



# Erken sigara bırakma sürecinde uyku kalitesi ve medikal tedavi ile ilişkisi

## *Relationship with sleep quality and medical treatment in early smoking cessation process*

● Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, ● Esra Yalçın<sup>2</sup>, ● Tevfik Fikret Karahan<sup>3</sup>

<sup>1)</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Samsun.

<sup>2)</sup> Gazi Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uzm. Dr., Samsun.

<sup>3)</sup> Avrasya Üniversitesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, Psikolog, Trabzon.

### İletişim adresi:

Prof. Dr. Bektas Murat YALCIN  
myalcin@omu.edu.tr

Geliş tarihi: 02.12.2020

Kabul tarihi: 14.02.2021

Yayın tarihi: 25.03.2021

**Açıklama:** Bu çalışma 16. Nafiz BOZDEMİR Aile Hekimliği Araştırma Günlerinde sunulmuştur.

**Alıntı Kodu:** Yalçın B. M. ve ark. Erken sigara bırakma sürecinde uyku kalitesi ve medikal tedavi ile ilişkisi.  
Jour Turk Fam Phy 2021; 12 (1): 32-39. Doi: 10.15511/tjfp.21.00032.

## Özet

**Amaç:** Nikotin metabolizmasının uyku üzerinde önemli etkileri vardır. Sigarayı bırakan kişiler, sigara bırakma sürecinde nikotin yoksunluğu nedeniyle farklı uyku sorunlarıyla karşılaşabilirler. Kullanılan farmakolojik ajanların (Vareniklin, Bupropion ve nikotin replasman Tedavisi [NRT]) uyku kalitesine etkileri de bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı kısa dönemde sigarayı bırakanlarda izlenen uyku bozukluklarının sıklığını ve bunu tercih edilen tedavi yaklaşımı ile ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Kliniğine başvuranlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların demografik verileri, sigara içme özellikleri (Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi skoru [FNBT], paket / yıl vb.), uyku özellikleri (uyku süresi, akşam uyanışları vb.) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksleri (PUKİ) ilk ziyaretlerinde ve bir ay sonra kaydedildi. Tüm katılımcılara standart tedavi uygulandı. Gönüllü ve herhangi bir veri kaybı olmayan 387 kişi (% 71,6) çalışma grubu olarak kabul edildi.

**Bulgular:** 387 (%71,6) kişiden 165'i ilk ay içinde sigarayı bırakmıştı (% 42,6). Bu hastaların 102'sinde (% 61,8) Vareniklin, 25'inde (% 15,1) Bupropion ve 38'inde (% 23,0) tek başına NRT kullanıldı. Ortalama uyku süresi bırakmayı takiben değişmedi ( $6,4 \pm 4,8$  saate karşılık  $6,3 \pm 5,0$  saat  $p>0,05$ ). Farklı tedavi alan hasta gruplarının bir ay sonra PUKİ skorları da benzer bulundu ( $p>0,05$ ). Vareniklin kullanılan hastalarda uykusuzluk ( $n=5$ , %17,5) ve uyuşukluk ( $n=4$ , %14,6) yakınmaları daha sıkı ( $x^2=12,145$ ,  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Sigara bıraktırmak için farklı tedavi seçenekleri kullanılan kişilerin uyku kalitelerinde ilk bir ay içinde bir fark gözlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** Uyku, Sigara Bırakma, NRT, Bupropion, Vareniklin

## Summary

**Objective:** Nicotine metabolism has important effects on sleep. People who quit smoking due to nicotine withdrawal during the smoking cessation process may experience different sleep disorders. Side effects of pharmacological agents used to quit smoking (Varenicline, Bupropion and Nicotine Replacement Therapy [NRT]) on sleep quality are also known. The aim of this study is to investigate the relationship between smoking cessation and the preferred treatment approach with sleep disorders.

**Material and Methods:** 520 participants who applied to OMU Family Medicine Smoking Cessation Clinic in 2019 were accepted as the study population. Demographic data of all participants in the survey, smoking characteristics (Fagerstrom Nicotine Dependency Test score [FNBT], pack / year, etc.), sleep characteristics (sleep duration, evening awakenings, etc.) and Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) at their first visit and one recorded months later. Standard treatment of our clinic was applied to all participants. 387 volunteers (71.6%) without any data loss were accepted as the study group.

**Results:** 165 of 387 (71.6%) people quit smoking in the first month (42.6%). Varenicline was used in 102 (61.8%), Bupropion in 25 (15.1%) and NRT alone in 38 (23.0%) of these patients. Mean sleep time (hours) did not change in this group before and after quitting ( $6.4 \pm 4.8$  hours versus  $6.3 \pm 5.0$  hours  $p> 0.05$ ). There was no difference between the mean PSQI scores of the patient groups receiving different treatments one month later ( $p> 0.05$ ). Complaints of insomnia ( $n=5$ , 17.5%) and drowsiness ( $n=4$ , 14.6%) were more common in patients who received Varenicline ( $x^2=12,145$ ,  $p<0,001$ ).

**Conclusion:** No difference was detected in the sleep quality of patients who were used different treatment options to quit smoking in the first month.

**Keywords:** Sleep, Smoking Cessation, NRT, Bupropion, Varenicline

## Giriş

Uyku, kişinin duysal veya diğer uyarılarla uyana-bileceği bir bilinçsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Uyku durumu ile komanın bilinçsizlik hali birbirine benzese de koma durumunda kişi herhangi bir dış uyarı ile uyandırılmaz.<sup>(1)</sup> Kişinin günlük işlevleri içinde uyku psikolojik ve fizyolojik homeostaz için elzemdir. Bugün için uykunun fiziksel ve zihinsel sağlığımızı her gün yenilememiz için mutlaka gerekli olan aktif bir süreç olduğu kabul edilmektedir.

Kişinin günlük homeostazı için uykuda geçen süre kadar uykunun kalitesi de önemlidir. Uyku kalitesi, gece boyunca dinlendirici uykunun korunması ve kişinin uyanma sırasında ve gün boyunca tazelenmiş hissetmesidir.<sup>(6)</sup> Geleneksel uyku kalitesi ölçümleri uyku başlangıcına kadar gecikmeyi, uyku başlangıcından sonra uyanıklığı ve/veya uyku süresini değerlendirmektedir. Uyku kalitesini değerlendirmede altın standart polisomnografi ve kişinin motor aktivitesini algılayarak, uyku ve aktivitesini 24 saat izleyerek kaydeden aktigrafi yöntemleridir.<sup>(7)</sup> Bunun dışında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Berlin Uyku Sorgusu (BUS) gibi pek çok subjektif uyku kalitesini değerlendiren ölçekler mevcuttur.<sup>(8)</sup>

Uyku kalitesini etkileyen pek çok faktör vardır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, aynı yatakta başka biriyle uyumak, küçük çocuk sahibi olmak, fiziksel aktivite düzeyi, alkol kullanımı, kafein kullanımı, diyet, kronik hastalıklara sahip olma (özellikle KOAH vb.) ve uyku hijyenini ilgilendiren faktörlerle uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında sıralanmıştır.<sup>(9)</sup>

Sigara bağımlılığının da uyku kalitesinde azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Sigara içenlerde genel olarak içmeyenlere göre uyku kalitesinin düşük ol-

duğu düşünülmektedir. Özellikle sigaranın içinde bulunan nikotin, nikotinik reseptörler aracılığı ile santral sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki yapar.<sup>(10)</sup> Bu uyarıcı etki özellikle kişinin uykuya başlamasında ve sürdürmesinde güçlüğe neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda sigara bağımlılarında ortalama gece uykusu süresi azalırken, gündüz uykulu hissetme halinin arttığı bildirilmiştir. Sigara kullanımına bağlı gelişen KOAH'ta gece boyunca hem öksürük hem de düşen oksijen seviyesine bağlı olarak uyku kalitesi bozulmaktadır. Ayrıca içilen sigara ile birlikte horlama miktarında artış izlenmektedir.<sup>(11)</sup>

Sigara bırakmanın hem uyku süresi hem de kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir.<sup>(12)</sup> Nikotinin geri çekilmesine bağlı oluşan anksiyete ve depresyonun bu süreçte etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında sigara bıraktırma sürecinde kullanılmakta olan medikal tedavi seçeneklerinin (nikotin replasman tedavisi (NRT), Bupropion ve Variniklin) uyku üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır.<sup>(13)</sup> Bu medikal ajanların uykuya dalmayı geciktirip, uyku süresini azalttığı, uyku kalitesini etkilediği, uyku sirkadyen ritmini değiştirdiği, rüyaları arttırıp azalttığına yönelik çeşitli veriler mevcuttur.<sup>(14, 15)</sup>

Ülkemizde sigara bırakma sürecindeki kişilerin uyku kalitelerine yönelik elde çok az veri bulunmaktadır. Bu çalışmanın ana amacı bırakma sonrası kısa vadede (ilk bir ay) sigara bağımlılarının uyku kalitelerini değerlendirmek ve bunun medikal tedavi ile ilgisini araştırmaktır.

## Araç ve Yöntem

Çalışmanın tipi: Araştırma prospektif bir vaka kontrol çalışması olarak tasarlandı.

**Evren ve örneklem:** Çalışma öncesi G-Power programı ile gerçekleştirilen analizde 124 vakanın yeterli olduğu hesaplandı. 1.1.2019 ile 31.12.2019 tarihleri arasında 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Aile Hekimliği Sigara Bırakma Kliniği'ne başvuran toplam 520 katılımcı çalışma evreni olarak kabul edildi. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri olarak en az altı aydır sigara içmek, sosyodemografik ve sigara içme özellikleri ile ilgili bilgileri tam olma, gönüllü olmak, uyku kalitesini etkileyebilecek bilinen herhangi bir uyku hastalığına (uyku apne sendromu v.b.) ve kronik hastalığa sahip olmamak (KOAHA veya kronik ağrı sendromları v.b.) kabul edildi. Kombine tedavi alan hastalar (Bupropion-NRT) çalışma dışına alındı. Yukarıdaki kriterlere uyan ve polikliniğimize başvurularından 1 ay sonra ulaşılan 461 kişi örneklem olarak kabul edildi.

**Çalışmanın tasarımı:** Çalışmaya katılanların başvurularından sonra temel fizik bakıları gerçekleştirildi. Sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, meslek ve eğitim durumu) ve sigara kullanım özellikleri (sigara başlama yaşı, paket/yıl ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi) öğrenildi. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uygulandı (ön test). Daha sonra polikliniğimize başvuran kişilere kliniğimizde uygulanan standart yaklaşım uygulandı.<sup>(16)</sup> Çalışmaya dâhil olan vakalara başvurularından bir ay sonra PUKİ tekrar uygulandı (son test). Çalışmada kullanılan ilaçlar T.C. Sağlık Bakanlığı TUBATIS tarafından sağlanmıştır.

### Çalışmada kullanılan anketler:

#### Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Bu anket Beyse ve ark. tarafından geliştirilmiştir, 24 sorudan oluşmaktadır ve bireyin son bir aylık uyku kalitesini değerlendirir.<sup>(8)</sup> Sorulardan 19 tanesi öz bildirim

sorusudur, diğer beş soru ise hastanın eşi veya oda kadışı tarafından cevaplandırılır. Bu beş soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya dâhil edilmez.

Puanlamaya katılan 19 madde, 7 farklı bileşen puanı şeklinde sınıflandırılır ve her bir bileşenin puanı birbiri ile toplanarak ana PUKİ skoru elde edilir. Bu bileşenler öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku verimi, uykudaki rahatsız edici faktörler, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olarak puanlanır. Her bir bileşen 0'dan 3'e kadar bir sayı ile değerlendirilir. Toplam PUKİ skoru bileşenlerin toplanmasıyla 0 ile 21 arasında olabilir. PUKİ skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi "iyi" ve 5'in üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir. PUKİ'nin Türkçe sürümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,804 olarak saptanmıştır.<sup>(17)</sup>

#### Fagerstrom nikotin bağımlılık testi (FNBT)

Sigara bağımlılığının belirlenmesinde sıklıkla kullanılan bir testtir.<sup>(18)</sup> Toplam altı sorudan oluşmaktadır. Sigara içen bir kişi bu testten 1 ile 10 arasında bir skor alabilir. Skor arttıkça kişideki nikotin bağımlılığının düzeyinin arttığı düşünülmektedir. Genellikle skorlarına göre farklı tedavi yöntemleri tercih edilmektedir.

**İstatistiksel Analizler:** Veriler SPSS (16.0) ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p > 0,05$  kabul edildi. Verilerin dağılımı One Sample Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama standart sapma, en az en çok değerler ve frekans dağılımı olarak sunuldu. Normal dağılım gösteren iki bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında Independent Sample t-Test, göstermeyenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı değişken gruplarında ise Paired samples-t-test uygulandı.

## Bulgular

Çalışmaya dâhil olan vakaların cinsiyetlerine göre demografik, uyku ve sigara içme özelliklerine ait verileri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Çalışmaya dâhil olan toplam 491 kişiden, 165'i (%33,6) bir ay sonra sigara içmediğini bildirdi.

Çalışmaya dâhil olan vakaların ortalama yaşı 40,12±2,9 yıl idi ve büyük kısmı erkekti (%61,7). Erkek vakalar kadınlara göre ortalama 3 yıl daha genç idi. Ayrıca vakaların her iki cinsiyette de büyük kısmını evli olan bireyler oluşturmaktaydı (n= 341, %74,1). Erkeklerin ortalama FNBT skoru ve paket/yıl skoru ka-

**Tablo 1: Cinsiyetlerine göre çalışmaya dâhil olan vakaların demografik, uyku ve sigara içme özelliklerini gösteren verileri**

Cinsiyet	Erkek 278 (%61,7)	Kadın 183 (%38,3)	p
Yaş	38,3±13,1	41,7±11,3	t=2,716, p=0,007
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	201 (%72,8)	141 (%77,2)	$\chi^2=14,677$ , p<0,001
Dul/Bekâr	67 (%28,2)	42 (%22,8)	
FNBT*	6,23±2,3	5,59±2,5	t=1,991, p=0,047
Uyku süresi (Saat)	6,87±1,4	6,92±0,9	t=0,998, p=0,124
PUKİ#	4,82±1,2	4,77±1,9	t=0,172, p=0,087
Paket/yıl	27,7±20,6	18,9±14,4	t=3,749, p<0,001
<b>Yaş ve paket yıl korelasyonu</b>	r=0,757	r=0,534	p<0,001
<b>Tedavi</b>			
NRT**	23 (%21)	12 (%15)	$\chi^2=2,039$ , p=0,564
Bupropion	38 (%27)	14 (%22)	
Vareniklin	52 (%38)	26 (%45)	

\*FNBT= Fagerstrom nikotin bağımlılık testi  
\*\*NRT= Nikotin replasman tedavisi  
#PUKİ=Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

dınlardan anlamlı düzeyde daha fazla idi. Tüm katılımcılar ortama günlük  $6,89 \pm 1,7$  saat uyurken, ortalama PUKİ değeri  $4,79 \pm 0,6$  idi. Her cinsiyetteki vakaların ortalama günlük uyku süreleri arasında bir fark bulunmamıştır (ön test - PUKİ).

Sigarayı bırakan vakaların 102'sinde (% 61,8) Vareniklin, 25'inde (% 15,1) Bupropion ve 38'inde (% 23,0) tek başına NRT kullanılmıştı. Sigarayı bırakan 165 vakanın sigara bırakmalarından önceki ( $6,4 \pm 4,8$ ) ve 1 ay sonraki ( $6,3 \pm 5,0$ ) toplam günlük uyku süreleri açısından bir fark bulunmadı ( $t=0,128$ ,  $p=0,066$ ). Vakaların çalışma öncesi ve sonrası PUKİ puanları karşılaştırıldığında; her iki ortalama arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark izlenmedi ( $4,73 \pm 2,1$  karşı  $5,17 \pm 2,04$ ,  $t=0,912$ ,  $p=0,076$ ).

Vakaların aldıkları medikal tedaviye göre ayrıldıklarında; bu grupların ortalama ön test - PUKİ değerleri arasında herhangi bir fark bulunamadı ( $F=1,251$ ,  $p=0,057$ ). Bir ay sonra bu grupların ortalama değerleri

birbirleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel herhangi bir fark bulunamadı ( $F=1,008$ ,  $p=0,121$ ).

Vakaların aldıkları medikal tedaviye göre ayrıldıklarında; uyku konusunda yaşadıkları şikâyetler sorgulandığında en çok problem Vareniklin grubunda izlendi. Bu hastalarda en sık Vareniklin kullanan bu hastalarda uykusuzluk ( $n=5$ , %17,5), uyuşukluk ( $n=4$ , %14,6), aşırı rüya görme ( $n=3$  %12,9) yakınmaları izlenmekte idi.

## Tartışma

Çalışmamıza dâhil olan vakalar arasında ilk bir ay için sigara bırakma oranı %33,6 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan diğer bazı çalışmalarda ilk üç ay için %36,5<sup>(19)</sup>, ilk yıl için ise %37,3<sup>(20)</sup> civarında bir başarı oranından bahsedilmektedir. Bizim polikliniğimizde daha önce yapılan bir başka çalışmaya göre altı ay sonraki başarı oranı %27,4 civarındaydı.<sup>(16)</sup> Bu değişik oranlar farklı çalışmalarda kullanılan yöntemlerin ve izlem sayısını birbirlerinden değişik olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda; sigara içen vakaların sigara bırakma öncesi ortalama uyku süreleri ve PUKİ skorları ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer bazı çalışmalarla karşılaştırıldığında yüksek bulunmuştur. Karatay ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencilerinin uyku alışkanlıklarının belirlenmesi için yapılan çalışmada da PUKİ puan ortalamasının  $6,39 \pm 3,82$  olduğu ve sigara içenlerde ( $7,96 \pm 4,11$ ) içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir ( $p>0,05$ ).<sup>(21)</sup> Rujnan ve ark. tarafından yapılan 109 sigara bağımlısını inceleyen bir başka çalışmada ise, erkek ( $5,37 \pm 2,84$ ) ve kadın ( $7,52 \pm 2,27$ ) bağımlıların PUKİ skorları arasında uyku kalitesi açısından istatistiksel bir fark bulunurken, bizim çalışmamızda her iki cinsiyet

**Tablo 2:** Sigara bırakmış olan vakaların kullandıkları metoda göre ön PUKİ\* ve son PUKİ\* puanlarının karşılaştırılması

	ÖN PUKİ SKORU	SON PUKİ SKORU	p
<b>NRT**</b>	$4,87 \pm 0,8$	$4,90 \pm 1,0$	$t=0,987$ $P=0,558$
<b>Bupropion</b>	$4,96 \pm 0,7$	$5,23 \pm 0,2$	$t=0,467$ $P=0,641$
<b>Vareniklin</b>	$4,88 \pm 0,2$	$5,18 \pm 0,2$	$t=0,197$ $p=0,847$

\*PUKİ= Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi  
\*\*NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

arasında herhangi bir fark yoktu. Çalışmamızın skorları bu iki çalışmadan da daha yüksekti. Bu duruma bölgesel ve diğer sosyal faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir. Ülkemizde sigara bırakmanın uyku süresi ve kalitesi üzerine yapılmış çalışma tarafımızdan bulunamamıştır.

Bu açıdan çalışmamızın bu konuda yapılan ender araştırmalardan birisi olduğu düşünülebilir. Yurtdışında Ashare ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; sigara bırakma öncesi hafta ile karşılaştırıldığında bırakma sonrası ilk haftanın uyku kalitesinin kötüleşmesi üzerine en etkili dönem olduğu gösterilmiştir.<sup>(23)</sup> Bu çalışmada ilginç olarak uyku kalitesinin değerlendirilmesi için geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir anket uygulanmamış sadece vakalar deneyimledikleri uyku problemlerini değerlendirmişlerdir. Vakalara herhangi bir uyku problemi ve insomnia yaşayıp yaşamadıkları veya anormal rüyalar görüp görmedikleri sorulmuştur. Buna göre Vareniklin ve NRT kullanan vakalarda kullanım süresi arttıkça, çok daha ciddi uyku problemlerinin izlendiği rapor edilmiştir. Ancak tedavi ile uyku problemleri arasında bir bağlantı kurulamamıştır.

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde Vareniklin kullanan vakalarda daha çok uyku ile ilgili problemler izlemekte idi. Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara bırakma öncesi dönemle kıyaslandığında medikal tedavi alan hastaların sigara bıraktıktan sonraki toplam uyku süreleri ilk ay için farklı bulunmamıştır. Benzer şekilde medikal tedavi alan hastaların uyku kaliteleri sigara bırakmadan önceki ve sonraki ilk bir ay için değişiklik göstermemiştir. Kullanılan medikal tedavi çeşidi (Vareniklin, Bupropion ve NRT) ile hastaların uyku kaliteleri arasında bir fark bulunamamıştır. Sigara bırakmanın uyku üzerindeki etkilerini inceleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Boutu ve ark. altı

aylık bir sigara bırakma döneminden sonra gece sigara içmek için kalkıp uykunun bölünmesinin ortadan kalktığını bildirmektedir.<sup>(24)</sup> Peter ve ark. ise sigara bırakma denemesinde önceki dönemde geceleri uykudan sigara içmek için kalkan ve kötü uyku kalitesi olan bağımlıların sigara bırakırken daha başarısız sonuçlar aldıklarını göstermişlerdir.<sup>(25)</sup>

Sigara bırakan kişilerde tedaviye bağlı yaşanacak insomnia ve uyku kalitesinin azalmasının bir başka klinik önemi de kişilerin tekrar sigara içmeye başlamalarıdır. Short ve ark. tarafından gerçekleştirilen ve 579 sigara bağımlısının dâhil edildiği çalışmada benzer şekilde sigara bırakma öncesi dönemdeki uyku kalitesinin ve insomnia şikâyetlerinin sigara bırakma deneyiminde yaşananlardan daha önemli olduğu gösterilmiştir.<sup>(26)</sup> Buna göre sigara bırakma girişimi öncesi uyku problemi yaşayan hastaların ilk üç ay içinde tekrar relaps geliştirmesi riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir.

## Sonuç

Çalışmamız bildiğimiz kadarı ile bu konuda ülkemizde yapılan ilk araştırmalardan birisidir. Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları olabilir. Her şeyden önce uyku kalitesini etkileyen çok fazla faktör bulunmaktadır. Bunların arasında psikolojik faktörler (anksiyete, depresyon vb.) gibi göz önüne alınmamıştır.

Ayrıca sigara bırakma öncesi dönemde vakaların ortalama uyku kaliteleri diğer çalışmalarla kıyaslandığında yüksek bulunmuştur. Bu konu ile ilgili sağlıklı vakalardan oluşan bir kontrol grubunun eklenmesi verilerin geçerliliğini arttıracaktır. Bunun yanında sigara bırakma ile ilgili veriler kişilerden sözel olarak alınmıştır. Dolayısıyla çalışmadaki bulguların güvenilirliği bu kişilerin sağladığı verilerin nesnelliğine bağlıdır.

## Kaynaklar:

1. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes Spectr* 2016;29(1):5-9.
2. Saper CB, Cano G, Scammell TE. Homeostatic, circadian, and emotional regulation of sleep. *J Comp Neurol* 2005;493:92-8.
3. Fuller PM, Gooley JJ, Saper CB. Neurobiology of sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation and regulatory feedback. *J Biol Rhythms* 2006;21(6):482-93.
4. Fernandez Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on physical and mental health. *Curr psychiatry Rep* 2013; 15(12):418.
5. Ferrara M, De Gennaro L. How much sleep do we need? *Sleep Medicine Reviews* 2001;5(2):155-79.
6. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med* 2017; 30;18(2):61-71.
7. Chesson AL et al. The indications for polysomnography and related procedures. *Sleep* 1997;20(6):423-87.
8. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989;28(2):193-213.
9. Yılmaz D, Tanrikulu F, Dikmen Y. Research on sleep quality and factors affecting the sleep quality of nursing students. *Curr Health Sci J* 2017; 43(1):20-4.
10. Pomerleau OF. Nicotine and central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. *Am J Med* 1992; 15(93):2-7.
11. Trenchea M, Deleanu O, Suta M, Arghir OC. Smoking, snoring and obstructive sleep apnea. *Pneumologia* 2013;62(1):52-5.
12. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives of Internal Medicine* 1995;155(7):734-7.
13. Assayag Y, Bernstein A, Zvolensky MJ, Steeves D, Stewart SS. Nature and role of change in anxiety sensitivity during NRT-aided cognitive-behavioral smoking cessation treatment. *Cognitive Behaviour Therapy* 2012;41(1):51-62.
14. Amiri S, Behnezhad S. Smoking and risk of sleep-related issues: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Can J Public Health* 2020; 111(5): 775-86.
15. Colrain IM, Trinder J, Swan GE. The impact of smoking cessation on objective and subjective markers of sleep: review, synthesis, and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research* 2004;6(6):913-25.
16. Yalcin BM, Ünal M, Pirdal H, Karahan TF. Effects of an anger management and stress control program on smoking cessation: A randomized controlled trial. *J Am Board Fam Pract* 2007; 20(1):36-44.
17. Ağargün MY, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(2): 107-15.
18. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991;86(9):1119-27.
19. Argüder et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2013;14;81-7.
20. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız. *Eurasian J Pulmonol* 2014;16;99-104.
21. Karatay G, Gürarlan Baş N, Aldemir H, Akay M, Bayır M, Onaylı H. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin uyku alışkanlıkları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *HSP* 2016;3:16-22.
22. Rujnan T, Çaykara B, Pençe HH. Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019; (10)4:609-15.
23. Ashare RL. Sleep disturbance during smoking cessation: withdrawal side effect of treatment? *J Smok Cessat* 2017;12(2):63-70.
24. Boutou AK, Tsiata EA, Pataka A, Kontou PK, Pitsiou GG, Argyropoulou P. Smoking cessation in clinical practice: predictors of six-month continuous abstinence in a sample of Greek smokers. *Primary Care Respiratory Journal* 2008;17(1):32-8.
25. Peters EN, Fucito LM, Novosad C, Toll BA, O'Malley SS. Effect of night smoking, sleep disturbance, and their co-occurrence on smoking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 2011; 25(2):312-9.
26. Short et al. Insomnia symptoms as a risk factor for cessation failure following smoking treatment. *Addict Res Theory* 2017;25(1):17-23.

**Alıntı Kodu:** Yalçın B. M. ve ark. Erken sigara bırakma sürecinde uyku kalitesi ve medikal tedavi ile ilişkisi. *Jour Turk Fam Phy* 2021; 12 (1): 32-39. Doi: 10.15511/tjtfp.21.00032.