T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-64 YAŞ ARASI BİREYLERDE UYKU KALİTESİ VE GENEL SAĞLIK ANKETİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.ELİF KARATAŞ DEMİR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-64 YAŞ ARASI BİREYLERDE UYKU KALİTESİ VE GENEL SAĞLIK ANKETİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Elif Karataş Demir

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Kendisini örnek almaktan onur duyduğum, hoş uslübu, pozitif enerjisi, çalışkanlığı ve özverisi ile ufkumu genişleten, aile hekimliği kliniği çatısı altında kendisi ile birlikte bulunmaktan mutlu olduğum sayın Prof. Dr. Dilek Toprak'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımdaki varlığını ve desteğini hissettiğim, her türlü sorumu çekinmeden sorabildiğim ve her türlü soruma yanıt alabileceğimi bildiğim saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e;

Eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum uzman meslektaşlarıma ve asistan arkadaşlarıma;

Hayatımdaki en büyük destekçim, varlığıyla huzur bulduğum sevgili eşim Nevzat Demir'e;

Eğitim hayatımdaki en büyük katkının sahipleri annem Sıddıka Karataş, babam Mithat Karataş, ablam Ayfer Gökbulut ve abim Yasin Karataş'a

En derin saygı ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Karataş Demir

İstanbul,2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……... i

İÇİNDEKİLER……..…… ..ii

KISALTMALAR…….....……vi

TABLO LİSTESİ……vii

ŞEKİL LİSTESİ……viii

ÖZET……ix

ABSTRACT……..…xi

1.GİRİŞ VE AMAÇ……...…1

2.GENEL BİLGİLER……...2

2.1. UYKU TANIMI……..2

2.2.UYKUNUN TARİHİ VE UYKU ARAŞTIRMALARI……..…2

2.3.UYKU FİZYOLOJİSİ…….....5

2.3.1.Uyku ve Uyanıklık…….....5

2.3.2. Sirkadiyen Ritim……...6

2.3.3. Uykunun Evreleri…….....6

2.4.UYKU KALİTESİ…….……8

2.4.1.Tanım…….8

2.4.2. Etkileyen Faktörler…….…..9

2.4.2.1. Cinsiyet……..9

2.4.2.2. Yaş…….9

2.4.2.3. Egzersiz…….9

2.4.2.4. Beslenme……..10

2.4.2.5. Kafein…….....10

2.4.2.6. Alkol…….10

2.4.2.7. Sigara……11

2.4.2.8. Çevresel Faktörler…….....11

2.4.2.9. Hastalıklar……11

2.4.2.10. İlaçlar……..12

2.4.2.11. Duygu Durum…….....12

2.5.RUHSAL DURUM TARAMASI……..12

3. GEREÇ VE YÖNTEM……...14

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI…….14

3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ……..14

3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ…….14

3.4. DAHİL ETME KRİTERLERİ…….14

3.5. HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ……..14

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI……..15

3.7.ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER……..15

3.7.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi…….15

3.7.2.Genel Sağlık Anketi-12…….16

3.8. İSTATİSTİKSEL YÖNEMLER……..17

4. BULGULAR……....18

4.1. KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ…….…18

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi…..18

4.1.2.Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi …….…….19

4.1.2.1. PUKİ Sorularına Verilen Yanıtlar……..….….19

4.1.2.2.GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar……..…..…20

4.1.3.Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi……..……22

4.1.3.1 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğine İlişkin Puanlar……22

4.1.3.2. Genel Sağlık Anketi-12 Puanı……...24

4.2.KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLER İLE KULLANILAN ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ……25

4.2.1.Sosyodemografik özellikler ile PUKİ Puanlarının İlişkisi…...25

4.2.2.Sosyodemografik Özellikler ile GSA-12 Puanı İlişkisi……...32

4.3.PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ İLE GENEL SAĞLIK ANKETİ-12 VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ……..34

5.TARTIŞMA……...38

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI……38

5.2. PUKİ VE GSA-12 VERİLERİNİN TARTIŞILMASI……..39

5.3.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE PUKİ VERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI …….….41

5.4.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE GSA-12 VERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI……..42

5.5.PUKİ VE GSA-12 VERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI……...44

6. SONUÇ VE ÖNERİLER……47

6.1. SONUÇLAR……47

6.2. ÖNERİLER……..48

KAYNAKLAR……49

EKLER……...……56

KISALTMALAR

EEG: Elektroensefalogram

GSA-12: Genel Sağlık Anketi-12

GSA-28: Genel Sağlık Anketi-28

NREM: Non- Rapid Eye Movement

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

RAS: Retiküler Aktive Edici Sistem

REM: Rapid Eye Movement

SCN: Supra Kiazmatik Nükleus

VLPO: Ventrolateral Preoptik Nükleus

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: REM ve NREM Dönemlerinin Özellikleri 8
Tablo 2:Birinci basamakta kullanılabilecek ölçekler 13
Tablo 3: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı 18
Tablo 4: GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar-1 21
Tablo 5: GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar-2 21
Tablo 6: PUKİ Alt Bileşen Puanları 22
Tablo 7: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi 25
Tablo 8: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Eğitim Düzeyi ile İlişkisi 26
Tablo 9: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Medeni Hal ile İlişkisi 27
Tablo 10: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Meslek ile İlişkisi 28
Tablo 11: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Gelir Düzeyi ile İlişkisi 28
Tablo 12: PUKİ Toplam Puanı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi 30
Tablo 13: Uyku Kalitesi ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi 31
Tablo 14: GSA-12 Puanı Sosyodemografik Özellikler İlişkisi 32
Tablo 15: Ruhsal Durum ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi 34
Tablo 16: PUKİ Toplam Puanı GSA-12 İlişkisi 35
Tablo 17: PUKİ Alt Bileşenleri ile GSA-12 Arasındaki İlişki 37

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Uyku ve Uyanıklık Regülasyonu 6
Şekil 2:Normal Uyku Hipnogramı REM: Rapid Eye Movement, SWS: Yavaş dalga uykusu(derin uyku) 7
Şekil 3: Cinsiyet Dağılımı 19
Şekil 4:Uykuya Dalma Sürelerinin Dağılımı 19
Şekil 5: PUKİ Toplam Puan Dağılımı 23
Şekil 6: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının PUKİ Toplam Puanı ile Korelasyon Düzeyleri 24
Şekil 7: GSA-12 Puanı Dağılımı 24
Şekil 8: PUKİ Toplam Puanı ile GSA-12 Puanı Korelasyon Durumu 35
Şekil 9: PUKİ Alt Bileşenleri ile GSA-12 Puanı Korelasyon Düzeyi 36

ÖZET

AMAÇ: Uyku, bilişsel ve fiziksel dinlenmenin sağlandığı, vücudun yenilendiği bir süreçtir. Uykunun iyi ve dinlendirici olabilmesi sadece uykunun süresine değil, kalitesine de bağlıdır. Kalitesiz bir uyku kişinin günlük fonksiyonlarını ve ruhsal sağlığını etkileyebilir. Bununla birlikte, ruhsal bozukluklar da uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Genel sağlık anketi, kliniğe başvuran kişilerde ruhsal bozukluk taraması yapmak amacıyla oluşturulmuş bir ankettir. Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan bireylerin uyku kalitesi durumunu ve uyku kalitesinin, ruhsal durum taraması için kullanılan Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ile ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza 01.10.2019-31.10.2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan kişiler alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri sorgulandı, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve GSA-12 uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında, 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) programının 21.0 versiyonu kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya alının 111 katılımcının %74,8'i (n=83) kadın, %25,2'si (n=28) erkekti. Yaş ortalaması 31,68±9,89 yıldır. Katılımcıların toplam PUKİ puanı 0 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama 5,23±2,76'dır. Toplam olarak 5 ve üzeri puan alan 'kötü uyku kalitesine sahip kişiler' %54,95 (n=61) ile katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktaydı. Kadınlarda PUKİ puanı erkeklere göre istatistisel olarak anlamlı derecede yüksekti. PUKİ toplam puanı ile eğitim seviyesi, medeni hal, meslek, gelir düzeyi ve sigara içimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. GSA-12 puan ortalaması 2,22±2,85 olarak hesaplanmıştır. Kadınlarda yine GSA-12 puanı anlamlı olarak erkeklerden daha yükse bulunmuştur. PUKİ ve GSA-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

SONUÇ: Bozulmuş uyku kalitesi ve bozulmuş ruhsal durum birbiri ile bağıntılı haldedir. Birinci basamak hekimlerinin uyku problemlerinden bahseden hastalarında altta yatan bir ruhsal bozukluk açısından dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: akıl sağlığı, depresyon, uyku bozuklukları

ABSTRACT

AIM: Sleep is a process where cognitive and physical rest is provided and the body is renewed. Whether sleep is good and relaxing depends not only on the duration of sleep, but also on its quality. Poor sleep can affect a person's daily functions and mental health. However, mental disorders can also affect sleep quality. General health questionnaire is a questionnaire created to screen for mental disorders in people who apply to the clinic. In our study, we aimed to reveal the sleep quality status of individuals and the relationship between sleep quality and General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

METHOD: Participants who applied to the Family Medicine outpatient clinic of the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital for any reason between 1-31 October 2019 and who agreed to participate in the study were included in our study. The sociodemographic characteristics of the participants were questioned, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and GHQ-12 were applied. IBM SPSS Version 21.0 was the program used for statistical analysis.

RESULTS: 74.8% (n = 83) of 111 participants were female and 25.2% (n = 28) were male. The average age is 31.68 ± 9.89 years. The total PSQI score of the participants ranged from 0 to 14, with an average of 5.23 ± 2.76. The "people with poor sleep quality" with a total score of 5 and above constituted the majority of the participants with 54.95% (n = 61). The PSQI score was statistically significantly higher in women than in men. No significant correlation was found between PSQI total score and education level, marital status, occupation, income level and smoking. The average GHQ-12 score found as 2,22±2,85. GHQ-12 score was significantly higher in women than in men. A statistically significant, moderate and positive correlation was found between PSQI and GSA-12 scores.

CONCLUSION: Impaired sleep quality and impaired mental state are correlated. Primary care physicians should be careful in terms of an underlying mental disorder in patients complaning about sleep problems.

Key Words: depression, mental health, sleep disorders

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın temel gereksinimlerinden birisi olan uykunun tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu, uyku kalitesindeki bozulmanın pek çok olumsuz tıbbi durum ile ilişkili olduğu bilinmektedir (1). Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, immün sistem bozuklukları gibi biyolojik unsurlar üzerindeki etkisi kadar bilişsel fonksiyonlar ve mental sağlık üzerinde de yadsınamaz etkileri mevcuttur (2,3).

Uykunun sağlık durumu üzerine etkisi olduğu kadar, sağlık durumunun da uyku kalitesi üzerinde etkisi vardır. Psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmalarını ele alan bir meta analiz çalışmasında psikiyatrik bozukluklarda delta uykusunun, uyku süresi ve etkinliğinin azalmış, uyku latensinin uzamış, başta affektif bozukluklar olmak üzere birçok tabloda Rapid Eye Movement(REM) latensinin kısalmış, REM yoğunluğunun artmış, toplam REM miktarının normal ya da artmış olduğuna dikkati çekmişlerdir. Bu sonuçlar, genel olarak psikiyatrik bozukluklarda uyku örüntüsünde farklılık olduğunu, bu farkın REM ve delta uykusu gibi uykunun temel öğelerinde ortaya çıktığına dikkati çekmektedir (4).

Uyku kalitesiyle ilgili sorunlar birincil olarak uyku bozukluklarına bağlı ortaya çıkabileceği gibi, ikincil olarak bir hastalığın belirtisi şeklinde de karşımıza çıkabilir (5).

Çalışmalarda uyku bozukluklarının toplum içinde sık görülen problemlerden olmasına rağmen birinci basamakta yeteri kadar tanınmadığını, hekimlerin çoğunlukla hastalarını uyku sorunları açısından sorgulamadığını ve ileri araştırma için üst merkezlere refere etme oranının düşük olduğu belirtilmiştir (6,7).

Çalışmamızın amacı sağlıklı erişkin bireylerin uyku kalitesi durumlarını saptamak ve uyku kalitesinin bir ruhsal tarama ölçeği olan Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ile ilişkisini ortaya koymaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.UYKU TANIMI

Uyku kişinin uygun duyusal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilen bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemidir. Biyolojik saate uygun olarak düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanılan, ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi değişik uyaranlarla geri döndürülebilen bu bilinçsizlik hali, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için vücudu restore etmektedir (8).

Kanıtlar göstermiştir ki uykunun, moleküler ve hücresel yenilenmede, immün sistem regülasyonunda, yaralar ve hastalıkların iyileşmesi gibi fiziksel yenilenme süreçlerinde etkisi varken, aynı zamanda bilişsel performansı sürdürmede, sinir sisteminin yapısını, işlevini yeniden organize etmede ve hafıza sürecinde de önemli bir yeri vardır ve yeterli beyin fonksiyonu için gerekli bir biyolojik süreçtir (9,10).

2.2.UYKUNUN TARİHİ VE UYKU ARAŞTIRMALARI

Hayatımızın yaklaşık üçte birlik bir bölümünü harcadığımız uykunun gizemini çözmek için insanoğlu asırlar boyunca çaba harcamış, pozitif bilimlerin henüz gelişmediği dönemlerde mitolojik olaylarla uyku anlaşılmaya ve anlatılmaya çalışılmıştır. Eski çağlarda yaşayan pek çok insan uyku ile ölüm arasında bir ilişki kurmuştur. Bir efsaneye göre, Gece tanrıçası Nyx kendi başına, babasız iki oğul yaratır. Bunlardan birisi Uyku tanrısı Hypnos, diğeriyse Ölüm tanrısı Thanatos'dur. Böylece uyku ve ölüm arasında bir yakınlık olduğu vurgulanmış ve ikisi kardeş olarak düşünülmeye başlanmıştır (11).

İlk medeniyet insanlarından Mezopotamyalılar ve Mısırlılar da, rüyaların ilahi kaynaklı olduğuna, tanrıların ürünü olduğu ve ölüleriyle bir iletişim yolu olduğuna inanmışlardır (12). Dini inançlar etkisinde uyku algısı tek tanrılı dinlerde de görülmektedir. Yahudiler'in kutsal kitaplarından biri olan Talmud'da "uyku, ölümün 60'da 1'idir" ifadesi geçer. Hristiyanlar da Hz. İsa'nın "uyku, bir ölüm

halidir.” dediğine inanırlar. Hıristiyanlıkta, ölümden sonra bir diriliş inancı vardır. Öyleyse şöyle demek mümkündür: uyku bir ölüm hali olduğu gibi, ölüm de aslında bir uyku halidir. Nasıl uyku geçici bir bilinçsizlik durumu ise, ölüm de yargı gününün beklendiği geçici bir uyku durumudur (13).

İslamiyet’in kutsal kitabı olan Kur’an-ı Kerim’ de de uyku tahmini olarak 8 ayette geçmektedir. Nebe’ Sûresi’nde, “Uykuyu dinlenme vesilesi, geceyi ise bir örtü kıldık!” ve yine Furkan Suresi’nde “Sizin için geceyi örtü, uykuyu istirahat kılan, gündüzü de dağılıp çalışma (zamanı) yapan, O'dur.” İfadesi uykuda insanlar için bir fayda olduğu ve uykunun nimet özelliği taşıdığını belirtmiştir. Ölümden sonra dirilişe inanılan İslamiyette uyku, ölümün bir kardeşi ve provası, uyanmak ise tekrar dirilişin bir provasıdır. Uyuyan insan çevresinde olup bitenlerden haberdar olamamakta ve olaylara müdahale edememektedir. Bundan dolayı uyku, yarım ölüm; ölüm ise, tam uyku sayılmaktadır (14).

Bilim dünyasındaki kayıtlarda da birçok büyük düşünür, Aristo, Hipokrat, Freud ve Pavlov uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temellerini açıklamaya çalışmıştır(11). Tıbbın babası olarak nitelendirilen Hipokrat, uyku ve sağlıklı olma durumu arasındaki ilişkiyi şu şekilde belirtmiştir: “Sağlıklı olmak için hastanın gündüz uyanık kalması, gece ise uyuması gerekmektedir. Eğer bu kural ihlal edilirse, hasta için iyi olmaz. Ancak, en kötüsü hastanın ne gece ne de gündüz uyumamasıdır. Bu uyuyamama durumu, hastanın çektiği acı ya da kederindendir; ya da hastanın hezeyanından kaynaklanmaktadır.”(13). Ancak gerçek anlamda uykunun sırları, uyku sırasında vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi ve incelenmesiyle çözülmeye başlanmıştır(11).

Uykunun bazı uyaranlarla geri döndürülebilen bir bilinçsizlik hali olduğu anlaşıldıktan sonra bilinç durumu ve beyin elektrofizyolojisi ile ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. Bu konuda ilk gelişme Luigi Galvini(1737-1798)’nin hayvan deneylerinde beyin hücrelerindeki elektriksel aktivite varlığının tespitiyle başlamış ve sonrasında elektrofizyolojik fenomenlerle ilgilenmiş bir fizikçi olan Richard Caton(1842-1926) tarafından Elektroensefalografi(EEG)’yi oluşturan potansiyellerin bulunmasıyla şekillenmiştir(11).

İlk insan EEG’sini kaydeden ise bir nöropsikiyatrist olan Hans Berger(1873–1941)’dir. Hans Berger, alfa ve beta dalgalarını tanımlamış, “Elektroensefalogram”

terimini ortaya koymuş, pek çok normal ve anormal elektroensefalogram(EEG) kaydını karakterize etmiştir. Berger'in "*Über das Elektrenkephalogramm des Menschen"* (İnsan EEG'si Üzerine) adlı yayını Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Arşivi'nde 1929'da yayınlanmış, konuyla ilgili ilk çalışmalardan olmuş ve uyku araştırmaları felsefeden bilime geçiş yapmıştır(15)**.**

1950'lere kadar çoğu insan uykuyu, pasif, günlük yaşamımızın hareketsiz bir kısmı olarak düşündü. Oysa şimdi biliyoruz ki beynimiz, uyku sırasında da oldukça aktif. Dahası uyku, gün içerisindeki işleyişimizi, fiziksel ve ruhsal sağlığımızı, yeni yeni anlamaya başladığımız yollarla etkilemektedir (16)**.**

Bu dönemden sonra gelişmeler çok hızlandı. Amerikalı psikiyatrist ve rüya araştırmacısı Allan Hobson da 1989 yılında yazdığı "Sleep" isimli kitabında şöyle demektedir: "Şimdiye kadar geçen 6000 yıla kıyasla, son 60 yılda uyku hakkında öğrenilen şeyler çok daha fazladır."(13)

Türkiye'de uyku hastalıkları konusunda çalışmalara Nöroloji ve Psikiyatri bilim dalları öncülük etmiştir. Yaşamını Amerika'da sürdüren Prof. Dr. İsmet Karacan'ın yanında eğitim gören bilim adamları ülkemizde bu çalışmaları başlatmışlardır. İlk olarak İstanbul'da Prof. Dr. Erbil Gözükırmızı tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda, Ankara'da Prof. Dr. Hamdullah Aydın tarafından GATA Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uyku hastalıkları konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Uyku hastalıkları arasında, uykuda solunum bozukluklarının önemli bir yer tutması nedeniyle Göğüs Hastalıkları uzmanları da bu konuda çalışmalara başlamışlardır. İlk laboratuvarlar 1994 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim dalında Prof. Dr. Oğuz Köktürk ve SSK Ankara Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde Doç. Dr. Sadık Ardıç tarafından kuruldu. Bunları İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı ve diğerleri izlemiştir (11).

2.3.UYKU FİZYOLOJİSİ

Uyku, basitçe uyanıklılığın olmaması veya bilinçsizlik hali değil; aksine aktif, düzenli ve dinamik bir beyin sürecidir (17).

1982'de Alexander Borbèly tarafından ortaya konan "İki-süreçli model", son yıllardaki uyku çalışmalarının iskeletini oluşturmuştur(18)**.** Bu modele göre uyku süreci iki farklı proçes tarafından birbirinden bağımsız olarak yönetilir:

-Proçes S(uyku bağımlı/homeostatik)

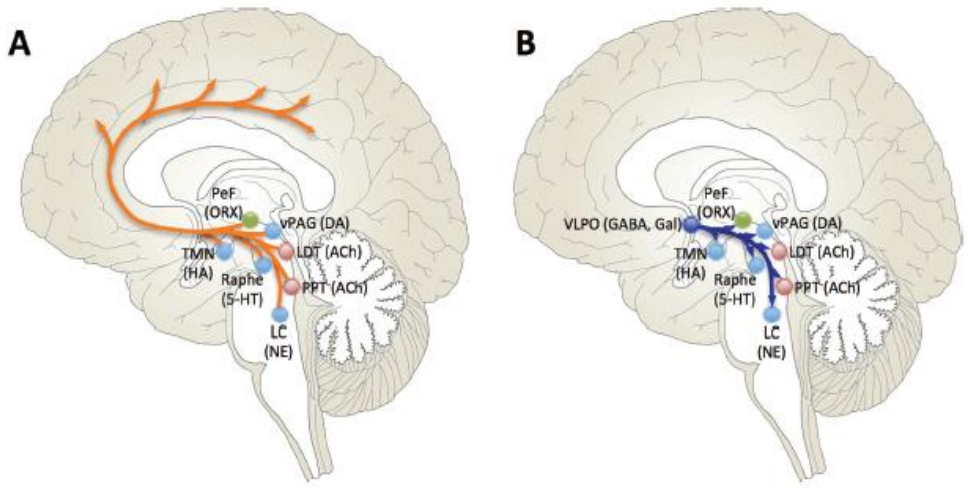
-Proçes C(sirkadiyen ritim).

Proçes S, uyku açlığını temsil eder ve uyanıklık boyunca artarken, uyku süresince azalır. S'nin yüksek seviyelere çıkması uykuyu başlatırken, uyku boyu azalıp düşük seviyelere geldiğinde uyanıklığı tetikler. Proçes C, sirkadiyen ritim döngüsünü temsil etmektedir(19)**.**

İlerleyen yıllarda çalışmaların, moleküler ve hücresel seviyeye ulaşması ile homeostatik işleyiş ile sirkadiyen ritmin birbirinden etkilendiği belirlenmiş ve sinaptik düzeydeki değişiklikler kaydedilmiştir. Bu gelişmelerle modelin yeniden değerlendirilmesi yapılmıştır(18)**.**

2.3.1.Uyku ve Uyanıklık

Uyanıklık ve korteksin aktivasyonu bir seri subkortikal işleyiş ile desteklenir. Locus cereleus'tan norepinefrin, rafe çekirdeğinden serotonin, tuberomamiller çekirdekten histamin, gibi pek çok uyarıcı özellikteki nörotransmitterin kortekse ulaşmasını sağlayan bu şebekeye Retiküler Aktive Edici Sistem(RAS) denir. "Uykunun pasif kuramı" olarak adlandırılan eski bir görüşe göre, korteksin uyarıcı alanı RAS'in, gün boyunca yorulduğu ve inaktive hale geçip, böylece uyku halinin oluştuğuna inanılırdı. Oysa bugün biliyoruz ki uykunun başlaması ve sürdürülmesi için bu uyarıcı sistemin aktif bir şekilde baskılanması gereklidir. Bu da GABAerjik yapıya sahip Ventrolateral Preoptik Bölge(VLPO)'den yayılan inhibitör nöronlarca sağlanır (20,21). (Şekil 1)



Şekil 1: Uyku ve Uyanıklık Regülasyonu

Panel A retiküler aktive edici sistemin eksitatör yolaklar gösterilmektedir
Panel B hipotalamustan gelen inhibitör yolaklar gösterilmektedir
ACh,asetilkolin; DA, dopamin; GABA, gamma amino-butirik asid; Gal, galanin; HA, histamin; LDT, laterodorsal tegmentum; NE, norepinephrin; ORX, orexin; PeF, perifornical region; PPT, pedunculopontine tegmentum; TMN, tuberomammillary nucleus; vPAG, ventral periaqueductal gray matter; 5-HT, 5-hidroksitriptamin.(21)**.**

2.3.2.Sirkadiyen Ritim

Sirkadiyen ritim, ön hipotalamusta endojen biyolojik uyarı yapan suprakiazmatik nükleus (SCN) tarafından üretilen yaklaşık 24 saatlik yineleyen fizyolojik ve davranışsal döngüdür (22)**.**

Sadece uyku ve uyanıklılık döngüsü değil; kan basıncı, kortizol, prolaktin, büyüme hormonu, tiroid stimülan hormon seviyeleri gibi çeşitli hormonal ve metabolik değişiklikler de bu ritmin kontrolü altındadır (17).

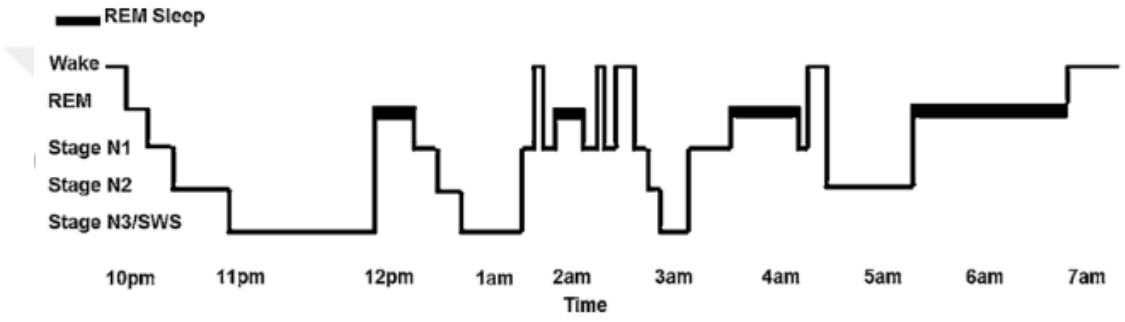
Sirkadiyen ritmin ana düzenleyicisi olan SCN ise hipotalamusta bulunur ve ana uyarıcısı ışıktır. SCN, günlük aydınlık/karanlık siklusu ile 24 saatlik bir periyoda ayarlanmıştır. Bu senkronizasyon, ışık sinyalinin retinal yollarla SCN'ye iletilmesi ile olur. SCN'de bulunan saat, multisinaptik nöronal yollarla sirkadyen sinyalleri pineal beze gönderir ve ritmik melatonin üretimini yönetir**.** Melatonin uykuyu kolaylaştırıcı etkisi bulunmaktadır (23)**.**

2.3.3.Uykunun Evreleri

Uykunun EEG, göz hareketleri ve kas tonusundeki değişiklikler değerlendirilerek belirlenmiş iki ana evresi bulunmaktadır: Rapid Eye

Movement(REM) ve non-Rapid Eye Movement(NREM). Non-REM de kendi içinde 3 evreye ayrılır: NREM1, NREM2, NREM (24).

Normal uyku süreci REM ve NREM evrelerinin döngüsel olarak değişmesi şeklinde ilerler. Aralarında resiprokal bir ilişki vardır ve birinin etkisi zayıflarken diğeri güçlenir. Uyanıklıktan uykuya geçişte ilk olarak NREM görülür. Uykunun ilk saatlerinde NREM ağırlıklı iken son saatlerine doğru REM uykusu baskın hale geçmeye başlar. Bu döngü kişiden kişiye değişmekle birlikte yaklaşık olarak 60-90 dakika sürer. Kişinin, kısa süre uyusa bile bu döngünün bittiği anlarda uyandırıldığında daha dinlenmiş şekilde kalktığı bildirilmektedir (21,25). (Şekil 2)



ŞEKİL 2:Normal Uyku Hipnogramı REM: Rapid Eye Movement, SWS: Yavaş dalga uykusu(derin uyku) (26).

NREM dönemi EEG'de yüksek amplitüd ve düşük frekanslı (0.5–4 Hz) dalgalarla tanınır, NREM alt dönemlerine göre EEG'de teta dalgası, uyku iğciği, K kompleksi ve delta dalgaları görülür. Düşük kortikal aktivite ile karakterizedir. REM dönemi de artmış kortikal aktivite ve baskın teta aktivitesi(4-11Hz) ile uykunun aktif dönemi olarak kabul edilir(27).

NREM-1: Uyanıklıktan uykuya geçiş ilk evredir. Yüzeyeldir ve kişi kolaylıkla uyandırılabilir. Erişkinde toplam uykunun %5-10'luk kısmını oluşturur. Kas tonusu azalır, göz hareketleri yavaşlar, ani irkilmeler(myokloni) bu evrede olur (28).

NREM-2: Total uykunun %45-55'ini oluşturur. Uyku biraz daha derinleşmiş, kas tonusu bir miktar daha azalmıştır. EEG'de uyku iğcikleri ve K kompleksleri görülür (21,28).

NREM-3: Daha önce NREM-3 ve NREM-4 olarak ayrılan iki evre birleştirilmiştir. Sıklıkla 'derin uyku' olarak da tanımlanır. Düşük frekanslı delta

dalgaları görülür. Total uykunun %10-20'si kadardır. Beyin aktivitesi oldukça düşüktür. Kişinin uyandırılması çok zordur. Parasomniler bu evrede görülür (28,29).

REM: EEG etkinliğinin hızlı olduğu ve genellikle aktif düş görme ile birlikte oluşan uykuya REM uykusu, paradoksal uyku: desenkronize uyku da denir. Gece boyunca 4-6 kez tekrarlanır ve total uyku süresinin %25 kadarını oluşturur. Bu dönemden yoksun bırakılan bireylerde psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesi nedeni ile ruhsal dinlenmeyi sağladığı kabul edilmektedir. Sempatik sistemin aktive olması nedeni ile bu dönemde kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı artar ve düzensizleşir (24). (Tablo 1)

Tablo 1: REM ve NREM Dönemlerinin Özellikleri (30)

	NREM Dönemi	REM Dönemi
Beyinde nörotransmiter düzeyleri	Norepinefrinerjik, serotonerjik, kolinerjik ve histaminerjik uyarılarda azalma	Kolinerjik uyar›larda artma, norepinefrinerjik, serotonerjik, ve histaminerjik uyar›larda azalma
Beyin bölgesel kan akımı ve metabolizma değişiklikleri	Yaygın azalma	Limbik, paralimbik bölgelerde artış, dorsolateral prefrontal kortekste azalma
EEG özellikleri	Yavaş salınımlar,delta ve sigma dalgaları, uyku iğcikleri, K kompleksi	Düşük dalga boylu hızlı etkinlik, teta dalgaları

(30)

2.4. UYKU KALİTESİ

2.4.1.Tanım

Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; uyku latansı, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir(31).

2.4.2.Etkileyen Faktörler

2.4.2.1.Cinsiyet

Cinsiyetin uyku üzerine etkisi üzerine pek çok araştırma yapılmıştır. Buna göre genç erişkinlerde kadınlar, daha uzun uyku süreleri, daha kısa uyku latansı ve daha yüksek uyku kalitesine sahiptirler. Ancak, genel olarak kadınların uyku üzerine şikayeti erkeklerden daha fazladır. Yetersiz uyku süresine erkekler daha dayanıklıdır ve gündüz işlevsellikleri daha iyidir (32)**.**

2.4.2.2.Yaş

Uyku, yaşla birlikte fizyolojik olarak değişiklik gösterir. Yenidoğanlar günün yaklaşık 17 saatini uykuda geçirirken yaşlılığa doğru gittikçe bu rakam azalır ve yetişkinler için ortalama uyku süresi 8 saat olarak kabul edilir. Yaşlılarda ise uykuda geçirilen zaman yatakta geçirilen zamandan daha azdır. Uykuyu başlatabilme ve sürdürebilme yetenekleri azalmıştır ve uyku verimlilikleri düşüktür (17,33)**.**

Aynı zamanda, yapılan metaanaliz çalışmasında ortaya konulan sonuçlara göre; evre 1 ve evre 2 uyku yüzdesi yaşla birlikte artarken , yavaş dalga uykusu ve REM uyku yüzdesi yaşla birlikte azalır (28)**.**

2.4.2.3.Egzersiz

Egzersiz ile uykunun ilişkisini ortaya koymayı amaçlayan epidemiyolojik çalışmalar, egzersizin uyku üzerine olumlu etkileri olduğu görüşünü desteklemektedir. Kişiler egzersizin uykuya dalmalarını kolaylaştırdığını, daha derin uyku sağladığını, sabah uyandıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Ancak, egzersiz ve uyku ile ilgili deneysel çalışmaların işaret ettiği sonuçlar genel olarak ele alındığında ise epidemiyolojik çalışmalarda belirtilen olumlu etkileri tam olarak desteklediği söylenemez (34)**.**

Düzenli spor alışkanlığı olan ve fiziksel formu kazanmış kişilerde egzersiz uyku kalitesini artırmaktadır. Ancak düzensiz yapılan ve fiziksel formu kazanamayanlarda stresör etki oluşturabilir ve uyku yapısını bozabilir. İnsomniyak hastalarda uyku hijyeni yönünden düzenli bir egzersiz programı uygulamaları gerek uyku kalitelerinin artmasına gerek genel stresi azaltma yöntemi olarak önerilmelidir. Ayrıca bu egzersiz programını otonomik uyarılmışlığa ve huzursuz bir uykuya neden olabilmesi nedeni ile yatma saatlerine yakın yapmamaları; en iyi zamanlama olarak öğleden sonra, akşam saatlerine yakın yapılması önerilmelidir (35)**.**

2.4.2.4.Beslenme

Çeşitli makro ve mikro besinleri içeren diyetlerin uyku mekanizmasını etkileyebileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çerçevede, karbonhidratlardan glikoz, protein yapı taşlarından triptofan ve tirozin, yağ grubundan ise esansiyel yağ asitleri ile kafein uykuyu etkilemede başta gelmektedir (36).

Yüksek karbonhidratlı ve enerjili yemek tüketimi yemek sonrası uyku süresini arttırmaktadır. Yüksek karbonhidratlı ve düşük yağlı yemeklerden sonra yavaş dalga uykusunda artış ve REM uykusunda geçirilen sürede azalma olduğu belirtilmektedir (36).

Bir esansiyel aminoasit olan Triptofan, vücuttaki serotonin ve melatonin sentezi için gereklidir. Triptofan içerikli besin verilmesi ardından melatonin düzeyinin yükseldiği ve insomniası olan kişilerde uyku süresinin arttığı belirtilmektedir. Yeterli miktarda ve saf halde alındığı zaman sedatif etkiler gösterir (37).

İnsan ve hayvan çalışmalarında gözlenmiştir ki, beslenme ya da endojen doygunluk sinyalleri olarak bilinen gastrointestinal peptidlerin dışarıdan uygulanması, uykululukta artışa, uyku latansında kısalmaya ve yavaş dalga uykusunda artışa neden olmaktadır. Öte taraftan, uzamış açlık ya da açlıkla yükselen bir peptid olan Oreksin uygulanması uyanıklık zamanında artmaya ve yavaş dalga uykusunda azalmaya neden olmaktadır (38).

2.4.2.5.Kafein

Kafein, dünyaca en yaygın kullanılan psikoaktif maddedir. Kahve, çay, çikolata, enerji içeceği gibi birçok maddede bulunur. Adenozin reseptörlerini baskılayarak uykuyu azaltıcı etki gösterir (39).

Polisomnografik çalışmalarca gösterilmiştir ki; kafein total uyku zamanını azaltan, uyku latansını arttıran ve n-REM 3 evresinin yüzdesini azaltan etkiye sahiptir. REM evresi üzerine etkisi görülmemiştir. Etkisi dozla orantılı olarak çıkmaktadır (40).

2.4.2.6.Alkol

Alkol, sedatif etki gösteren bir maddedir. Uyku üzerindeki akut etkisi uyku latansında kısalma, gecenin ilk yarısında yavaş dalga uyku süresinde azalma şeklinde

ortaya çıkar. REM baskılanmıştır, REM uykusuna geçiş süresi uzar ve gecenin ilk yarısındaki REM uykusu azalır. Gecenin ikinci yarısında n-REM 1 baskınlaşır ve uyku uyanıklıklarla kesintiye uğrar (41).

2.4.2.7.Sigara

Sigara kullanmayanlara göre kullanan kişilerde, uyku apnesi, insomni ve uyku latansında gecikme, uykuyu sürdürmede zorluk nedeni ile düşük uyku kalitesi görülmesi daha olasıdır ve sigara kullanıcıları da subjektif olarak daha kötü uyku kalitesi tanımlamıştır (42). Polisomnografik çalışmalarca da sigaranın, evre 1 ve evre 2'ye geçişi uzattığı(uyku başlangıcında gecikme), REM yüzdesini arttırdığı gösterilmiştir(43).

2.4.2.8.Çevresel Faktörler

Ses, ışık, oda sıcaklığı, nem gibi çevresel etmenler uykuyu başlatmayı ve/ve ya sürdürmeyi etkileyerek uyku kalitesine etki edebilirler. Günümüzde yaygınlaşan televizyon, cep telefonu gibi elektronik cihazların ekranlarından yayılan ışık nedeni ile melatonin salgısını baskılayarak uyku bozukluklarına neden olabilir. Işıkların kapatılmasından sonra cep telefonu kullanmaya devam edenlerde yapılan çalışmada, kişilerin uykuya dalmakta güçlük çektiği, gündüz işlev bozukluğunda artış olduğu gözlenmiştir (44).

Gürültü nedenli uyku bozukluklarının kısa dönem etkisi olarak, gündüz uykululuğu, bozulmuş ruh hali ve bozulmuş kognitif fonksiyonları sayabiliriz (45). Sıcaklığın uyku üzerine olan etkilerini araştıran çalışmalarda da, soğuk ortamlardansa sıcak ortamlarda uykunun daha fazla bölündüğü görülmüştür (9).

Tamamlayıcı tıp alanındaki bir çalışmada da, lavanta kullanımı ve uyku hijyeni eğitimi ile sadece uyku hijyeni eğitimine oranla uyku kalitesinde daha fazla iyileşme olduğu gözlenmiştir (46).

2.4.2.9.Hastalıklar

Kronik hastalık durumunda, ağrı, çoklu ilaç kullanımı, hastanede yatış gibi etmenler nedeni ile uyku kalitesi bozulabilmektedir. Bu kişilerde uykunun dinlendirici özelliği etkili olmayıp gündüz uykululuğuna sebep olabilmektedir. Bozulmuş uyku kalitesi de var olan kronik hastalık üzerinde morbidite artışına yol

açarak hem kişiye hem de sağlık hizmetlerine yük getiren bir döngüye sebep olabilir (47).

2.4.2.10.İlaçlar

Kan-beyin bariyerini geçebilen yapıdaki ilaçlar uyku kalitesini ve/ve ya yapısını değiştirme potansiyeline sahiptir. İlaçların uyku üzerine olan etkisi bazen tedavi amaçlı iken bazen yan etki olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, benzodiazeoinler sıklıkla sedatif- hipnotik etkilerinden fazydalanmak üzere anksiyete ve insomnide reçete edilir ve uykuya dalma zamanını kısaltarak ve total uyku zamanını arttırarak uyku kalitesini iyileştirirler. Antidepresanların ise uyku üzerinde değişen etkileri bulunur. Bazılarının sedatif bazılarının uyarıcı etkileri bulunmaktadır. Lipofilik beta-blokerler kan-beyin bariyerini geçebildiğinden uyku üzerinde etkilidirler. Genellikle uyku arası uyanıklıkta artış ve gündüz uykululuğunda artışa neden olurlar. Solunum sistemi ilaçlarından merkezi sisteme de etkili olan teofilin, sağlıklı kişilerde yapılan çalışmalarda, uykuya dalmada gecikme ve uyku arası uyanıklıklarda artışa neden olurken, tedavi amaçlı kullananlarda uyku kalitesi üzerine olumsuz etki göstermemiştir (48).

2.4.2.11.Duygu Durum

Uyku ve duygu durum arasında, karmaşık ve çift taraflı bir etkileşim söz konusudur. Kalitesiz uyku duygulanımda bozulmaya yol açabileceği gibi, duygu durumundaki değişiklikler de uyku kalitesini etkileyebilir. Stres, anksiyete ve depresyon gibi negatif duygulanımlar uykuya dalma ve sürdürmede güçlüğe yol açabilmektedir. Pozitif duygulanımın uyku üzerine etkisi literatürde daha az yer etmiş olsa da, iyi hisseden kişiler subjektif olarak daha iyi uyku kalitesi rapor etmektedirler (49).

2.5.RUHSAL DURUM TARAMASI

Ruhsal sorunlar birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların pek çoğunda görülmektedir. Buna rağmen birinci basamakta bu hastalara tanı konma oranı düşük kalmaktadır. Bu, hastaların bedensel yakınmalarla başvurmalarına ve iyi tanımlanmamış, anksiyete/depresyon spektrumundaki bozuklukların hekimlerce yeterli olarak bilinmemesine bağlanmaktadır (50).

Kişilerin psikiyatrik destek arayışında; fiziksel semptomlar, stres düzeyi, yalnızlık algısı, psikolojik belirti gösterme düzeylerinin yanı sıra etkili

olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada ağrılı fiziksel semptomu olan major depresyon hastalarının daha düşük oranda psikiyatrik destek arayışında oldukları gösterilmiştir (51,52).

Ülkemizde gerçekleştirilmiş bir epidemiyolojik çalışma olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması"nda Türkiye nüfusunun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmektedir. Ruhsal bozuklukların genellikle fark edilememesi ve bu nedenle yeterince tedavi edilememesi bu hastalıkların topluma maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır. Tedavi edilemeyen ruhsal bozuklukların maliyetini toplum, hastalıkların sıkıntısını da aileleri ve sağlık personeli üstlenmektedir (52).

Organik hastalıklarda olabilen objektif kriterler ruhsal rahatsızlıklar için söz konusu olmadığından, psikiyatrik hastalıklara tanı koymadaki standardizasyonu sağlayabilmek amacıyla çeşitli ölçeklerin kullanılması gerekli hale gelmiştir. Bu amaçla kullanılan psikiyatrik form ve ölçeklerden, birinci basamakta kullanılabilecek olan bazıları Tablo 2'de gösterilmiştir (53).

Tablo 2:Birinci basamakta kullanılabilecek ölçekler (53)

Tanı amaçlı kullanılan formlar	Belirti ve değişiklikleri derecelendirme amacıyla kullanılan ölçekler	Ruhsal sorunları tarama amacıyla kullanılan ölçekler	Bilişsel durumu değerlendiren formlar
- DSM-IV-PC - PRIME-MD	– Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği – Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği – Beck depresyon ölçeği – Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği – Mevsimsel gidiş değerlendirme formu	– Belirti tarama listesi-90-R – Genel sağlık anketi	– Kısa mental durum incelemesi – Kısa kognitif muayene çizelgesi

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmamızda 18-64 yaş arası sağlıklı bireylerin uyku kalitesi düzeyini ölçmeyi ve uyku kalitesinin, ruhsal durum taraması için kullanılan Genel Sağlık Anketi-12 ile ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

3.2. ARAŞTIRMA MODELİ

Çalışmamız, tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Bu çalışma 01/10/2019-31/10/2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılmıştır. Polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran 18-64 yaş arası ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler katılmıştır. Örneklem büyüklüğü ekim ayı itibariyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar üzerinden "basit rastgele örneklemede örneklem genişliği tahmini" yöntemiyle hesaplanmıştır. Toplam 111 kişinin çalışmaya katılması ile çalışma sonlandırılmıştır.

3.4.DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1-18 yaş ve üzeri olanlar,

2- 64 yaş ve altında olanlar,

3-Bilinen hastalığı olmayanlar

4-Düzenli kullandığı ilacı olmayanlar,

5-Çalışmaya katılmayı kabul edenler.

3.5. HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

1-18 yaşın altında olanlar

2-65 yaş ve üzerinde olanlar

3-Herhangi bir kronik hastalığı olanlar

4-Düzenli kullandığı ilacı olanlar

5-Gebeler

6-Lohusalar

7-Anketi yanıtlayamayacak durumda olanlar

8-Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.6.VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 17/09/2019 tarihli 2530 karar no ile etik kurul onamı alındı. (EK-2). Sonrasında aile hekimliği polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kişilerden sözlü ve yazılı onam alınarak yüz yüze görüşme esası ile anket uygulandı.

Anket formunda sosyo-demografik özellikler sorgulanmış, PUKİ ve GSA-12 ölçekleri kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler içerisinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, meslek, aylık gelir ve sigara kullanımı sorulmuştur.

3.7.ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.7.1.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla Buysse ve arkadaşları(1989) tarafından geliştirilen PUKİ kullanıldı. Bu ölçek, uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi edinilmesini sağlamakta ve toplamda 24 soruyu kapsamaktadır (EK-1) (54). Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ağargün ve arkadaşları 1996'da yapmış ve PUKİ'nin klinik ve klinimetrik özellikleri ile hem klinik uygulamada hem de psikiyatrik araştırmalarda kullanılabileceğini göstermiştir(1).

Ölçek, kişinin son bir ayı değerlendirerek 24 soruya cevap vermesini ister. Bu sorulardan 19'u kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı veya oda arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Sorular uyku süresini, uyku latansını ve uyku ile ilgili problemlerin sıklığını, şiddetini saptamak için sorulmuştur. Sadece kişi tarafından cevaplanmış olan sorular uyku kalitesini değerlendirmekte kullanılmaktadır. Yatak/oda arkadaşı tarafından cevaplandırılan sorular

değerlendirilmeye alınmamaktadır. PUKİ'nin 7 bileşeni vardır ve her bir bileşen 0-3 puan arasında değerlendirilir. Toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puan 5'ten yüksek ise kötü uyku kalitesini, 5'ten düşükse iyi uyku kalitesini göstermektedir. PUKİ bileşenleri öznel uyku kalitesi (6. sorunun puanlaması), uyku latansı (soru 2 ve 5a'nın puanlarının toplamı), uyku süresi (4. sorunun puanlaması), alışılmış uyku etkinliği (soru 1, 3 ve 4'ün puanlarının toplamı, uyuma saatlerinin süresi/yatakta geçen saatlerin süresi x 100 formülüyle de alışılmış uyku etkinliği hesaplanır), uyku bozukluğu (soru 5b-j'nin puanlarının toplamı), uyku ilacı kullanımı (7. sorunun puanı) ve gündüz işlev bozukluğu (8 ve 9. sorunun puanlarını toplamı) olarak sıralanmaktadır (54).

3.7.2.Genel Sağlık Anketi-12

Genel Sağlık Anketi, genel psikopatoloji düzeyi saptamakta ve toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmakta kullanılmaktadır. David Goldberg tarafından 60 soruluk ilk versiyonu1972 yılında geliştirilmiştir. 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri de oluşturulmuştur. Bütün uyarlamalar birbiriyle yüksek korelasyon göstermektedir(55). GSA-12 ve GSA-28'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Cengiz Kılıç yapmıştır(50).

Çalışmamızda kullandığımız GSA-12 formu, 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık" gibi). Bu dört sütun denek tarafından 0,1,2,3 olarak kodlanır, ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak deneğin cevabı kodlanır. Toplam puanın hesaplanması için iki tip puanlama sistemi vardır: GSA tipi ve Likert tipi. Biz çalışmamızda, Cengiz Kılıç'ın da geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kullandığı GSA tipi puanlamayı kullandık. Buna göre; ilk iki sütun 0, son iki sütun 1 olarak kodlanır ve toplam puan hesaplanır. GSA-12 için uygun kesme noktası 1-2 arası olarak belirlenmiştir (50).

Çalışmamızda, GSA-12 toplam puanı 2 ve üzeri olanlar "ruhsal değerlendirme gereken vakalar" olarak kabul edilmiştir.

3.8.İSTATİKSEL YÖNTEMLER

Tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerleri ile birlikte sunulmuştur.

Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediğinden karşılaştırmalarda non parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyon analizi) kullanılmıştır. Parametrik özellik göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması için post-hoc analiz yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında, 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) programının 21.0 versiyonu kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 01.10.2019-31.10.2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan, %74,8'"i (n=83) kadın, %25,2'si (n=28) erkek (Şekil 3) toplam 111 kişi alınmıştır.

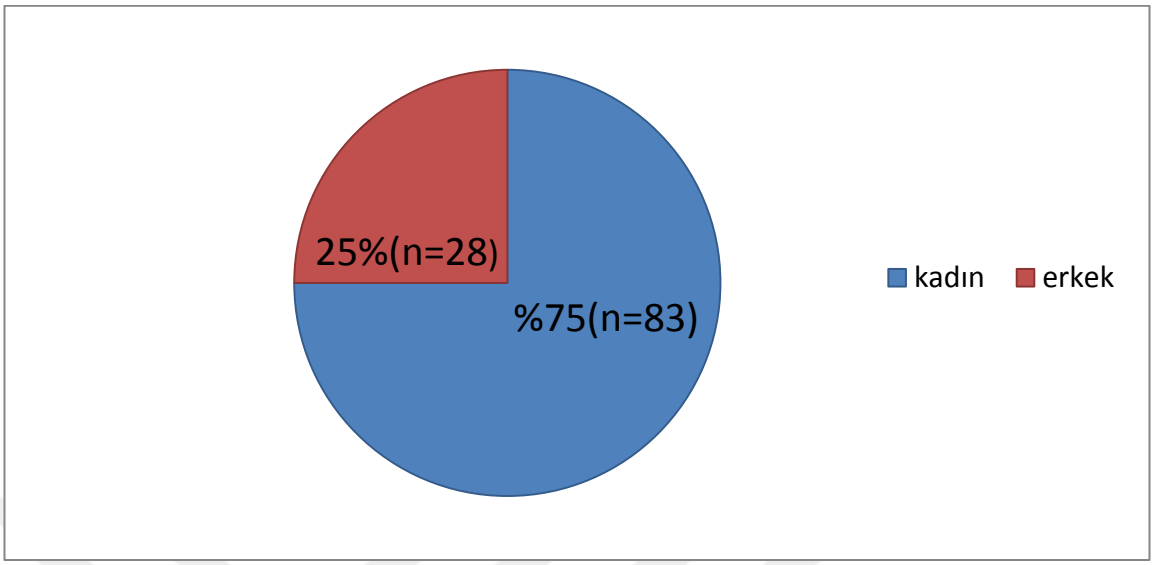
4.1.Katılımcılardan Toplanan Verilerin Değerlendirilmesi

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama 31,68±9,89 yıldır. Katılımcıalrın çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı (%74,80, n=83). Katılımcıların, %64'ü (n=71) lise ve daha alt eğitim düzeyine sahipti, %53.20'si (n=59) evli kişilerdi. %48,80'ini (n=52) ev hanımı veya öğrenci olup, meslek sahibi olmayan kişiler oluşturdu. Katılımcıların, %55,85'inin (n=62) gelir düzeyi aylık 2200 TL'nin altındaydı ve %74,80'i (n=83) sigara kullanmayan kişilerdi. (Tablo 3)

Tablo 3: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	28	25,20
	Kadın	83	74,80
Eğitim	Lise ve altı	71	64,0
	Lise üstü	40	36,0
Medeni hal	Evli	59	53,20
	Bekar	52	46,80
Meslek	Çalışmıyor	52	46,80
	Kamu	20	18,00
	Özel	39	35,10
Gelir düzeyi	0-2200 TL	62	55,85
	2200-4400TL	36	32,43
	4400≤	13	11,71
Sigara kullanımı	Evet	28	25,20
	Hayır	83	74,80

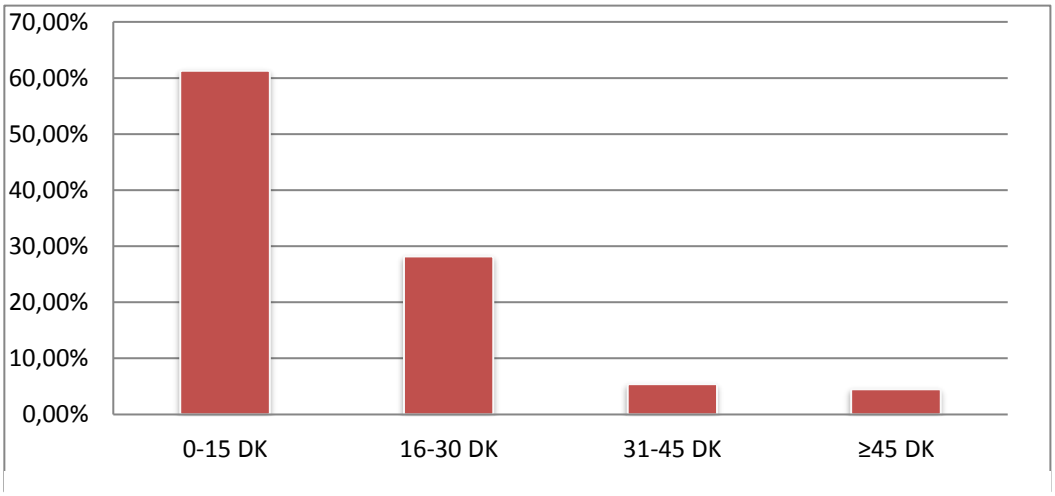


Şekil 3: Cinsiyet Dağılımı

4.1.2.Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

4.1.2.1. PUKİ Sorularına Verilen Yanıtlar

PUKİ'ye verdikleri yanıtlara göre; katılımcıların %37,8'inin (n=42) gece yatma saati 24.00'tü. %61,3'ü (n=68) ilk 15 dakika içerisinde uykuya daldığını belirtirken, %28,8'i (n=32) 16-30 dakikada, %5,4'ü (n=6) 31-45 dakikada, %4,5'i (n=5) ise 45 dakikadan daha fazla sürede uykuya dalabildiğini belirtmiştir (Şekil 4). Toplam uyku süresi 5 ile 10 saat arasında değişmekte olup ortalama olarak 7,31±1,19 saattir.



Şekil 4:Uykuya Dalma Sürelerinin Dağılımı

PUKİ'nin 5. sorusu, 10 alt soruyu içermektedir ve bu sorulara verilen cevapların puanlarına göre 'hiç' ve ya '1'den az' cevaplarını vermiş olanlar 10 puan ve daha az, '1-2 kez' ve ya '3'ten çok' cevaplarını vermiş olanlar 10 puandan fazla puan alanlar olarak gruplandırılmıştır. Katılımcıların %69,55 (n=77) 10 ve daha az puan alırken, %30,45 (n=34) 10'dan fazla puan almıştır.

"Geçen haftaki uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcıların %65,8'i (n=73) ile büyük çoğunluğu 'oldukça iyi' yanıtını verirken, %18,9'u (n=21) 'oldukça kötü', %13,5'i (n=15) 'çok iyi', %1,8'i (n=2) 'çok kötü' yanıtını vermiştir.

"Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı kullandınız?" diye sorulmuş, katılımcıların %95,5'inden (n=106) 'hiç' cevabını vermiş, % 3,6'sı (n=4) '1-2 kez', %0,9'u(n=1) '3'ten çok' şeklinde cevaplamıştır.

"Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite sırasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?" sorusuna, katılımcıların %63,1'i (n=70) 'hiç' cevabını vermiş, %15,3'ü (n=17) '1'den az', %17,1'i (n=19) '1-2 kez', %4,5'i (n=5) '3'ten çok' şeklinde cevaplamıştır.

"Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?" diye sorulduğunda, katılımcıların %52,3'ü (n=58) 'hiç problem oluşturmadı', %24;3'ü (n= 27) 'yalnızca çok az problem oluşturdu', %20,7'si (n=23) 'bir dereceye kadar problem oluşturdu', %2,7'si (n=3) 'çok büyük bir problem oluşturdu' şeklinde cevap vermiştir.

4.1.2.2.GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar

GSA-12 sorularına verilen yanıtlar tablolar halinde verilmiştir.(Tablo 4, Tablo 5)

Tablo 4: GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar-1

SORULAR	HAYIR, HİÇ	HER ZAMANKİ KADAR	HER ZAMANKİNDEN SIK	ÇOK SIK
Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	%49,5 (n=55)	%37,8 (n=42)	%5,4 (n=6)	%7,2 (n=8)
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	%60,4 (n=67)	%28,8 (n=32)	%9,0 (n=10)	%1,8 (n=2)
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	%32,4 (n=36)	%45,0 (n=50)	%13,5 (n=15)	%9,0 (n=10)
Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	%55,0 (n=61)	%27,0 (n=30)	%3,5 (n=15)	%4,5 (n=9)
Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	%28,8 (n=32)	%36,9 (n=41)	%20,7 (n=23)	%13,5 (n=15)
Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	%55,0 (n=61)	%27,0 (n=30)	%9,0 (n=10)	%9,0 (n=10)
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	%74,8 (n=83)	%13,5 (n=15)	%6,3 (n=7)	%5,4 (n=6)

Tablo 5: GSA-12 Sorularına Verilen Yanıtlar-2

SORULAR	HER ZAMANKİNDEN ÇOK	HER ZAMANKİ KADAR	HER ZAMANKİNDEN AZ	HER ZAMANKİNDEN ÇOK DAHA AZ
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	%15,3 (n=17)	%64,9 (n=72)	%18,0 (n=20)	%1,8 (n=2)
İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	%26,1 (n=29)	%63,1 (n=69)	%9,0 (n=10)	%1,8 (n=2)
Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	%21,6 (n=24)	%64,9 (n=72)	%10,8 (n=12)	%2,7 (n=3)
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	%22,5 (n=25)	%55,0 (n=25)	%16,2 (n=18)	%6,3 (n=7)
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	%9,9 (n=11)	%65,8 (n=73)	%18,9 (n=21)	%5,4 (n=6)

4.1.3.Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

4.1.3.1 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğine İlişkin Puanlar

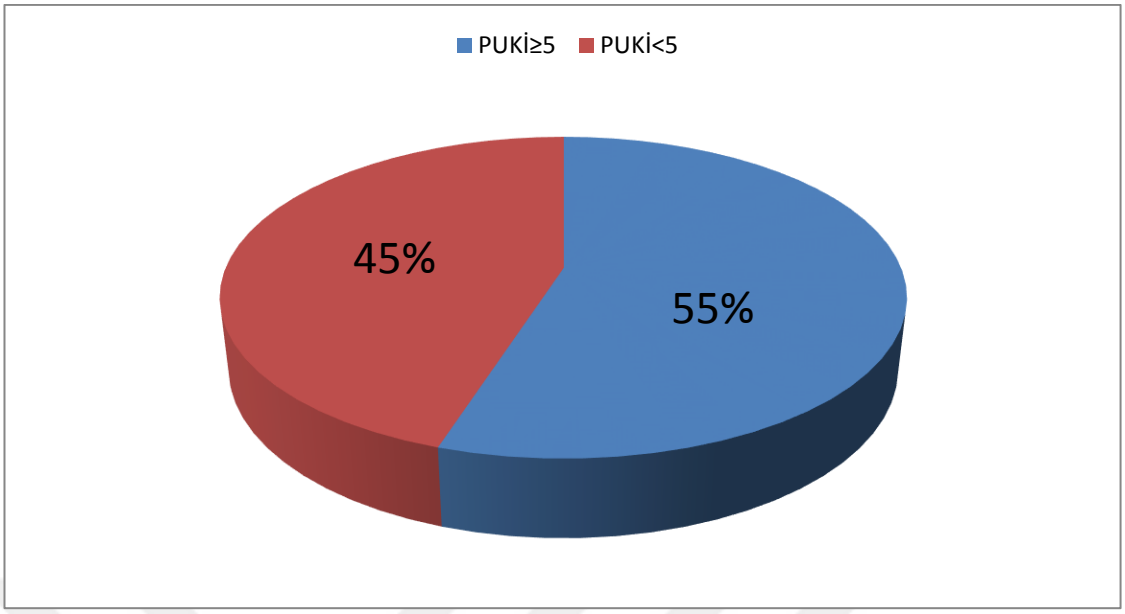
PUKİ'de sorulan 19 sorudan 7 alt bileşen puanı hesaplanmış, bunların toplamından da toplam uyku kalitesi puanı elde edilmiştir.

Olguların öznel uyku kalitesi puanları ortalama 1,12±0,58, uyku latansı puanları ortalama 1,23±0,97, uyku süresi puanları ortalama 0,47±0,71, uyku etkinliği puanları ortalama. 0,30±0,57'dir. Uyku bozukluğu puanları ortalama 1,28±0,57, ilaç kullanımı puanları ortalama 0,05±0,34, gündüz işlev bozukluğu puanları ortalama 0,83±0,86'dır. (Tablo 6)

Tablo 6: PUKİ Alt Bileşen Puanları

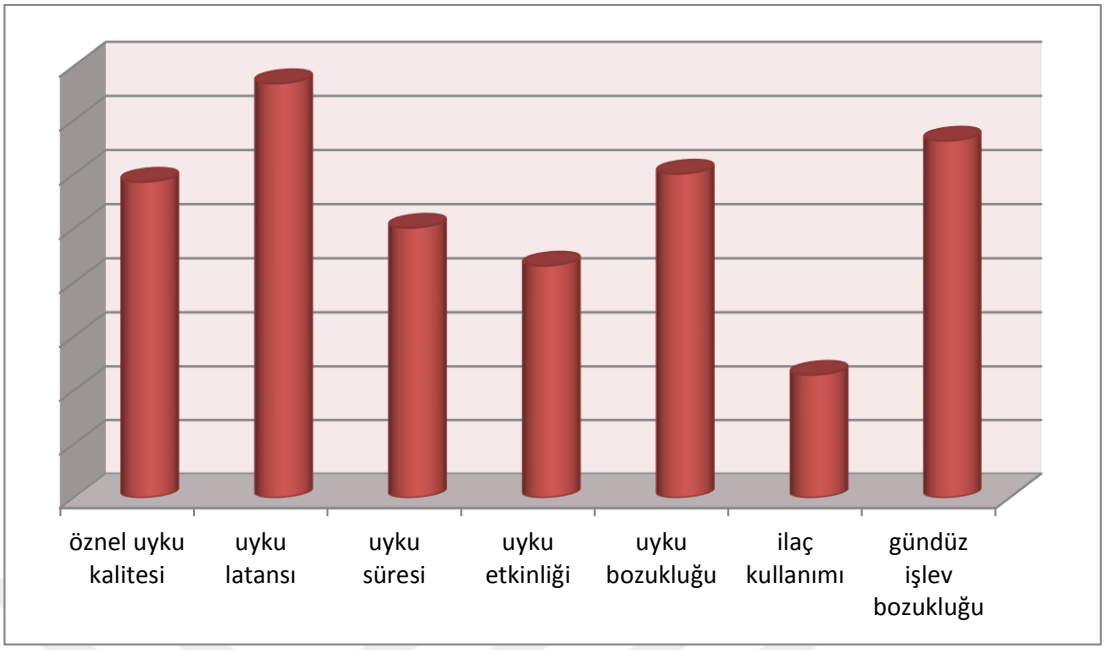
	Min-Mak(Medyan)	**Ort±Ss**
Öznel uyku kalitesi	0-3(1)	1,12±0,58
Uyku latansı	0-3(1)	1,23±0,97
Uyku süresi	0-3(0)	0,47±0,71
Uyku etkinliği	0-3(0)	0,30±0,57
Uyku bozukluğu	0-3(1)	1,28±0,57
İlaç kullanımı	0-3(0)	0,05±0,34
Gündüz işlev bozukluğu	0-3(1)	0,83±0,86
Uyku kalitesi toplam puanı	0-14(5)	5,23±2,76

Katılımcıların toplam PUKİ puanı 0 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama 5,23±2,76'dır. PUKİ toplam puanı 5'in altında olup 'iyi uyku kalitesine sahip kişiler' katılımcıların %45,04'ü (n=50) idi. Toplam olarak 5 ve üzeri puan alan 'kötü uyku kalitesine sahip kişiler' %54,95 (n=61) ile katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktaydı.(Şekil 5)



Şekil 5: PUKİ Toplam Puan Dağılımı

PUKİ alt bileşen puanları ile PUKİ toplam puanının korelasyon düzeyleri incelenmiş; öznel uyku kalitesi bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı, olumlu, güçlü korelasyon vardır (p=0,000, r=0,586). Uyku latansı alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu ve çok güçlü korelasyon vardır (p=0,000, r=0,768). Uyku süresi alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu, güçlü korelasyon vardır (p=0,000, r=0,501). Uyku etkinliği alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı, olumlu, orta düzey korelasyon vardır(p=0,000, r=0,431). Uyku bozukluğu alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı, olumlu, güçlü korelasyon vardır(p=0,000, r=0,601). İlaç kullanımı alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu ve zayıf korelasyon vardır(p=0,016, r=0,229). Gündüz işlev bozukluğu alt bileşen puanı ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu, güçlü korelasyon vardır(p=0,000, r=0,662). Tüm bunlara göre, PUKİ toplam puanı ile en yüksek korelasyon gösteren alt bileşen uyku latansı olurken, en zayıf korelasyon gösteren alt bileşen de ilaç kullanımı olmuştur.(Şekil 6)

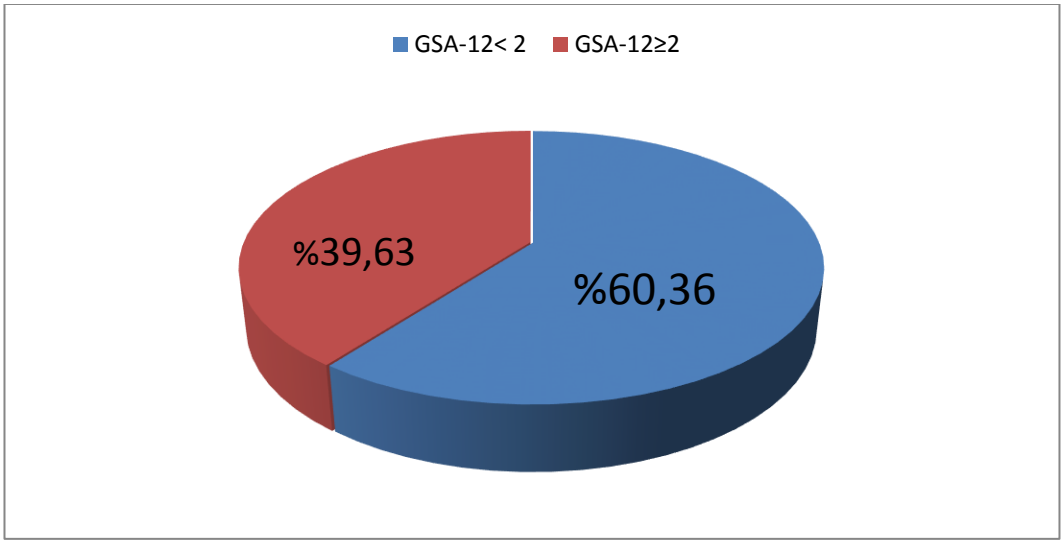


Şekil 6: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının PUKİ Toplam Puanı ile Korelasyon Düzeyleri

4.1.3.2. Genel Sağlık Anketi-12 Puanı

Çalışmamızda, GSA-12 puanları 0-12 arasında değişmekte olup, ortalama 2,22±2,85'tir.

GSA-12'den 0 ya da 1 puan alarak 'sağlıklı' kabul edilen bireyler, katılımcıların %60,36'sını (n=67), 2 ve üzeri puan alarak 'ruhsal muayene gerekli' olarak kabul edilen bireyler %39,63'ünü (n=44) oluşturmaktaydı. (Şekil 7)



Şekil 7: GSA-12 Puanı Dağılımı

4.2.Katılımcılardan Toplanan Veriler ile Kullanılan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

4.2.1.Sosyodemografik özellikler ile PUKİ Puanlarının İlişkisi

PUKİ alt bileşenleri ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve bazı anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.

Cinsiyet ile PUKİ alt bileşenleri arasındaki ilişki Tablo 7'de gösterilmiştir. Buna göre, uyku etkinliği puanı erkeklerde ortalama 0,11±0,42 iken kadınlarda 0,36±0,60 idi ve uyku etkinliği puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardı.(p=0,019). Uyku bozukluğu alt bileşeni puanı erkeklerde ortalama 1,04±0,51, kadınlarda ortalama 1,36±0,58 idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (p=0,010). Gündüz işlev bozukluğu puanı erkeklerde ortalama 0,57±0,88, kadınlarda 0,92±0,84'tü ve aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardı(p=0,034). (Tablo 7)

Tablo 7: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi

	Cinsiyet		
	Erkek	**Kadın**	
	Ort±Ss	Ort±Ss	**p**
Öznel uyku kalitesi	1,07±0,66	1,13±0,56	0,521
Uyku latansı	1,07±1,05	1,28±0,94	0,256
Uyku süresi	0,50±0,75	0,46±0,70	0,841
Uyku etkinliği	0,11±0,42	0,36±0,60	**0,019**
Uyku bozukluğu	1,04±0,51	1,36±0,58	**0,010**
İlaç kullanımı	0,00±0,00	0,06±0,39	0,409
Gündüz işlev bozukluğu	0,57±0,88	0,92±0,84	**0,034**

Eğitim düzeyi ile PUKİ alt bileşen puanlarının ilişkisi incelenmiş, gündüz işlev bozukluğu alt puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,016). (Tablo 8)

Tablo 8: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Eğitim Düzeyi ile İlişkisi

	Eğitim Düzeyi		
	Lise ve Altı	**Lise Üstü**	
	Ort±Ss	Ort±Ss	**P**
Öznel uyku kalitesi	1,04±0,55	1,25±0,63	0,061
Uyku latansı	1,21±0,95	1,25±1,01	0,850
Uyku süresi	0,41±0,67	0,58±0,78	0,237
Uyku etkinliği	0,35±0,59	0,20±0,52	0,104
Uyku bozukluğu	1,25±0,55	1,33±0,62	0,609
İlaç kullanımı	0,03±0,24	0,08±047	0,670
Gündüz işlev bozukluğu	0,69±0,84	1,08±0,86	**0,016**

Medeni hal ile PUKİ alt bileşen puanları ilişkisi Tablo 9'da gösterilmiştir. Medeni hal ve PUKİ alt bileşen puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır.(Tablo 9)

Tablo 9: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Medeni Hal ile İlişkisi

	Medeni Hal		
	Evli	Bekar	
	Ort±Ss	Ort±Ss	P
Öznel uyku kalitesi	1,07±0,61	1,17±0,55	0,203
Uyku latansı	1,17±1,02	1,29±0,91	0,422
Uyku süresi	0,44±0,75	0,50±0,67	0,399
Uyku etkinliği	0,34±0,60	0,25±0,52	0,441
Uyku bozukluğu	1,34±0,60	1,21±0,54	0,255
İlaç kullanımı	0,08±0,47	0,00±0,00	0,182
Gündüz işlev bozukluğu	0,81±0,82	0,85±0,92	0,997

Meslek grupları ile PUKİ alt bileşen puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve gündüz işlev bozukluğu alt puanı çalışmayanlarda ortalama 0,73±0,87, kamu personelinde ortalama 1,35±0,75, özel sektör çalışanlarında da ortalama 0,69±0,83'tür. Gündüz işlev bozukluğu ile meslek grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,005) ve bu anlamlılık özel- kamu (p=0,009) ve çalışmıyor-kamu(p=0,009) grupları arasındaydı.(Tablo 10)

Tablo 10: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Meslek ile İlişkisi

	MESLEK			
	Çalışmıyor	Kamu	Özel	
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	P
Öznel uyku kalitesi	1,06±0,54	1,25±0,85	1,13±0,47	0,666
Uyku latansı	1,38±0,99	1,30±1,03	0,97±0,87	0,165
Uyku süresi	0,35±0,59	0,55±0,69	0,59±0,85	0,316
Uyku etkinliği	0,42±0,64	0,20±0,52	0,18±0,45	0,064
Uyku bozukluğu	1,23±0,47	1,55±0,69	1,21±0,61	0,076
İlaç kullanımı	0,04±0,28	0,00±0,00	0,08±0,48	0,778
Gündüz işlev bozukluğu	0,73±0,87	1,35±0,75	0,69±0,83	**0,005**

Gelir düzeyi ve PUKİ alt bileşen puanlarının ilişkisi Tablo 11'de gösterilmiştir. Gelir düzeyi ile PUKİ alt bileşen puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 11: PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Gelir Düzeyi ile İlişkisi

	Gelir Düzeyi			
	0-2200	2201-4000	4000 üstü	P
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Öznel uyku kalitesi	1,10±0,53	1,11±0,57	1,23±0,83	0,866
Uyku latansı	1,26±0,96	1,14±0,96	1,31±1,11	0,827
Uyku süresi	0,34±0,60	0,58±0,81	0,77±0,83	0,084
Uyku etkinliği	0,32±0,57	0,19±0,47	0,46±0,78	0,378
Uyku bozukluğu	1,32±0,54	1,19±0,62	1,31±0,63	0,682
İlaç kullanımı	0,03±0,25	0,08±0,50	0,00±0,00	0,797
Gündüz işlev ozukluğu	0,85±0,88	0,67±0,76	1,15±0,99	0,262

PUKİ toplam puanı ile sosyodemografik özellikler ilişkisi şöyledir:

Erkek katılımcıların toplam puanı ortalama 4,36±2,78, kadın katılımcıların toplam puanı ortalama 5,53±2,71'dir ve cinsiyet ile uyku kalitesi arasında istatiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,022). Eğitim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların ortalama puanı 4,99±2,54, lise üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların puanı ortalama 5,68±3,10'dur. Eğitim düzeyi uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki yoktu(p=0,344). Katılımcılardan evli olanlarının PUKİ toplam puanı ortalama 5,24±3,06, bekar olanların ortalama 5,23±2,41'dir. Medeni hal ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(p=0,642). Bir meslekte çalışmıyor olanların PUKİ toplam puanı ortalama 5,17±2,54, kamuda çalışanların PUKİ toplam puanları ortalama 6,20±2,91, özel sektörde çalışanların PUKİ toplam puanları ortalama 4,82±2,91'dir. Meslek ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki yoktu(p=0,168). Düşük gelir seviyesine sahip kişilerin PUKİ toplam puan ortalaması 5,19±2,40, orta gelir seviyesindekilerin 4,94±3,21, yüksek gelir seviyesindekilerin 6,23±3,03'tür. Gelir düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(p=0,276). Sigara kullanan katılımcıların toplam puanı ortalama 5,25±3,40, içmeyenlerin toplam puanı ortalama 5,23±2,53'tür. Sigara içiciliği ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(p=0,591).(Tablo 12)

Tablo 12: PUKİ Toplam Puanı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

		PUKİ Toplam Puanı		P
		Ort±S	**Mak-Min(Med)**	
Cinsiyet	**Erkek**	4,36±2,78	11,00-1,00(4,00)	**0,022**
	Kadın	5,53±2,71	14,00-0,00(5,00)	
Eğitim	**Lise ve altı**	4,99±2,54	13,00-0,00(5,00)	0,344
	Lise üstü	5,68±3,10	14,00-1,00(5,00)	
Medeni hal	**Evli**	5,24±3,06	14,00-0,00(5,00)	0,642
	Bekar	5,23±2,41	10,00-1,00(5,00)	
Meslek	**Çalışmıyor**	5,17±2,54	13,00-0,00(5,00)	0,168
	Kamu	6,20±2,91	14,00-2,00(6,00)	
	Özel	4,82±2,91	14,00-1,00(4,00)	
Gelir Düzeyi	**0-2200TL**	5,19±2,40	13,00-0,00(4,00)	0,276
	2200-4400TL	4,94±3,21	14,00-1,00(5,00)	
	>4400TL	6,23±3,03	14,00-2,00(5,00)	
Sigara	**Evet**	5,25±3,40	14,00-1,00(4,00)	0,591
	Hayır	5,23±2,53	13,00-0,00(5,00)	

Katılımcıların PUKİ toplam puanları 5'in altı ile 5 ve üzeri şeklinde gruplandırılmış ve sosyodemografik özelliklerle karşılaştırılmıştır.

Buna göre, kadınlardan %62,7'sinin (n=52), erkeklerden %32,1'inin (n=9) uyku kalitesi kötüydü ve uyku kalitesinin cinsiyet ile istatiksel anlamlı ilişkisi mevcuttu(p=0,005). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların %52,1'inin (n=37) ve lise üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların %60,0'ının (n=24) uyku kalitesi kötü olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır(p=0,423). Evli katılımcıların %52,5'inin (n=31), bekar katılımcıların %57,7'sinin (n=30) uyku kalitesi kötü olarak belirlendi. Medeni durum ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı

(p=0,586). Katılımcılardan çalışmayan kesimin %57,7'sinin (n=30) ve kamuda çalışanların %70,0'inin (n=14) uyku kalitesi kötü bulunurken, özel sektör çalışanlarının %56,4'ünün (n=22) uyku kalitesi iyi bulundu. Ancak meslek durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamalı ilişki yoktu (p=0,134). Katılımcılardan sigara kullananların %50,0'sinin (n=14), sigara kullanmayanların %56,6'sının (n=47) uyku kalitesi kötüydü, ancak sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,542). (Tablo 13)

Tablo 13: Uyku Kalitesi ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

		PUKİ		P
		<5	**≥5**	
Cinsiyet	**Erkek**	%67,9(n=19)	%32,1(n=9)	**0,005**
	Kadın	%37,3(n=31)	%62,7(n=52)	
Eğitim Düzeyi	**Lise ve altı**	%47,9(n=34)	%52,1(n=37)	0,423
	Lise üstü	%40,=(n=16)	%60,0(n=24)	
Medeni Hal	**Evli**	%47,5(n=28)	%52,5(n=31)	0,586
	Bekar	%42,3(n=22)	%57,7(n=30)	
Meslek	**Çalışmayan**	%42,3(n=22)	%57,7(n=30)	0,134
	Kamu	%30,0(n=6)	%70,0(n=14)	
	Özel	%56,4(n=22)	%43,6(n=17)	
Gelir Düzeyi	**0-2200 TL**	%41,9(n=26)	%58,1(n=36)	0,232
	2200-4400 TL	%55,5(n=20)	%44,5(n=16)	
	>4400 TL	%30,8(n=4)	%69,2(n=9)	
Sigara	**Evet**	%50,0(n=14)	%50,0(n=14)	0,542
	Hayır	%43,4(n=36)	%56,6(n=47)	

4.2.2.Sosyodemografik Özellikler ile GSA-12 Puanı İlişkisi

GSA-12 puanı erkeklerde ortalama 1,00±2,02, kadınlarda ortalama 2,63±2,98 olarak hesaplanmıştır. GSA-12 puanı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki vardır (p=0,001). Eğitim düzeyi ile GSA-12 puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,878). Evli katılımcıların GSA-12 puanı ortalama 2,12±2,92, bekar katılımcıların ortalama 2,33±2,78'tir. Medeni hal ile GSA-12 puanı arasında anlamlı ilişki yoktur(p=0,477). Çalışmayanların GSA-12 puanı ortalama 2,08±2,91, kamu personelinin puanı ortalama 2,40±2,68, özel sektör çalışanlarının puanı ortalama 2,31±2,91 olarak hesaplanmıştır. Meslek ile GSA-12 puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(p=0,844). Düşük gelir düzeyi olanların GSA-12 puan ortalaması 2,32±2,40, orta gelire sahip kişilerin 1,97±2,67, yüksek gelire sahip kişilerin GSA-12 puan ortalaması da 2,38±3,07 olarak hesapanmıştır. Gelir düzeyi ile GSA-12 puanı arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0,752). Sigara kullanan katılımcıların GSA-12 puanı ortalama 1,79±2,42 iken kullanmayan katılımcıların puanları ortalama 2,36±2,98'dir. (Tablo 14)

Tablo 14: GSA-12 Puanı Sosyodemografik Özellikler İlişkisi

		GSA-12 PUANI		P
		Ort±S	**Mak-Min(Med)**	
Cinsiyet	**Erkek**	1,00±2,02	8,00-0,00(0,00)	**0,001**
	Kadın	2,63±2,98	12,00-0,00(1,00)	
Eğitim	**Lise ve altı**	2,23±2,98	12,00-0,00(1,00)	0,878
	Lise üstü	2,20±2,64	8,00-0,00(1,00)	
Medeni hal	**Evli**	2,12±2,92	12,00-0,00(1,00)	0,477
	Bekar	2,33±2,78	10,00-0,00(1,00)	
Meslek	**Çalışmıyor**	2,08±2,91	12,00-0,00(1,00)	0,844
	Kamu	2,40±2,68	8,00-0,00(1,00)	
	Özel	2,31±2,91	8,00-0,00(1,00)	
Gelir Düzeyi	**0-2200TL**	2,32±2,40	12,00-0,00(1,00)	0,752
	2200-4400TL	1,97±2,67	8,00-0,00(0,00)	

	>4400TL	2,38±3,07	8,00-0,00(0,00)	
Sigara	**Evet**	1,79±2,42	8,00-0,00(0,00)	0,365
	Hayır	2,36±2,98	12,00-0,00(1,00)	

GSA-12 ölçeğinden alınan puanlar, 2'nin altı ve 2 ve üzeri olmak üzere gruplandırılmış ve sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

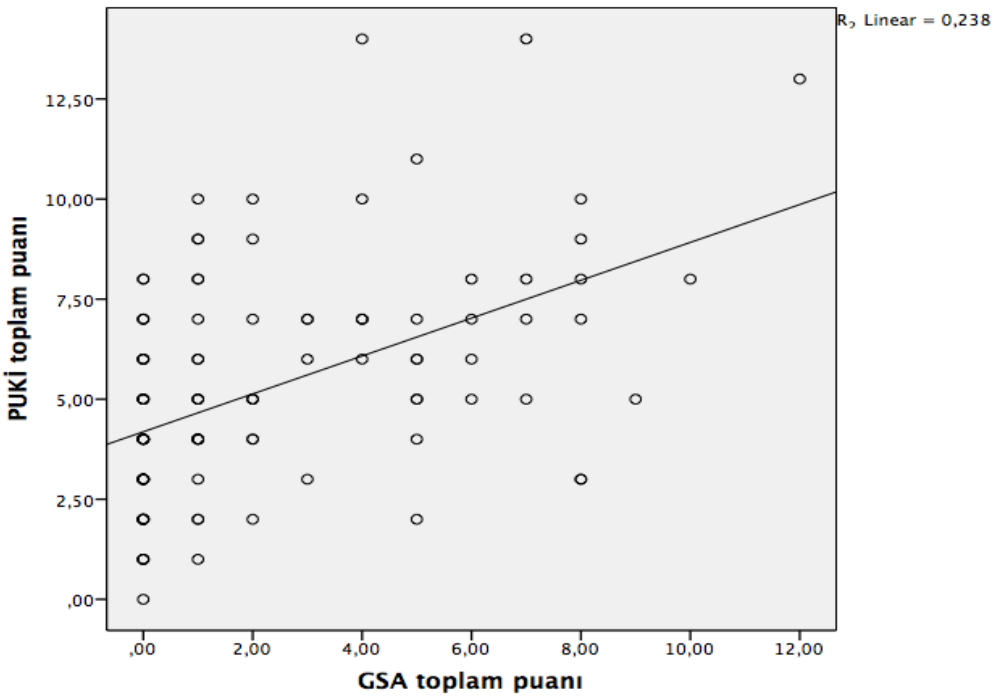
Erkeklerin %17,9'unda (n=5), kadınların %47,0'sinde (n=39) ruhsal inceleme gerekli bulunmuştur. Cinsiyet ile ruhsal değerlendirilme gereksinimi açısından istatiksel anlamlılık vardır (p=0,006). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların %60,6'sında (n=43), lise üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların %60,0'ında (n=24) ruhsal inceleme gerekli görülmemiştir. Eğitim düzeyine göre ruhsal değerlendirilme gereksinimi arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0,954). Evli katılımcıların %61,0'inde (n=36), bekar katılımcıların %59,6'sında (n=31) ruhsal incelemeye gerek görülmemiştir. Medeni durum ile ruhsal değerlendirilme gereksinimi arasında istatiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,880). Çalışmayanların %61,5'inde (n=32), kamuda çalışanların %55,0'inde (n=11), özel sektör çalışanlarının %61,5'inde (n=24) ruhsal incelemeye gerek görülmemiştir. Meslek gruplarının ruhsal değerlendirilme gereksinimi açısından istatiksel anlamlı fark yoktur(p=0,864). Düşük gelir düzeyine sahip kişilerin %41,9'u (n=26), orta gelir düzeyindekilerin %37,2'si (n=13), yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin %38,5'i (n=5) ruhsal muayene gerekli görülmüş kişilerdir. Gelir düzeyi ile ruhsal değerlendirme gerekliliği arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0,847). Sigara kullanan katılımcıların %60,7'sinin (n=17), kullanmayan katılımcıların %60,2'sinin (n=50) ruhsal incelemeye alınmasına gerek görülmemiştir. Sigara kullanımı ile ruhsal değerlendirilme gerekliliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,965). (Tablo 15)

Tablo 15: Ruhsal Durum ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

		GSA-12 PUANI		P
		<2	**≥2**	
Cinsiyet	**Erkek**	%82,1(n=23)	%17,9(n=5)	**0,006**
	Kadın	%53,0(n=44)	%47,0(n=39)	
Eğitim	**Lise ve altı**	%60,6(n=43)	%39,4(n=28)	0,954
	Lise üstü	%60,0(n=24)	%40,0(n=16)	
Medeni hal	**Evli**	%61,0(n=36)	%39,0(n=23)	0,880
	Bekar	%59,6(n=31)	%40,4(n=21)	
Meslek	**Çalışmıyor**	%61,5(n=32)	%38,5(n=20)	0,864
	Kamu	%55,0(n=11)	%45,0(n=9)	
	Özel	%61,5(n=24)	%38,5(n=15)	
Gelir Düzeyi	**0-2200TL**	%58,1(n=36)	%41,9(n=26)	0,847
	2200-4400TL	%63,8(n=23)	%37,2(n=13)	
	>4400TL	%61,5(n=8)	%38,5(n=5)	
Sigara	**Evet**	%60,7(n=17)	%39,3(n=11)	0,965
	Hayır	%60,2(n=50)	%39,8(n=33)	

4.3.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile Genel Sağlık Anketi-12 Verilerinin Değerlendirilmesi

PUKİ toplam puanı ile GSA-12 puanı numerik olarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur(p=0,000; r=0,399) (Şekil 8)



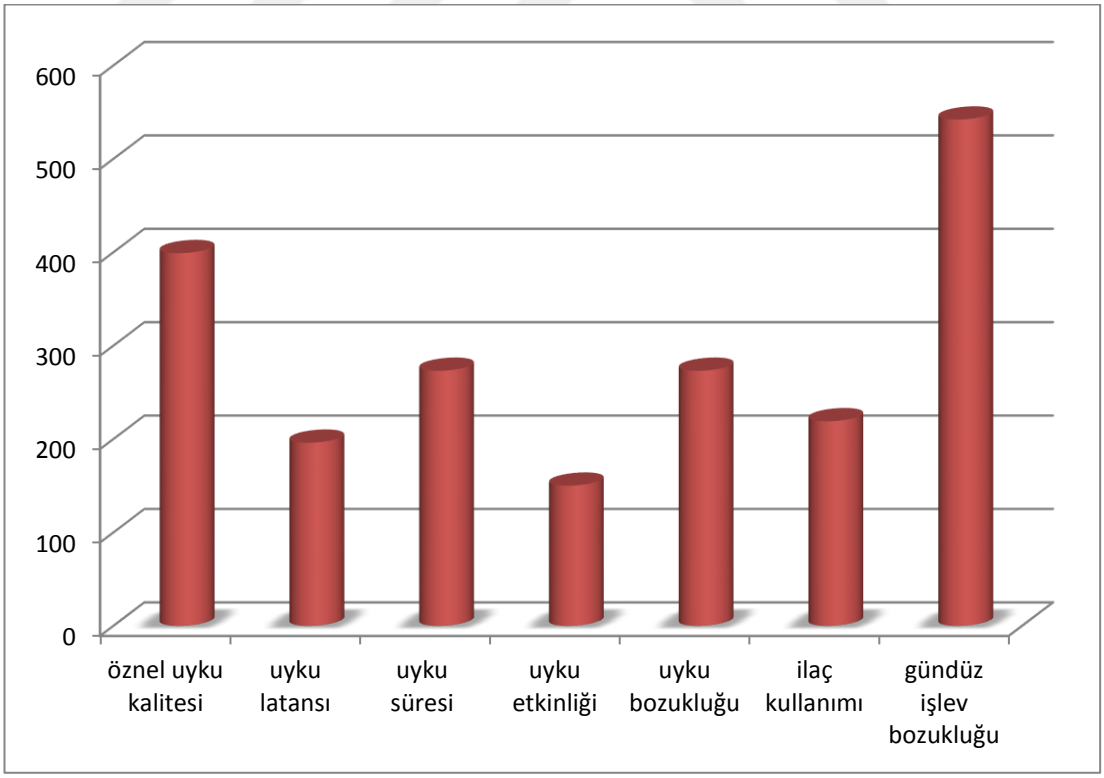
Şekil 8: PUKİ Toplam Puanı ile GSA-12 Puanı Korelasyon Durumu

Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanları kesme noktası değerlerine göre 'anlamlı' ve 'anlamlı değil' şeklinde iki gruba ayrıldı ve aralarındaki ilişki incelendi. Buna göre PUKİ toplam puanı anlamlı olan katılımcıların %59'unun (n=36) GSA-12 puanı anlamlı, %41'inin (n=25) GSA-12 puanı anlamlı değildi. PUKİ toplam puanı anlamlı olmayan grupta, katılımcıların %84'ünün (n=42) GSA-12 puanı anlamlı değildi, %16'sının (n=8) GSA-12 puanı anlamlıydı. Aralarında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,000). (Tablo16)

Tablo 16: PUKİ Toplam Puanı GSA-12 İlişkisi

			GSA-12		Toplam	P
			anlamlı değil	anlamlı		
PUKİ	anlamlı değil	N	42	8	50	0,000
		%	84,0%	16,0%	100,0%	
	anlamlı	N	25	36	61	
		%	41,0%	59,0%	100,0%	

PUKİ alt bileşenleri ile GSA-12 puanı korelasyon düzeyi incelenmiştir. Buna göre, öznel uyku kalitesi alt bileşeni ile GSA-12 arasında istatistiki olarak anlamlı, olumlu, orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (p=0,000, r=0,399). Uyku latansı ile GSA-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu, zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur (p=0,039, r=0,196). Uyku süresi alt bileşeni ile GSA-12 arasında istatistiksel anlamlı, olumlu, orta seviyede korelasyon vardır (p=0,004, r=0,273). Uyku etkinliği ile GSA-12 arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,115). Uyku bozukluğu alt bileşen puanı ile GSA-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu ve orta seviyede korelasyon vardır (p=0,004, r=0,273). İlaç kullanımı alt bileşeni ile GSA-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu ve zayıf korelasyon bulunmuştur (p=0,021, r=0,219). Gündüz işlev bozukluğu alt bileşeni ile GSA-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu ve güçlü düzeyde korelasyon bulunmuştur (p=0,000, r=0,542). Buna göre, GSA-12 ile en yüksek korelasyon düzeyi gündüz işlev bozukluğu alt bileşeniyle olmuştur. (Şekil 9)



Şekil 9: PUKİ Alt Bileşenleri ile GSA-12 Puanı Korelasyon Düzeyi

PUKİ alt bileşenleri, GSA-12 puanına göre 2'nin altı ve 2 ve üzeri puan alan kişilerde karşılaştırılmıştır. Öznel uyku kalitesi (p=0,005), uyku latansı(p=0,030), uyku süresi (p=0,008), uyku bozukluğu (p=0,015) ve gündüz işlev bozukluğu (p=0,00) alt bileşen puanları ile ruhsal inceleme gerekliliği durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Elde edilen veriler tablo 17'de gösterilmiştir. (Tablo 17)

Tablo 17: PUKİ Alt Bileşenleri ile GSA-12 Arasındaki İlişki

	GSA-12 PUANI		P
	<2	**≥2**	
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	
Öznel uyku kalitesi	0,99±0,51	1,32±0,64	**0,005**
Uyku latansı	1,06±0,92	1,48±1,00	**0,030**
Uyku süresi	0,33±0,61	0,68±0,80	**0,008**
Uyku etkinliği	0,24±0,52	0,39±0,62	0,144
Uyku bozukluğu	1,16±0,56	1,45±0,54	**0,015**
İlaç kullanımı	0,00±0,00	0,11±0,54	0,080
Gündüz işlev bozukluğu	0,48±0,66	1,36±0,87	**0,000**

5.TARTIŞMA

Bu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 18 ile 64 yaş arası sağlıklı bireylerin uyku kalitesini saptamak ve uyku kalitesi ile Genel Sağlık Anketi-12 arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlandı.

5.1. Katılımcıların sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

5.2. PUKİ ve GSA-12 Verilerinin Tartışılması

5.3.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile PUKİ Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile GSA-12 Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.5. PUKİ ve GSA-12 Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. Katılımcıların sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Aktaş ve arkadaşlarının Mersin Mezitli'de yaptıkları 400 kişilik çalışmada yaş aralığı 20-65 yaş arasında değişmekle birlikte ortalama 40,9±12,1 yıl olarak bulunmuştur (56). Exelmans ve arkadaşlarının Belçika'da 844 katılımcıyla yaptıkları çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması 46,0±17,76 yıldır(44). Özdemir ve arkadaşlarının Sivas'ta yaptığı prevelans araştırmasında, katılımcıların yaş ortalaması 38,4±12,6 yıldır (57).

Çalışmamızda katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama 31,68±9,89 yıl olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin çalışmaya dahil edilmemiş olması çalışmamızın yaş ortalamasını düşüren bir etken olabilir.

Şenol ve arkadaşlarının Elazığ il merkezinde adolesan yaş grubunun uyku kalitesinin araştırdığı çalışmada katılımcıların %57,8'i ile çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır(58). Cates ve arkadaşlarının Amerika'daki çalışmalarında ise katılımcıların %64.13'ünü kadınlar oluşturmaktaydı (59). Hirotsu ve arkadaşlarının

Brezilya'da yürüttüğü çalışmada da katılımcıların kadın-erkek dağılımı yaklaşık olarak eşittir (60).

Bizim çalışmamızda, katılımcıların büyük çoğunluğunu (%74,80) kadınlar oluşturmaktaydı. Literatüdeki bu farklılıklar bölgelere göre insanların araştırmaya katılma isteğinin değişiyor olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğu (%64) lise ve daha alt eğitim düzeyine sahipti. Akova ve arkadaşlarının Sivas'ta 20 yaş üstü erişkinlerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %51,2'sinin eğitim düzeyi lise ve altıdır (61). Liao ve arkadaşlarınca Çin'in Hunan bölgesinde yapılmış uyku kalitesi ve sigara ilişkisini inceleyen araştırmadaki katılımcıların %74,8'i ile büyük çoğunluğunu lise ve daha alt eğitim düzeyine sahip kişiler oluşturmaktadır (62). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 verilerine göre, ülkemizdeki 25 yaş ve üzeri popülasyonun %79,4'ü lise ve daha alt eğitim düzeyine sahiptir (63).

Çalışmamızda, lise üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların Türkiye ortalamasına göre daha fazla olması, çalışmayı yaptığımız hastanemizin bir büyük şehir merkezinde yer alıyor olması olabilir.

Aktaş ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, katılımcıların %65'i evlidir (56). Hinz ve arkadaşlarının, Almanya'da genel popülasyon üzerinde PUKİ'nin psikometrik özelliklerini inceledikleri araştırmada katılımcıların %62'si evlidir (64).

Çalışmamızda, katılımcıların % 53,20'si evlidir. Literatüre göre daha düşük görülen bu oranın nedeni, katılımcılarımızın yaş ortalamasının düşük, dolayısıyla henüz evlenmemiş kimselerin de bulunması olabilir.

5.2. PUKİ ve GSA-12 Verilerinin Tartışılması

Uyku problemleri, sıklığı bölgelere göre değişmekle birlikte, genellikle yaygın görülen problemlerdir. Türkiye'de Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında %50,5, Akova ve arkadaşlarının çalışmasında %50,4, Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında da %29,4 oranında uyku problemi yaşandığı rapor edilmiştir (31,61,65). Leger ve arkadaşları tarafından uluslarası olarak yürütülen çalışmada da uyku problemi prevalansları Amerika'da %56, Batı Avrupa'da %31, Japonya'da %23 olarak bulunmuştur (66).

Çalışmamızda katılımcıların toplam PUKİ puanı 0 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama 5,23±2,76'dır. Literatüre uyumlu olarak, toplamda 5 ve üzeri puan alarak uyku kalitesi kötü olarak tanımlananlar katılımcıların %54,95'idir.

PUKİ alt bileşen puanlarının literatürde oldukça değişken değerler aldığını görmekteyiz. Malezya'da yapılan bir çalışmada PUKİ alt bileşen puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri şu şekilde bulunmuştur: öznel uyku kalitesi 0,89±0,59, uyku latansı 0,72±0,71, uyku süresi 1,87±0,61, uyku etkinliği 0,49±0,75, uyku bozukluğu 1,19±0,50, uyku ilacı kullanımı 0,00±0,00, gündüz işlev bozukluğu 0,67±0,53**.** Bu çalışmada ortalaması en yüksek bulunan alt bileşen puanı uyku süresi alt bileşeni olmuştur (67).

Cates ve arkadaşlarının Amerika'daki çalışmasında da alt bileşen puanları sırasıyla 0,96±0,68, 1,16±0,90, 1,07±0,88, 0,35±0,66, 1,14±0,47, 0,37±0,73, 1,18±0,72'dir. Bu çalışmadaki en yüksek ortalamaya sahip alt bileşen puanı gündüz işlev bozukluğu alt bileşenidir (59).

Çalışmamızdaki alt bileşen puanları sırayla; 1,12±0,58, 1,23±0,97, 0,47±0,71, 0,30±0,57, 1,28±0,57, 0,05±0,34, 0,83±0,86'dır. Bizim çalışmamızda uyku bozukluğu en yüksek ortalaması olan alt bileşen olmuştur.

Literatürde PUKİ alt bileşenleri ile PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu, fakat bölgelere göre en güçlü ilişkiye sahip alt bileşenin değişkenlik gösterebildiğini görmekteyiz. Sırbistan'daki çalışmada PUKİ toplam puanı ile en güçlü ilişkşiye sahip alt bileşenler öznel uyku kalitesi ve uyku latansı olmaktayken, Yunanistan'daki çalışmada uyku etkinliği, Amerika'daki çalışmada öznel uyku kalitesi olmaktadır (68–70)**.**

Bizim çalışmamızda, PUKİ toplam puanı en güçlü ilişkisi olan alt bileşen uyku latansı, en zayıf ilişkisi olan alt bileşen de ilaç kullanımı olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılanların, uykuya dalma süreleri uzadıkça uyku kalitelerinin düşüyor olduğunu görmekteyiz.

Kılıç ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptıkları çalışmalarında GSA-12 puan ortalaması 2,38±2,92 olup, katılımcıların %47,6'sı 2 ve üzeri puan almıştır (71)**.** Yine birinci basamaktaki bir başka çalışmada GSA-12 puan ortalaması 4,60±3,32 bulunmuştur (72). İlhan ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile

yaptıkları çalışmada, katılan öğrencilerin %52,4'ünün ruhsal belirtiler gösterdikleri saptandı (73).

Çalışmamızda katılımcıların GSA-12 puanları 0-12 arasında değişmekte olup, ortalama 2,22±2,85'tir.

Kadıoğlu ve arkadaşlarının GSA-28 kullanarak yaptıları taramada, katılımcıların %32'si ruhsal sorunlar açısından olası vaka olarak tanımlanmıştır(74). Belek'in 15 yaş ve üzeri 1092 kişi ile yapılan çalışmasında orta ve yüksek GSA puanına sahip kişiler katılımcıların %35,7'sini oluşturmuştur (75). Keskin ve arkadaşlarının çalışmasında ruhsal bozukluk yaygınlığı %43 olarak bulunmuştur (52).

Çalışmamızda GSA-12'den 2 ve üzeri puan alarak ruhsal durumları riskli kabul edilen bireyler katılımcıların %39,63'ünü oluşturmaktaydı. Literatürle uyumlu olarak bulduğumuz ve toplumda en az 3 kişiden birinde ruhsal sağlık sorunu olabileceğini gösteren bu sonuç, temel sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi konusunda yönlendirici olabilir.

5.3.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile PUKİ Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Tang ve arkadaşlarının Çin'deki araştırmasında PUKİ toplam puanı erkeklere göre kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (76). Benzer şekilde, ülkemizde Güneş ve arkadaşları ve Işık tarafından yapılan farklı çalışmalarda da kadınların PUKİ toplam puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (77,78). Literatürde, kadınların erkeklere oranla yaşam boyu uyku problemi ve insomni yaşama sıklığının iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (79).

Çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak kadınların uyku kalitesi erkeklere göre daha düşük bulundu. Bu farklılığı açıklamak üzere yapılan çeşitli deneysel ve gözlemsel çalışmaların sonucuna göre seks steroidleri uyku- uyanıklık döngüsü, uyku yapısı, REM, n-REM süreleri gibi birçok noktada uykuyu etkilemektedir. Cinsiyetin uyku kalitesi üzerine olan etkisinin de bu hormonların etkisinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (80).

PUKİ alt bileşen puanları ile cinsiyet karşılaştırıldığında, Tang ve arkadaşlarının çalışmasında öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği ve uyku bozukluğu bileşenlerine ait puanlar kadın ve erkekler arasında

anlamlı farklılık bulunurken, Morris ve arkadaşalarının çalışmasında sadece öznel uyku kalitesi ve uyku bozukluğu bileşenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (76,81).

Çalışmamızda, uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu puanları kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Ehlers ve arkadaşlarının Hint kökenli Amerikalılarda yaptığı çalışmada uyku kalitesi ile eğitim seviyesi, meslek sahibi olma ve gelir düzeyi arasında istatiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır(82). Benzer şekilde Hirotsu ve arkadaşlarının çalışmasında ve Thorpe ve arkadaşlarının çalışmasında da bu üç özellik ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki yoktu (60,83).

Çalışmamızda, literatüre benzer şekilde, katılımcıların eğitim seviyesi, meslek durumları ve de gelir düzeyi ile PUKİ toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Farklı olarak, lise üstü eğitim almış katılımcılar ve kamuda çalışan katılımcıların gündüz işlev bozukluğu alt bileşen puanları anlamlı olarak diğer gruplara göre daha yüksekti. Eğitim düzeyi yüksek ve kamuda çalışan kişilerin ofis alanında ve masabaşı işlerde çalışması nedeni ile uyku kalitesizliği bu gruplarda gündüz işlev bozukluğuna daha fazla yol açmış olabilir.

Sigara kullananımının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar literatürde çoğunluktadır (42,62,84,85). Bununla birlikte, sigara ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış çalışmalar da mevcuttur (57,86,87).

Bizim çalışmamızda da sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonucun nedeni sigara kullanan katılımcıların çoğunlukla erkek katılımcılar olması ve erkeklerin uyku kalitelerini kadınlara göre daha iyi olarak ifade etmeleri olabilir.

5.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile GSA-12 Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Literatür incelendiğinde, ruhsal bozukluklardan en yaygın olan anksiyete ve depresif bozukluğun, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat fazla görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (88). Tosun ve Akça'nın Konya kent merkezinde yaptığı çalışmada, Özkan ve Yılmaz'ın öğrenci hemşireler ile yaptıkları çalışmada, Kadıoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptığı ruhsal sağlık problemi taramasında

GSA ölçek olarak kullanılmış ve çalışmalarda kadınların GSA puanları erkeklere göre istatisitksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (74,89,90).

Çalışmamızda GSA-12 puanı erkeklerde ortalama 1,00±2,02, kadınlarda ortalama 2,63±2,98 olarak hesaplanmıştır. Literatürle uyumlu olarak cinsiyet ile ruhsal durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardır ve kadın cinsiyet ruhsal durum bozukluğu açısından risk faktörü olarak bulunmuştur.

Bu durumun erkeklerin kadınlara göre sorunlarını daha az dile getirmesine ya da yardım arama konusunda isteksiz davranmalarına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (91).

Çoğu çalışmada evli olmanın ruhsal bozukluklar açısından koruyucu olduğu söylenmiştir(75,92–94). Bununla birlikte, medeni durum ile GSA puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (72,95).

Katılımcıların medeni durumu ile GSA puanları karşılaştırıldığında, çalışmamızda evliliğin ruhsal durum üzerindeki koruyucu etkisini destekler şekilde, evlilerin daha düşük GSA puan ortalamasına sahip olduğu görülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi ile ruhsal durum arasındaki ilişki açısından literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde etmiş çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Molarius ve arkadaşları İsveç'teki çalışmalarında eğitim düzeyi düştükçe ruhsal sağlık problemlerinin yaygınlaştığını ortaya koymuşlardır(93). Türkiye'de Kadıoğlu ve arkadaşlarının ve Belek'in çalışmalarında da benzer şekilde, eğitim seviyesi düşük olan kişilerin GSA puanları daha yüksek bulunmuştur(74,75). Öte yandan Elkin ve arkadaşlarının çalışması ile Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi ile GSA puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (72,95).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile ruhsal durum arasında anlamlı bir ilişki yoktu.

Torre ve arkadaşlarının İspanya'daki çalışmasında, kadınların ruhsal durumu üzerinde eğitim düzeyinin, erkeklerin ise mesleğin ve iş ortamının daha etkili olduğu belirtilmiştir(96). Bosna-Hersek'teki bir çalışmada işsiz kişilerin çalışanlardan daha yüksek GSA puanına sahip oldukları gösterilmiştir. Meslek sahibi olmanın ruhsal sağlık üzerindeki koruyucu etkisinden bahsedilmiştir(97). Tezcan ve Aslan çeşitli meslek gruplarındaki kişilerin ruhsal durumlarının incelendiği birçok makaleyi

incelemiştir. Çalışmalarının sonucunda meslek sahibi olmanın getirdiği ekonomik özgürlük nedeniyle çalışan grubun işsizlere göre daha iyi ruhsal durumunun olduğunu belirtmişlerdir(98).

Çalışmamızda kamuda görevli kişilerin GSA-12 puan ortalaması özel sektör çalışanları ve çalışmayanlardan daha yüksek olsa da meslek durumu ile GSA-12 puanı arasında anlamlı ilişki yoktu. Literatürden farklı olarak çalışmayanlarda daha yüksek GSA puanı bulunmamasının sebebi, çalışmamıza genç kesimin fazlaca katılması ve öğrencilerin de çalışmıyor grubuna dahil edilmiş olması olabilir.

İngiltere'deki çalışmada Martikainen ve arkadaşları aile geliri arttıkça ruhsal sağlık durumunun iyileştiğini ve algılanan sağlığın daha iyi olduğunu ortaya koymuştur(99). Benzer şekilde Bingöl'ün Amasya'daki, Özkan'ın Balıkesir'deki çalışmalarında gelir ile GSA puanları arasında ilişki bulunmuştur. Geliri giderinden düşük olanların daha yüksek GSA puanına sahip oldukları belirtilmiştir(90,100).

Çalışmamızda gelir düzeyi ile GSA puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatüreden farklı elde ettiğimiz bu sonuç hane gelirini değil, kişinin gelirini veri olarak almamızdan kaynaklı olabilir.

Fujita ve Maki'nin Japonya'da diş hekimliği öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigara kullanan öğrencilerin GSA puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu ilişkiyi, sigara kullanımının erkekler arasında kadınlara göre daha fazla olmasına ve erkeklerin psikyatrik şikayetlerden daha az bahsetmesine bağlamışlardır (101).

Çalışmamızda da, Fujita ve Maki'nin çalışmasına benzer şekilde sigara kullananların GSA puan ortalaması daha düşük bulunmuş, fakat istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.5. PUKİ ve GSA-12 Verileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Fidan'ın İstanbul'da hekimlere yönelik çalışmasında, PUKİ toplam puanı ile GSA-12 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (102). Günaydın'ın çalışmasında da iki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (103).

Literatür incelendiğinde benzer sonuçları olan çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Zubair ve arkadaşlarının, Aloba ve arkadaşlarının, Eyvazlou ve

arkadaşlarının çalışmalarında da PUKİ ile GSA arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (104–106).

Çalışmamızda, bahsedilen çalışmalara benzer şekilde PUKİ toplam puanı ile GSA-12 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki mevcuttu. Bu sonuç göstermektedir ki, kötü uyku kalitesi ile ruhsal durum bozukluğu arasında birliktelik mevcuttur ve uyku problemlerinden bahseden kişilerde altta yatan ruhsal bozukluk açısından dikkatli olunmalıdır.

PUKİ alt bileşenleri ile GSA-12 puanı arasında olan ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Akhlaghi ve arkadaşlarının İran'daki çalışmalarında uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşenleri GSA ile ilişkili bulunmuştur(107). Japonya'da Doi ve arkadaşları uyku kalitesi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmalarının sonucunda, uyku süresi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşen puanlarının major depresyon tanısı olanlarda; uyku latansı ve uyku bozukluğu puanlarının anksiyete bozukluğu hastalarında; uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu puanlarının da şizofreni tanılılarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (108). Liu ve arkadaşlarının Çin'deki çalışmasında depresyon ile uyku süresi ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşenlerinin istatistiksel anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (109).

Bizim çalışmamızda öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşenleri GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olup ruhsal tarama yapılması gerekli görülen kişilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bulunan bölgeye göre farklılıklar görülse de, uyku süresi ve gündüz işlev bozukluğu bileşenlerinin özellikle depresyon ve anksiyete ile anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmektedir. Bu ilişki, kişide var olan uyku probleminin herhangi bir ruhsal soruna yol açmaması için kişinin gündüz işlevselliğini arttırmaya yönelik destek tedaviler uygulama konusunda yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda ayrıca, PUKİ alt bileşenleri ile GSA-12 puanı arasındaki korelasyon düzeyleri incelenmiş ve gündüz işlev bozukluğu ile öznel uyku kalitesi bileşenlerinin GSA-12 ile en yüksek korelasyon gösteren bileşenler olduğu

gösterilmiştir. Bu sonuç ile, kişinin uyku kalitesi gün içindeki aktivitesini ne derece etkiliyor ise psikiyatrik rahatsızlığa yol açma olasılığı o kadar yüksektir diyebiliriz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Çalışmamız sonucunda erişkin yaş grubundaki sağlıklı kişilerin yarıdan fazlasının uyku problemi yaşadığını tespit ettik. Katılımcıların toplam uyku kalitesi puanı ile en güçlü ilişkisi olan bileşen uyku latansı idi. Bu sonuç bize kişilerin uykuya dalmada ne kadar zorluk yaşarsa o derecede kötü uyku kalitesi rapor ettiklerini göstermektedir.

Sosyodemografik özelliklerden yalnızca cinsiyet ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadın cinsiyet kötü uyku kalitesi için bir faktörü olarak tespit edilmiştir.

PUKİ alt bileşenleri ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların erkeklere göre uyku etkinliğinin daha düşük olduğu, daha çok uyku bozukluğu yaşadıkları ve gündüz işlev bozukluklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Lise üzeri eğitim seviyesinedeki katılımcıların lise ve altı eğitim düzeyindekilere göre, kamuda çalışan katılımcıların da özelde çalışan ve çalışmayan katılımcılara göre daha fazla gündüz işlev bozukluğu yaşadıkları bulunmuştur.

GSA-12 ölçeği sonuçlarına göre katılımcıların yaklaşık %40'ına ruhsal tarama yapılması gerekli görülmüştür. Sosyodemografik özelliklerden yine yalnızca cinsiyet anlamlı fark oluşturmuş ve kadın cinsiyet risk faktörü olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda PUKİ toplam puanı ile GSA-12 puanı numerik olarak karşılaştırılmış ve aralarında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcılardan PUKİ'ye göre kötü uyku kalitesine sahip olanların %59'unun GSA-12'ye göre ruhsal tarama gerekli olan kişiler olduğunu tespit ettik.

GSA-12 ile en güçlü ilişkiye sahip PUKİ alt bileşeni gündüz işlev bozukluğu olarak bulunmuştur. Buna göre uyku kalitesi, gün içi aktivitesini etkileyecek düzeyde kötü olan kişilerin psikiyatrik rahatsızlık yaşama ihtimali daha fazladır.

GSA-12 puanı ile çeşitli derecelerde ilişkili bulunana diğer PUKİ alt bileşenleri de öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku bozukluğu alt bileşenleridir. Uyku etkinliği ve ilaç kullanımı alt bileşenleri ile GSA-12 arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

6.2.Öneriler

Aile sağlığı merkezleri bireylerin her türlü sağlık problemleri için başvurdukları ilk yerdir. Aile hekimleri olarak bizler de bireyi biyo-psiko-sosyal yönüyle ele almalı, bütüncül yaklaşarak kişinin problemine farklı açılardan bakabilmeliyiz.

Geleneksel, dini ya da sosyal nedenlerle kişiler psikiyatriste başvurmaktan kaçınabilir hatta psikiyatrik şikayetlerinden bahsetmek istmeyebilirler. Bu gibi bir durumda aile hekimine somatik bir şikayet ile başvuru söz konusu olabilir. Böyle bir durumda birinci basamak hekiminin altta yatan olası nedenlerin tümünü kapsayacak bir şema oluşturması gereklidir.

Uyku bozukluklarının yaygın olduğu ve çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların sonucunda olabileceği gibi, kalitesiz bir uykunun da psikolojik bozukluklara yol açabileceği unutulmamalıdır.

Uykuyla ilgili şikayetler, bireyin altta yatan psikiyatrik rahatsızlığının ilk belirtileri olabilir. Bunun gibi şikayetlerle karşılaşan birinci basamak hekiminin, bireyi psikolojik olarak da ele alması ve birinci basamakta ruhsal tarama için kullanımı uygun olan GSA-12'yi kullanması ve gerekli gördüğü bireyleri üst basamağa yönlendirmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Ağargün MY, Kara Y, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7(2):107-115
2. Irwin MR. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. Annu Rev Psychol. 2015;66:143–172.
3. Capezuti, E. A. (2016). The power and importance of sleep. Geriatric Nursing, 37(6), 487–488.
4. Aydın H, Özgen F. Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları. KLİNİK PSİKİYATRİ 1998;2:89-97.
5. Yetkin S, Aydın H. Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk. Türk Uyku Tıbbi Dergisi2014;1:1-8.
6. Saleem AH, Al Rashed FA, Alkharboush GA, Almazyed OM, Olaish AH, Almeneessier AS, BaHammam AS. Primary care physicians' knowledge of sleep medicine and barriers to transfer of patients with sleep disorders. A cross-sectional study. Saudi Med J. 2017 May;38(5):553-559.
7. Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J. Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. J Clin Sleep Med. 2011 Feb 15;7(1):41-8.
8. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). Akciğer Arşivi 2007; 8: 88-91
9. Troynikov O, Watson C, Nawaz N, Sleep environments and sleep physiology: A review. Journal of Thermal Biology 2018; 78: 192-203.
10. Gorgoni M, D'Atri A, Scarpelli S, Reda F, De Gennaro L. Sleep electroencephalography and brain maturation: developmental trajectories and the relation with cognitive functioning. Sleep Medicine 2020; 66: 33-50.
11. Karadağ M, Ursavaş A. Dünyada ve Türkiye'de Uyku Çalışmaları. Akciğer Arşivi 2007; 8: 62-4.
12. Barbera J. Sleep And Dreaming in Greek And Roman Philosophy. Sleep Medicine 2008;9: 906–910
13. Gökçay B, Arda B. Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları. Lokman Hekim Journal. 2013;3(1):70-78.
14. Soysaldı MH. Kur'an Âyetleri ve Hadisler Perspektifinden Uyku Hakkında Bir Değerlendirme. İ.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi Güz 2018 ; 9(2): 79-102.
15. Haas L. Hans Berger (1873–1941), Richard Caton (1842–1926), and electroencephalography. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003 ; 74 (1): 9.
16. Brain Basics: Understanding Sleep. [İnternet]. Erişim Tarihi:17.02.2020. https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver Education/Understanding-Sleep
17. Stanley N. The physiology of sleep and the impact of ageing. Europen Urology Supplements 2005; 6: 17-23.

18. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. Journal of Sleep Research 2016; 25(2):131-143.
19. Borbèly AA. A Two Process Model of Sleep Regulation. Human Neurobiol 1982; 1: 195-204.
20. Guyton AC, Hall JE. Beynin Etkinlik Durumları-Uyku: Beynin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar. Yeğen BÇ, Çev.ed. Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2013: 721-728.
21. Carley DW, Farabi SS. Physiology of Sleep. Diabetes Spectrum 2016; 29(1): 5-9.
22. Selvi Y, Kandeğer A, Sayın AA. Gündüz Aşırı Uykululuğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(2):114-132.
23. Öztürk L, Dariyerli N. Melatonin ve Uyku Fizyolojisi.[İnternet]. Erişim Tarihi:23.02.2020. http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=42&ref_ind_id=249.
24. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2013 ;22(1): 93-98.
25. Algın Dİ, Akdağ G, Erdinç OO. Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları. Osmangazi Tıp Dergisi, 2016;38 (Özel Sayı 1): 29-34.
26. (Hachul H, Frange C, Bezerra AG, Hirotsu C, Pires GN, Andersen ML ve ark. The effect of menopause on objective sleep parameters: Data from anepidemiologic study in São Paulo, Brazil. Maturitas. 2015 ;80(2):170-178.
27. Niethard N, Hasegawa M, Itokazu T, Oyanedel CN, Born J, Sato TR. Sleep-Stage-Specific Regulation of Cortical Excitation and Inhibition. Current Biology 2016; 24: 2739–2749.
28. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep 2004;27:1255.
29. Mahowald MW, Cramer Bornemann MA. Non-REM Arousal Parasomnias. Principles And Practice Of Sleep Medicine. 2011;1175-1082.
30. Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(4):300-308.
31. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 29-38.
32. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2006, 12:383–389.
33. Stanfield CL.Principles of Human Physiology 5th Edition.California:Pearson. 2012:242-245.
34. Vardar SA. Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu? Genel Tıp Derg. 2005;15(4):173–7.
35. Yılmaz H, Tuncel D. UYKU BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ REHBERİ. 2014;97.
36. Gezmen Karadağ M, Aksoy M. Uyku regülasyonu ve beslenme. Göztepe T›p Dergisi 2009; 24(1):9-15.

37. Lieberman HR. Nutrition, Brain Function and Cognitive Performance. Appetite 2003;40: 245-254.
38. Lauer CJ, Krieg JC. Sleep in Eating Disorders. Sleep Medicine Review 2004;8:109-118.
39. Clark I, Landolt HP. Coffee, Caffeine, and Sleep: A Systematic Review of Epidemiological Studies and Randomized Controlled Trials. Sleep Medicine Review. 2017; 31: 70-78.
40. Roehrs T, Roth T. Caffeine: Sleep and daytime sleepiness. Sleep Medicine Reviews 2008;12: 153–162.
41. Colrain I, Nicholas C, Baker F. Alcohol and the Sleeping Brain. Handb Clin Neurol. 2014; 125: 415–431.
42. Purani H, Friedrichsen S, Allen AM. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smokingrelated outcomes and exercise. Addict Behav. 2019; 90: 71–76.
43. Jaehne A, Unbehaun T, Feige B, Lutz UC, Batra A, Riemann D. How smoking affects sleep: A polysomnographical analysis. Sleep Medicine 2012; 13(10): 1286–1292.
44. Exelmans L, Bulck JV. Bedtime mobile phone use and sleep in adults. Social Science & Medicine-148. 2016; 93-101.
45. Basner M, McGuire S. WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. International Journal of Environmental Research and Public Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):519.
46. Lillehei AS, Halco´n L, Savik K, Reis R. Effect of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene on Self-Reported Sleep Issues: A Randomized Controlled Trial. The Journal of Alternatıve and Complementary Medıcıne 2015; 21(7): 430-438.
47. Kemple M, O'Toole S, O'Toole C. Sleep quality in patients with chronic illness. J Clin Nurs. 2016; 25(21-22) :3363-3372.
48. The effects of medications on sleep quality and sleep architecture - UpToDate [Internet]. Erişim Tarihi: 16.03.2020. https://www.uptodate.com/contents/the-effects-of-medications-on-sleep quality-and-sleep architecture?source=autocomplete&index=0~2&search=sleep%20quality#H1.
49. Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms. Int J Psychophysiol. 2013; 89(2): 218–28.
50. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:3-11. Türk Psikiyatri Derg. 1996;7(1):3–11.
51. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. J Affect Disord. 2006; 92:185-193.
52. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 344-351

53. Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(1): 26-31
54. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A New Instrument For Psychiatric Research And Practice. Psychiatry Research 1989;28(2): 193-213.
55. BANKS MH, CLEGG CW, JACKSON PR, KEMP NJ, STAFFORD EM, WALL TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. Journal of Occupational Psychology 1980; 53(3): 187-1 94.
56. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D ve ark. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2015;8(2):60-70.
57. Özdemir L, Akkurt I, Sümer H, Cetinkaya S, Gönlügür U, Ozşahin S ve ark. The prevalence of sleep related disorders in Sivas, Turkey. Tüberküloz ve toraks 2005;53(1): 19-26.
58. ŞENOL V, SOYUER F, PEKŞEN AKCA R, ARGUN M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi 2012; 14: 93-102.
59. Cates ME, Clark A, Woolley TW, Saunders A. Sleep Quality Among Pharmacy Students. American Journal of Pharmaceutical Education 2015; 79 (1): 09.
60. Hirotsu C, Bittencourt L, Garbuio S, Andersen ML, Tufik S. Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. Sleep Sci. 2014 Sep;7(3):135-42.
61. AKOVA İ, KOÇOĞLU G. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazi Antropometrik Ölçümler Arasindaki İlişkiler. Ahi Evran Med J. 2018;2(3):67-73.
62. Liao Y, Xie L, Chen X, Kelly BC, Qi C, Pan C et al. Sleep quality in cigarette smokers and nonsmokers: findings from the general population in central China. BMC Public Health 2019; 19:808-816.
63. Bitirilen eğitim düzeyine göre nüfusun dağılımı (25+ yaş) Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet] Erişim Tarihi: 01.04.2020. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018.
64. Hinz A, Glaesmer H, Brähler E, Löffler M, Engel C,Enzenbach C, et al. Sleep quality in the general population: psychometric properties of the pittsburgh sleep quality index, derived from a german community sample of 9284 people. *Sleep Medicine* 2016; 30:57-63.
65. ASLAN S, GULCAT Z, ALBAYRAK FS, MARAL I, YETKIN S, SUTCIGIL L et al. Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2006; 10(1): 52_/58.
66. D. Léger, B. Poursain, D. Neubaue and M. U chiyama. An international survey of sleeping problems in the general population. Current Medical Research and Opinion 2008; 24(1): 307–317.
67. Farah NM, Saw Yee T, Mohd Rasdi HF. Self-Reported Sleep Quality Using the Malay Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-M) In Malaysian Adults. Int J Environ Res Public Health 2019;16(23) 4750.

68. Popević MB, Milovanović APS, Milovanović S, Nagorni-Obradović L, Nešić D, Velaga M. Reliability and Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index-Serbian Translation. Eval Health Prof. 2018 ; 41(1):67-81.
69. Kotronoulas, G. C., Papadopoulou, C. N., Papapetrou, A., & Patiraki, E. Psychometric evaluation and feasibility of the Greek Pittsburgh Sleep Quality Index (GR-PSQI) in patients with cancer receiving chemotherapy. Supportive Care in Cancer 2010; 19(11): 1831–1840.
70. Beaudreau SA, Spira AP, Stewart A, Kezirian EJ, Lui LY, Ensrud K et al. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Scale in older black and white women. Sleep Medicine (2012); 13(1): 36–42.
71. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg 2016; 20 (3): 115-121.
72. ELKİN N, BARUT AY. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. IGUSABDER 2017; 3: 221-238.
73. İlhan N, Bahadırlı S, Ercan Toptaner N. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(4); 207-215.
74. Kadıoğlu H, Ergün A, Yıldız A. Screening of Mental Health Problems with GHQ-28 in a Sample of Turkish Community Dwelling Adult People. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013; 3(3): 115-120.
75. Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyo-demografik eşit-sizlikler: Antalya'da bir alan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi; 1999;10(3):163-172.
76. Tang J, Liao Y, Kelly BC, Xie L, Xiang YT, Qi C, Pan C, Hao W, Liu T, Zhang F, Chen X. Gender and Regional Differences in Sleep Quality and Insomnia: A General Population-based Study in Hunan Province of China. Sci Rep. 2017;7:43690.
77. Işık Ü. 40-65 Yaş Arasındaki Bireylerin Fiziksel Aktivite ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2016. İstanbul.
78. Güneş Z, Körükçü Ö, Özdemir G. Diyabetli Hastlarda Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12: 2.
79. Mong JA, Baker FC, Mahoney MM, Paul KN, Schwartz MD, Semba K, Silver R. 2011 Sleep, rhythms, and the endocrine brain: influence of sex and gonadal hormones. J. Neurosci. 31, 16 107–16 116.
80. Mong JA, Cusmano DM. Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2016;371 ///// Paul KN, Turek FW, Kryger MH. Influence of sex on sleep regulatory mechanisms. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(7):1201- 1208.
81. Morris JL, Rohay J, Chasens ER. Sex Differences in the Psychometric Properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Womens Health (Larchmt). 2018 ;27(3):278-282.

82. Ehlers CL, Wills DN, Lau P, Gilder DA. Sleep Quality in an Adult American Indian Community Sample. J Clin Sleep Med. 2017;13(3):385-391.
83. Thorpe RJ Jr, Gamaldo AA, Salas RE, Gamaldo CE, Whitfield KE. Relationship between Physical Function and Sleep Quality in African Americans. J Clin Sleep Med. 2016;12(10):1323-1329.
84. Ergün S, Duran S, Gültekin M, Yanar S. Evaluation of The Factors Which Affect the Sleep Habit and Quality of Health College Students. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;186-193.
85. Dağ B, Kutlu FY. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. Turk J Med Sci2017; 47: 721-727.
86. Aysan E, Karaköse S , Zaybak A , İsmailoğlu E . Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014; 7(3): 198-193.
87. Onat ŞŞ, Delialioğlu S, Biçer S, Özel S. Osteoporotik Hastalarda Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi 33 2013;19: 32-7.
88. Noble RE. Depression in women. Metabolism. 2005;54(5 Suppl 1):49–52.
89. SELÇUK TOSUN A, AKÇA G. Konya Kent Merkezinde Sosyoekonomik Özellikleri Farklı Olan Bölgelerde Yaşayan Bireylerin Sosyal Destek ve Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014 ;17(4): 207-215.
90. ÖZKAN S, YILMAZ E. Öğrenci Hemşirelerin Genel Sağlık Düzeyi, Stresle Başetme Yöntemleri ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26 (2) : 67-82.
91. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. Klinik Psikiyatri 2011;14:131-142.
92. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7(2):11-14.
93. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Nordström E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. BMC Public Health. 2009;9:302.
94. Crosier T, Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(1):6–13.
95. Özkan B , Arguvanlı S , Kaya Erten Z , Seviğ E . 14 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN ANKSİYETE VE GENEL SAĞLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 9-1.
96. Arias-de la Torre J, Artazcoz L, Molina AJ, Fernández-Villa T, Martín V. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gac Sanit*. 2016;30(5):339–344.

97. Batic-Mujanovic O, Poric S, Pranjic N, Ramic E, Alibasic E, Karic E. Influence of Unemployment on Mental Health of the Working Age Population. *Mater Sociomed*. 2017;29(2):92–96.
98. Tezcan S, Aslan D. Ankara'da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 9(1) 1-8.
99. Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Davey Smith G, Marmot M. Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(9):718–723.
100. Bingöl G, Gebeş R, Yavuz R. Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi 27(3):106-111, 2012.
101. Fujita Y, Maki K. Associations of smoking behavior with lifestyle and mental health among Japanese dental students. BMC Medical Education 2018; 18:264.
102. Fidan P. TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUM VE UYKU KALİTELERİNİN İNCELENMESİ. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ;2019.
103. Günaydın N. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5(1):33-40.
104. Zubair UB, Mumtaz H, Taj R. Relationship between the Quality of Sleep and Psychiatric Morbidity among the Patients of Head and Neck Tumours. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2019;29(6):541-544.
105. Aloba OO, Adewuya AO, Ola BA, Mapayi BM. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. Sleep Med. 2007;8(3):266–270.
106. Eyvazlou M, Zarei E, Rahimi A, Abazari M. Association between overuse of mobile phones on quality of sleep and general health among occupational health and safety students [published correction appears in Chronobiol Int. 2020 Feb;37(2):297]. Chronobiol Int. 2016;33(3):293–300.
107. KESHAVARZ AKHLAGHI A.A, GHALEHBANDI M.F. SLEEP QUALITY AND ITS CORRELATION WITH GENERAL HEALTH IN PRE-UNIVERSITY STUDENTS OF KARAJ, IRAN. IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES (IJPBS) SPRING-SUMMER 2009;3(1): 44- 49.
108. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, & Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. Psychiatry Research 2000 ;97(2-3):165–172.
109. Liu Y, Li T, Guo L, Zhang R, Feng X, Liu K. The mediating role of sleep quality on the relationship between perceived stress and depression among the elderly in urban communities: a cross-sectional study. *Public Health*. 2017;149:21–27.

EKLER

EK.1 Tez Anket Formu

1- YAŞINIZ:

2- CİNSİYETİNİZ: E ( ) K ( )

3- EĞİTİM DURUMUNUZ: _____

4- MESLEĞİNİZ: ÇALIŞMIYORUM ( )

KAMU GÖREVLİSİYİM ( )

ÖZEL SEKTÖR ÇALIŞANIYIM ( )

5- GELİR DÜZEYİNİZ: 0-2200 TL ( )

2200- 4400 TL ( )

4400 TL ÜSTÜ ( )

6- SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ : EVET ( ) HAYIR ( )

Bu formun kapsadığı sorunlar sadece son 1 ayın alışkanlıkları ile ilgilidir. Geçen ayın genelini düşünerek, çoğunluğa uyum sağlayan cevabı veriniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1.Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? Genel yatış saati:_____

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

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Genel kalkış saati:_____

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.) Bir gecedeki uyku süresi: Saat:_____

5. Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıkla yaşadınız?

	GEÇEN AY BOYUNCA HİÇ	BİRDEN AZ	BİR VEYA İKİZ KEZ	ÜÇ VEYA DAHA FAZLA
30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?				
Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?				
Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?				
Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?				
Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?				
Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?				
Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?				

Ağrı duyduğunuz oluyor mu?				
Rahat nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?				
Diğer neden(ler)i lütfen belirtiniz.				

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?
A) Çok iyi
B) Oldukça iyi
C) Oldukça kötü
D) Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
A) Geçen ay boyunca hiç
B) Haftada birden az
C) Haftada bir veya iki kez
D) Haftada üç veya daha fazla

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
A) Geçen ay boyunca hiç
B) Haftada birden az
C) Haftada bir veya iki kez
D) Haftada üç veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum islerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
A) Hiç problem oluşturmadı.
B) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
C) Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
D) Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Eşiniz veya oda arkadaşınız var mı?
A) Eşiniz veya oda arkadaşınız yok.
B) Diğer odada uyuyan veya oda arkadaşı var.
C) Aynı odada var fakat aynı yatakta değil.
D) Eş aynı yatakta.

Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	HİÇ	BİRDEN AZ	BİR VEYA İKİ KEZ	ÜÇ VEYA DAHA FAZLA
Gürültülü horlama oldu mu?				
Uykuda nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar oldu mu?				
Uyurken bacaklarımda seğirme veya sıçrama oldu mu?				
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?				
Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız belirtiniz				

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den sık	çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den sık	çok sık
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz ?	her zamankin-den iyi	her zamanki kadar	her zamankin-den az	her zamankinden çok daha az
İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankin-den çok	her zamanki kadar	her zamankin-den az	her zamankin-den çok daha az
Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz ?	her zaman-kinden çok	her zamanki kadar	her zaman-kinden az	her zamankin-den çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den sık	çok sık

Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zaman-kinden sık	çok sık hissediyorum
Değişik yönlerden baktığınızda ken-dinizi mutlu hissediyor musunuz?	her zamankin-den çok	her zamanki kadar	her zamankin-den az	her zamankin-den çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankin-den çok	her zamanki kadar	her zamankin-den az	her zamankin-den çok daha az
Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den çok	çok sık
Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	hayır, hiç kay-betmiyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den fazla	çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz ?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankin-den sık	çok sık

Ek 2. Etik Kurul Onayı

EK.3. Özgeçmiş

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif Karataş Demir.

Doğum Yeri ve Tarihi: Eskişehir, 28.08.1992

Uyruğu: Türk

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi: SeyitÖmer Mahallesi Miralay Hasan Kazımbey Çıkmazı Sokak no:6 Daire: 2 Fatih /İst

Telefon: 05305761020

Yabancı Dili: İngilizce

II. Eğitim Bilgileri (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

İstanbul Üniveristesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2010-2016

Eskişehir Anadolu Lisesi 2006-2010

Suzan Gürcanlı İlköğretim Okulu 2001-2006

Pilot Binbaşı Ali Tekin İlköğretim Okulu 1998-2001

III. Mesleki Deneyim

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 2017-2018

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM 2018-

IV. Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

-Sağlıklı Kişilerde Uyku Kalitesi ve Genel Sağlık Anketi ile İlişkisi. Elif Karataş Demir, Güzin Zeren Öztürk. 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi 2020. Sözel Bildiri

V. Diğer Bilgiler

- Sigara Bıraktırma Sertifikası

- Neonatal Resusitasyon Sertifikası