OLDUĞUNUZ ODADA SİGARA KULLANAN VAR MI ?

1Evet () 2Hayır ()

UYKU BOZUKLUĞU İÇİN HERHANGİ BİR İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ?

1Evet () 2Hayır ()

EVETSE İLACIN ADI?



Standardize Mini Mental Test (SMMT)**YÖNELİM (Toplam 10 puan)**

- Hangi yıl içindeyiz?()
- Hangi mevsimdeyiz?()
- Hangi aydayız?()
- Bugün ayın kaçı?()
- Hangi gündeyiz?()
- Hangi ülkede yaşıyoruz?.....()
- Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?()
- Şu an bulunduğunuz semt neresidir?()
- Şu an bulunduğunuz bina neresidir?()
- Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?()

KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 Puan)

Şimdi birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 saniye süre tanınır). Her doğru isim 1 puan.

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam 5 puan)

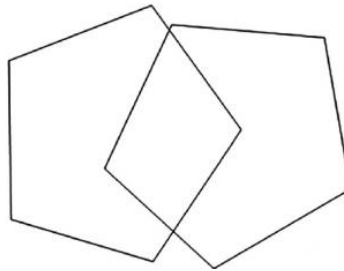
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65)

HATIRLAMA (Toplam 3 puan)

Yukarıda tekrar ettiğimiz kelimeleri tekrar söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise) (Her kelime 1 puan)

LİSAN (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 1'er puan, toplam 2 puan (20 saniye süre ver).
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan.
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen." Toplam 3 puan. (30 saniye süre verin). Her bir doğru işlem 1 puan.
- Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) - Bir kağıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin-
- Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan).
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin (1 puan).



Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

Aşağıdaki sorulara, yalnızca geçen ayki mutad (rutin, alışılmış) uyku alışkanlıklarınız ilgilidir.

Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz sürede farklı olabilir)
5. Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

	Geçen ay boyunca hiç (0)	Haftada birden az (1)	Haftada bir ve ya iki kez (2)	Haftada üç ve ya daha fazla (3)
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız				
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
f. Aşırı derecede üşüdünüz				
g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
h. Kötü rüyalar gördünüz				
ı. Ağrı duydunuz				
j. Diğer nedenler (Lütfen belirtiniz)				

6. Geçen ay uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

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

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

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

1. Geçen ay boyunca hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

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

1. Hiç problem oluşturmadı 2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok 2. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
3. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil 4. Partner aynı yatakta

11. Bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

	Geçen ay Boyunca Hiç (0)	Haftada Birden Az (1)	Haftada Bir ve ya İki kez (2)	Haftada Üç ve ya Daha fazla (3)
Gürültülü horlama				
Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar				
Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız				
Lütfen belirtiniz				



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 28.01.2020
TOPLANTI SAYISI : 2020-02

KARAR NO: 2020-02-31: Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nilay GİRGİN'in "Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Nikotin Kullanımının Uyku Kalitesine Etkisi" konulu tezi hakkında yapacağı anket çalışmasının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 28.11.2019 tarih ve 2019-20 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof.Dr.Nuri KURUOĞLU
Rektör Yardımcısı