



**T.C**  
**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİNDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mine GÖKDUMAN ŞAHİN**

**UZMANLIK TEZİ**

**TOKAT**

**2019**





**T.C**  
**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİNDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mine GÖKDUMAN ŞAHİN**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY**

**TOKAT**

**2019**

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimde mesleki bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a, ve asistanlık eğitimimde katkısı olan saygı değer hocalarım Aile Hekimliği Anabilim dalı başkanı Dr. Öğr. Üyesi Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Aile Hekimliği Anabilim dalı Dr. Öğr. Üyesi Ramazan TETİKÇOK'a, istatistik aşamasındaki yardımlarından dolayı Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yunus Emre KUYUCU'ya,

Asistanlık eğitimim boyunca çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca her türlü fedakârlığı gösteren anneme, babama ve kardeşlerime,

Tüm yorgunluğumu unutturup bana her gün yeni bir enerji veren ve zamanından fedakârlık eden biricik oğluma,

Her zaman bana moral veren ve desteğini her zaman en yakınimde hissettiğim eşime,

En içten Teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Mine GÖKDUMAN ŞAHİN

Tokat – 2019

## ÖZET

Uyku; insan ömrünün yaklaşık 1/3 ünü kapsayan, kişinin uygun duyuşsal veya diğer uyarınlarla uyanabileceği geçici bilinçsizlik durumudur. Uykü beynin düzenli işlemesi, enerjinin korunması nörolojik sistemin gelişimini ve tamirini sağlayan olağan bir süreç olup: yoksunluğu, ciddi fiziksel ve bilişsel bozukluğa neden olur. Bu açıdan da kaliteli bir uykü insan yaşanı için önem arz etmektedir. Bu çalışmada da yetişkinlerdeki uykü kalitesini ve etkileyen faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Bu araştırma Gaziosmanpaşası Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ‘ne veri toplama sürecinde başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 265 bireyde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen kişilere; sözlü onayları alındıktan sonra sosyodemografik bilgileri, kilo ve boy ölçümleri ile uykü kalitesini etkileyen faktörleri tespiti açısından literatüre inceleyerek hazırladığımız anket formu uygulanmıştır. Ayrıca uykü kalitesini değerlendirmek amacıyla Pittsburgh Uykü Kalitesi (PUKİ) anketi kullanılmıştır. Verilen analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 19. program (SPSS Inc, Chicago, IL) ile yapıldı.

Çalışmamıza katılan bireylerin %55,1 ‘ini kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Katılımcıların PUKİ’den aldıkları toplam puan değerlendirildiğinde; kötü uykü kalitesi oranı %54,3 olarak hesaplandı. Uykü kalitesine üzerine etkili faktörleri ortaya koymak için yaptığımız bu çalışmada; kronik hastalığı olanların olmayanlara ve ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha kötü uykü kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca daha önce uykü problemi yaşayanların yaşamayanlara ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların olmayanlara göre daha kötü uykü kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak kronik hastalığa sahip olanların, ilaç kullananların, daha önce uykü problemi yaşayanların ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların; uykü bozuklukları açısından da sorgulanması, insan yaşanı açısından önem arz eden uyküye ait problemlerin ortaya konması ve tedavisi açısından önem arz etmektedir. Bu açıdan da hekimlere; özellikle de hastaların ilk basamak noktası olan birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: erişkin, uykü, uykü kalitesi

## ABSTRACT

### SLEEP QUALITY IN ADULTS AND ASSESSMENT OF RELATED FACTORS

Sleep is a temporarily state of unconsciousness where the sleeping person can wake up due to proper sensual or other stimuli and it covers about 1/3 of human life. Where sleep is a common process which ensures the maintenance of energy, improvement and repair of neurological system, the absence of sleep results in serious physical and cognitive impairment. In this respect, quality sleep is important for human life. In this study, we aimed to present the sleep quality in adults and the factors affecting it.

This research was carried out on 265 individuals over 18 who resorted to Gaziosmanpasa University Medical Faculty Hospital Family Practice Department and agreed to participate in the research in the process of collecting data. After obtaining verbal consent, the questionnaire prepared by making a literature review on sociodemographic information, weight and height measurements and factors affecting sleep quality was carried out on those who agreed to participate. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was also used to assess sleep quality. The analysis was carried out with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version, program 19 (SPSS Inc, Chicago, IL).

55,1% of the participants were female. When the total score the participants got from the PSQI was evaluated; the rate of poor sleep quality was calculated as 54,3%. In this study we conducted to determine the factors affecting sleep quality; it was determined that those with chronic disease had worse sleep quality than those who did not and those on medication had worse sleep quality than those who were not. In addition, it was also found that those who had sleep problems before had worse sleep quality than those who had not and those with history of psychiatric disease had worse sleep quality than those did not. As a result, it's important questioning patients with chronic diseases, patients on medication, those who had sleep problems and those with a history of psychiatric diseases in terms of sleep disorders, finding out problems related to sleep which is crucial for human life and

treating patients. In this respect, primary care physicians also have important duties as they are the first step of the patients.

Key words: Adult, Sleep, Sleep Quality



## İçindekiler

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	viii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1. GENEL BİLGİLER.....	2
1.1. Uykunun Tanımı.....	2
1.2. Uykunun Elektrofizyolojisi.....	2
1.3. Uyku ve Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritm).....	3
1.3.1. Uyku Döngüsüne Yaşın Etkisi.....	3
1.4. Uykunun Evreleri.....	4
2.4.1. Non REM Uykusu.....	4
2.4.2. REM Uykusu.....	5
2.5. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.....	6
2.5.1. Yaş.....	6
2.5.2. Cinsiyet.....	6
2.5.3. Hastalık.....	7
2.5.4. Çevre.....	7
2.5.5. Yaşam Biçimi.....	8
2.5.6. İlaç Kullanımı.....	8
2.5.7. Alkol Ve Diğer Uyarıcılar.....	9
2.5.8. Sigara.....	9



2.5.9.	Diyet.....	9
2.5.10.	Egzersiz.....	10
2.6.	Uyku Hijyeni.....	10
2.7.	Uyku Bozuklukları.....	11
2.7.1.	İnsomnia.....	12
2.7.2.	Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları.....	13
2.7.3.	Hipersomni İle Seyreden Santral Hastalıklar.....	13
2.7.4.	Sirkadiyen Ritm Uyku – Uyanıklık Bozuklukları.....	14
2.7.5.	Parasomniler.....	14
2.7.6.	Uyku İle İlişkili Hareket Bozuklukları.....	15
2.7.7.	Diğer Uyku Bozuklukları.....	15
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
4.	BULGULAR.....	17
4.1.	PUKİ Alt Komponentlerinden Aldıkları Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	22
5.	TARTIŞMA.....	36
6.	SONUÇ.....	44
	KAYNAKLAR.....	45
	EK-1 ANKET FORMU.....	55
	EK-2 PUKİ.....	57
	EK-3 ETİK KURUL ONAY FORMU.....	59

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1</b> Demografik veriler .....	17
<b>Tablo 2</b> Katılımcıların BMI'e göre dağılımı: .....	18
<b>Tablo 3</b> PUKİ puan dağılımı .....	19
<b>Tablo 4</b> Katılımcıların PUKİ'den Aldıkları Toplam Puan ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	20
<b>Tablo 5</b> PUKİ alt komponentlerinden subjektif uyku kalitesiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	22
<b>Tablo 6</b> PUKİ alt komponentlerinden uyku latansı ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 7</b> PUKİ alt komponentlerinden uyku süresiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	26
<b>Tablo 8</b> PUKİ alt komponentlerinden Uyku Etkinliğiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 9</b> PUKİ alt komponentlerinden Uyku Bozukluğuyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 10</b> PUKİ alt komponentlerinden ilaç kullanımıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 11</b> PUKİ alt komponentlerinden gündüz fonksiyonlarıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması .....	34

## KISALTMALAR VE SİMGELER

<b>Ach</b>	: Asetilkolin
<b>BMI</b>	: Body Mass Index
<b>BSR</b>	: Bulbar Synchronizing Region
<b>DSM</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EEG</b>	: Elektroensefalogram
<b>EMG</b>	: Elektromyogram
<b>EOG</b>	: Elektrookülogram
<b>GABA</b>	: Gamma-Aminobutyric Acid
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases
<b>ICSD</b>	: International Classification of Sleep Disorders
<b>MSS</b>	: Merkezi Sinir Sistemi
<b>NCPAP</b>	: Nazal Sürekli Pozitif Hava Basıncı
<b>PUKİ</b>	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
<b>PSG</b>	: Polisomnografi
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement
<b>RAS</b>	: Retiküler Aktivasyon Sistemi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TAPES</b>	: Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması
<b>TUTD</b>	: Türk Uyku Tıbbı Derneği
<b>OUAS</b>	: Obstrüktif uyku apnesi sendromu
<b>VLPO</b>	: Ventrolateral Preoptik Çekirdek

## GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku; insan ömrünün yaklaşık 1/3 ünü kapsayan, kişinin uygun duyuşal veya diğer uyarılarla uyanabileceği geçici bilinçsizlik durumudur. Organizmanın fizyolojik faaliyetlerinin özellikle sinir duyusunun ve istemli kas hareketlerinin yavaşlamasıyla meydana gelir. Tekrarlayan döngülerden oluşmaktadır (1). Uyku beynin düzenli işlemeş, enerjinin korunması nörolojik sistemin gelişimini ve tamirini sağlayan olağan bir süreç olup: yoksunluğu, ciddi fiziksel ve bilişsel bozukluğa neden olur (2, 3). Uyku, yüzyıllardır insanoğlu tarafından merak edilen ve araştırılan bir konu olmasına karşın; 1930'lu yıllarda elektroensefalografi (EEG) kayıtlarının yapılmaya başlanmasıyla uyku araştırmalarında önemli ilerlemeler sağlanmıştır (4).

Uyku kalitesi, kişi uyandıktan sonra kendini, dinç, dinlenmiş ve güne başlamak için hazır hissediyorsa uykusunu kaliteli olarak değerlendirebiliriz. Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu nedenle uyku kalitesini tanımlamak ve nesnel olarak ölçmek zordur (5).

Uyku kalitesini etkileyen etmenler içinde yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sosyo-ekonomik durum, yaşam biçimi, ek hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, alkol ve sigara tüketimi, emosyonel durum sayılabilir (6).

Uyku kalitesindeki bozulmalar kişiyi fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkileyebilir. Yeterli uyku uyumayan bireylerde yorgunluk, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, iştahsızlık ve ağrı eşiğinde azalması görülebilir. Bunların sonucu olarak yaşam kalitesinde bozulma, iş yaşamı ve sosyal yaşamda bozulma, yaşamı tehdit eden kazalar ortaya çıkar (7).

Bu çalışmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakóltesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğimize başvuran erişkin hastaların uyku kalitesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1.Uykunun Tanımı

Uyku; insan ömrünün yaklaşık 1/3 ünü kapsayan, kişinin uygun duyuşsal veya diğer uyarılarla uyanabileceği geçici bilinçsizlik durumudur. Organizmanın fizyolojik faaliyetlerinin özellikle sinir duyusunun ve istemli kas hareketlerinin yavaşlamasıyla meydana gelir. Tekrarlayan döngülerden oluşmaktadır (1). Uyku beynin düzenli işlemeş, enerjinin korunması nörolojik sistemin gelişimini ve tamirini sağlayan olağan bir süreç olup: yoksunluğu, ciddi fiziksel ve bilişsel bozukluğa neden olur (2, 3).

Bireyin uyku döngüsünün düzenlenmesinde birçok merkez ve nörotransmitterin işlevi bulunmaktadır (8).

### 1.2.Uykunun Elektrofizyolojisi

Uyku döngüsünde Merkezi sinir sisteminde (MSS) bulunan Retiküler aktivasyon sistemi (RAS) ve medullada bulunan Bulbar senkronize edici sistem (Bulbar Synchronizing Region- BSR) ortak ve dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Bu merkezler aralıklı olarak aktive olur veya baskılanır. Baskılanmasıyla uyku hali, aktive olmasıyla uyanıklık hali oluşur (9).

RAS işitme, dokunma, görme ve ağrı gibi uyarıları cevaplar. Bu uyarılar serebral kortekste aktive olur ve çevreden gelen uyarılara birlikte aktive edildiğinde uyanıklık oluşur. Uykunun gelmesi sonucunda BSR aktivitesi artar ve RAS a gelen uyarılar azalır. Ortam koşulları da uygunsa BRS aktivitesinin artması uykuya dalmaya neden olur. Uyarıların artması sistemin aktivitesini azaltmaktadır. Çevreden gelen uyarılar RAS'ı uyarır ve vücudun uyanıklık haline neden olur (10).

Serotonin, histamin, noradrenalin, asetilkolin(ACh) ve gama amino butirik asit(GABA) gibi nörotransmitter maddeler uykuda önemli bir role sahiptir. Uyku

halinin başlamasında en önemli rol serotonine aittir. RAS 'ta bulunan Rafe nukleusundan salgılanır. Seviyesi yükseldikçe RAS 'ın aktivitesi baskılanır (11).

### **1.3.Uyku ve Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)**

Sirkadiyen ritim, yaklaşık 24 saat süren fizyolojik ve davranışsal sikluslardır. Sirkadyen ritim, özetle bedenimizin biyolojik saatidir ve endojen olarak düzenlenir. Uyku- uyanıklık döngüsü de bunun bir parçasıdır. Vücudumuz kimyasal ve hormonal üretim ve metabolizmasını hemen hemen bir günlük devir süresince düzenler. Sirkadyen ritim yaklaşık 24 saattir ama insandan insana değişir. Sirkadyen ritim dış uyarılardan etkilenebilir. Dış uyarılardan en önemlileri ısı ve ışıktır (12, 13, 14).

İnsanlarda uyku- uyanıklık döngüsü 2001 yılında tanımlanmıştır. Borbely'nin ikili süreç modeline göre uyku sirkadiyen ritmi, döngüsel etkenler ve homeostatik etkenlerin sonucunda oluşmaktadır. Döngüsel etkenler günün belli saatlerinde uyku halinin daha çok veya daha az olmasına neden olur. Uykunun başlamasında ve devamlılığında kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesi işlev yapmaktadır (15).Işığın retinaya düşmesiyle hipotalamusta bulunan suprakiazmatik çekirdekler uyarılır ve böylece gün ışığının etkisiyle gündüz uyanıklık sağlanmaktadır (16).

#### **1.3.1. Uyku Döngüsüne Yaşın Etkisi**

İnsan uyku-uyanıklık döngüsü ile ilgili yapılan gözlemler, yaş ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bir bebek günün 16-20 saat arasında bir süreyi uykuda geçirmekte ve bu sürenin yarısını da REM uykusu oluşturmaktadır. Puberteye doğru REM uykusu toplam uyku süresinin %20-25 kadarını oluşturur. 20'li yaşlardan 35'li yaşlara doğru derin yavaş uyku oranı azalırken REM %25 düzeyindedir. Bu yaşlardan sonra gece uyanma sıklığında artış ve dalma süresinde uzama görülür. REM uykusu %20'lere kadar düşer (17). Yaşla birlikte uyku süresinde azalır. Çocuklukta 10-12 saate ve 10 yaşında 9-10 saate düşer (18). Adölesanlar ve genç

erişkinlerin uyku ihtiyacı yaklaşık 8-10 saattir. Yetişkinliğin ileri dönemlerinde uyku ihtiyacı 6-8 saat olarak değişmektedir. Yaşlılıkta ise uyku ihtiyacı 6 saate kadar düşmektedir (19).

#### **1.4.Uykunun Evreleri**

Uyku ve evreleri; beyinden gelen elektriksel aktiviteyi ölçen elektroensefalografi (EEG), göz hareketlerini ölçen ve kaydeden elektrookülogram(EOG) ve kasın istirahat halindeki tonusunu ölçen elektromiyogram (EMG) gibi nörofizyolojik parametrelerle belirlenir. Polisomnografla değerlendirilir. Bu yapılan araştırmalar sonrasında uykunun iki evresi tanımlanmıştır (2).

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı dönem (NonREM)
2. Hızlı göz hareketlerinin olduğu dönem (REM)

Uyku siklusu NonREM ile başlar. Bir siklus yaklaşık 90-120 dakikadır ve nonREM-REM evreleri birbirini takip eder. Uykunun başlamasının ardından ilk REM evresinin bitimine kadar olan döneme bir uyku döngüsü denir. Ve bu döngü bir uyku sürecinde 4-6 kez tekrarlar. Gece uykusunun ilk yarısında hem sayı hem de süre bakımından NonREM, ikinci yarısında ise REM evresi daha baskındır (20).

##### **2.4.1. Non REM Uykusu**

Uykunun yaklaşık olarak %75-80'lik bölümünü kapsar. Uykunun bu döneminde hızlı göz hareketleri yoktur. Uykunun ilk saatlerinde görülmekle birlikte derin ve dinlendirici tipteki uykudur (21). Önceden nonREM evresi dörde ayrılırdı. Güncel sınıflama ile evre 3 ve evre 4 birleştirilerek evre 3 diye adlandırıldı (22, 23).

**Evre 1:** Hafif uyku, uyuklama hali olarak da adlandırılan bu birinci evre, toplam uykunun yaklaşık %5 'ini oluşturur. Uyku hafif düzeyde olduğu için kişi dış uyaranlarla kolaylıkla uyandırılabilir. Bu dönemde kas tonusu azalır ve göz

hareketleri yavaşlar. Kalp atım hızı ve vücut ısısı düşer, solunum ve metabolizma da yavaşlamaya başlar (24).

**Evre 2:** İlk evreye göre daha derin bir uyku dönemidir. Bu uyku dönemi toplam uykunun %45-50 'sini oluşturur. Kişi uykuya dalmaya başlamıştır. Kan basıncı, kalp atım ve solunum sayısında azalma izlenmektedir. Vücut ısısı ve bazal metabolizma hızı da yavaş yavaş azalmaya başlar. Bu evrede beyinde teta dalgaları izlenir ve bireyin uyandırılması ilk evreye göre daha zordur (26).

**Evre 3:** Derin uykunun başlama aşamasıdır. Bu evrede kişiyi uyandırmak için daha kuvvetli bir uyarıcıya gerek duyulmaktadır. Tüm uykunun %10-20 'sini kapsayan bu evrede parasempatik sistemin etkisiyle kalp hızı yavaşlamış, solunum düzenli, kaslar gevşemiş ve vücut ısısı düşüktür. (24).

Bu evrenin en belirgin özelliği EEG'de izlenen yüksek voltajlı ve düşük frekanslı delta dalgalarının izlenmesiyle delta uykusu olarak da bilinir. Bireyin fiziksel olarak en çok dinlendiği uyku evresidir. Gelişim ve onarımın olduğu uyku dönemidir. Somatotropin ve büyüme hormonu üretilir. Kişi bu dönemde uyanırsa kısa bir süreliğine kendini oryantasyonsuz hissedebilir. Horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyku terörü, uyurgezerlik ve idrar kaçırma bu evrede görülür (24, 25).

#### **2.4.2. REM Uykusu**

REM uykusu toplam uyku süresinin %20-25 kadarını oluşturur. REM evresindeki bir kişiyi uyandırmak NonREM evresinden daha zordur. Bu evrede kas tonusu azalır, kalp atımı ve solunum sayısı artar, düzensizleşir. Beyin metabolizması %20 artmaktadır. Hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları izlenir. EEG'de düşük voltajlı, değişken frekanslı aktivite gözlenir. Devamlı keskin testere dişi dalgalar görülür (27). EEG'de bireyin uyanırken oluşanlara benzer beyin dalgaları izlenmektedir. Bireyin beyindeki yüksek etkinliğe rağmen uyuması bir paradoks olduğu için, paradoks uyku olarak da adlandırılır. REM döneminde gerçekçi rüyalar görülür ve görülen rüyalar hatırlanır (9).



## **2.5. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**

Uyku kalitesi, kişi uyandıktan sonra kendini, dinç, dinlenmiş ve güne başlamak için hazır hissediyorsa uykusunu kaliteli olarak değerlendirebiliriz. Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu nedenle uyku kalitesini tanımlamak ve nesnel olarak ölçmek zordur (5).

Uyku kalitesini etkileyen etmenler içinde yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sosyo-ekonomik durum, yaşam biçimi, ek hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, alkol ve sigara tüketimi, emosyonel durum sayılabilir (6).

### **2.5.1. Yaş**

Yaşamın erken dönemlerinde günün çoğu uykuda geçer. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak uyku süresi ve gereksinimi azalmaktadır. Erişkin bir insanın ortalama uyku ihtiyacı 8 saattir. Yaşlılarda uykuya dalma süresi gençlere göre daha uzundur. Genç erişkinlerde uykuya dalma süresi ortalama 10-30 dakikadır. Yaşlılarda ise genelde 1 saat veya daha uzun sürmektedir. Uykunun derinliği azaldığı için gece çabuk ve sık uyanırlar. Bu yüzden uyku kalitesi bozulmaktadır (24,28).

### **2.5.2. Cinsiyet**

Uyku kalitesinin değerlendirilmesi açısından cinsiyet önemli kriterlerden biridir. Kadınların erkeklere göre daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklere oranla daha kötü olduğu ve daha çok uykuya gereksinim duydukları belirlenmiştir (29, 30).

Literatürdeki çalışmalar; kadınların beyinlerinin gün boyunca daha etkin çalıştığını, aynı anda birden fazla görevi yerine getirecek biçimde çoklu işlevler gerçekleştirdiğini, bu sebeple de kadın beyninin daha çok uykuya, dinlenmeye ve kendini tamir etmeye gereksinim duyduğunu saptamıştır (29, 30). Yapılan diğer bir araştırmada; uyku kalitesi ve süresinin yalnızca cinsiyet farkından değil, bununla

birlikte kadının toplumdaki ve aile içindeki rolleri gibi sosyal etmenlerden de etkilendiği görülmektedir (29,30).

### **2.5.3. Hastalık**

Hastalık hem fiziksel hem de psikolojik bir stres etkeni olduğu için uyku kalitesini ve ritmini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık durumunda kişilerin iyileşmek ve tedavi sürecini hızlandırmak için uyku ihtiyacı artmaktadır. Genellikle hastalıklar; ağrı, fiziksel sıkıntı, anksiyete ve depresyona bunların sonucu olarak da uyku bozukluğuna neden olmaktadır. Kronik hastalıklardan peptik ülser, hipertansiyon, diyabet, gastro özofageal reflü, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemini etkileyen hastalıklar ve bazı endokrin sistem hastalıkları uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, gece sık uyanmaya neden olmaktadır. Bazı hastalıklar ilk uyku düzeninde bozulmalarla belirti verir. Depresyon ve bipolar bozukluk bunun en önemli örnekleridir (31,32,33).

### **2.5.4. Çevre**

Kişinin uykuya dalmasında ve uykuyu sürdürmesinde çevre önemli rol oynamaktadır. Bireyin en iyi dinlenme ve uyku ortamı kendi evi, alışkın olduğu ortamdır. İnsanlar uyumak için farklı ortamları tercih edebilirler. Gürültü ve aydınlatma uykuyu etkileyen faktörlerdir. Bazı insanlar sessiz ve karanlık ortamı tercih ederken bazıları sesli ve aydınlık ortamı tercih edebilir. Her ne kadar bu etkenler kişinin hassasiyetine göre değişse de uykuyu bölebilmekte ve uyku kalitesini bozabilmektedir. Gürültü uykuya dalmayı geciktirmekte ve sık uyanmalara sebep olmaktadır. Kişi zamanla bu etkenlere alışabilir.

Oda sıcaklığı da uyku kalitesini etkileyen bir faktördür. Kaliteli bir uyku için oda sıcaklığının 24 santigrat dereceden düşük, 12 santigrat dereceden yüksek olması gerekmektedir. Yüksek sıcaklıklarda uykunun REM evresi azalmakta, düşük sıcaklık derecelerinde de rüyaların olumsuz içerikli olmasına sebep olur (34,35,36).

Gün ışığı insanın uykusunu düzenleyen önemli bir faktördür. Işık melatonin sentezini etkileyerek uyku mekanizmasına katkı sağlar. Melatonin hormonunun seviyesi karanlık ortamda en yüksek seviyeye çıkar. Melatonin, uyku süresinin uzunluğundan ziyade uykuya dalma ve uyku kalitesiyle alakalıdır (37).

#### **2.5.5. Yaşam Biçimi**

Kişinin günlük yaşam şekli uyku kalitesini ve düzenini etkiler. Vardiya usulü çalışma şeklinde kişinin değişen uyku saatlerine uyum sağlaması güçleşir ve tam bir uyku düzeni oluşturamamaktadır. Gece çalışan bireylerde bir süre sonra biyolojik saatte kayma yaşanabilir. Vardiyalı çalışma biçimi kesintili uyku ve yorgunluğa sebep olur. Bununla birlikte yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki vardır. (34,35,38)

#### **2.5.6. İlaç Kullanımı**

Kan-beyin bariyerini geçen herhangi bir ilacın uykunun kalitesini değiştirme potansiyeli vardır. Uyku kalitesini ve / ya da uyku düzenini etkileyen merkezi sinir sistemi ilaçları benzodiazepinler, nonbenzodiazepin reseptör agonistleri, antiepileptik ilaçlar, antidepresanlar, analjezikler ve uyarıcıları içerir. Benzodiazepinler ve nonbenzodiazepin reseptör agonistleri ve oreksin reseptör antagonistleri, uykuya dalma kolaylığı, daha az uyanma, artan uyku süresi, daha az gün içi uykulu olma hali, daha iyi konsantrasyon ve daha iyi gün içi performansı ile ilişkilendirilir.

Uyku kalitesini ve / veya uyku düzenini etkileyen kardiyak ilaçlar arasında lipofilik beta adrenerjik blokerler ve merkezi olarak etki eden alfa adrenerjik agonistler bulunur. Her ikisi de gün içi uykulu olma hali ile ilişkili iken, lipofilik beta adrenerjik blokerler de uykusuzluk, halüsinasyonlar ve kabuslar ile ilişkilendirilir.

Uyku kalitesini etkilediği bilinen pulmoner ilaçlar arasında teofilin ve sistemik glukokortikoidler bulunur. Teofilin daha iyi uyku ve daha iyi gün içi uyanıklığı ile ilişkilendirilirken, glukokortikoidler uyku başlangıcından sonraki artmış uyanma ile ilişkilendirilir (39).

### **2.5.7. Alkol Ve Diğer Uyarıcılar**

Az veya orta miktarda alkol alımı, kullanımından kısa bir süre sonra uyku verici etki yaratarak uykuya geçişi hızlandırır. Buna rağmen, kullanımına devam edildiğinde uykunun sık sık bölünmesine, nonREM ve REM uykusunda azalmaya ve evreler arasındaki geçişlerin artmasına sebebiyet verir. (34,35,38)

### **2.5.8. Sigara**

Nikotin, santral sinir sisteminde aktive edici etkisi olan bir maddedir. Kanda düşük yoğunlukta bulunduğu zaman kısa süreli uykuya eğilim ve sedasyon izlenirken; yüksek yoğunlukta fizyolojik uyarılmaya neden olarak kan basıncı ve kalp hızında artış görülmektedir. Katekolamin seviyesi yükselir ve otonomik aktivasyon görülür. Bunun sonucu olarak da uykuya dalma süresi uzar, uyku kalitesi bozulur (40).

### **2.5.9. Diyet**

Yeterli protein içermeyen besin alan, çikolata, çay, kahve gibi kafein içeren besinleri fazla tüketen bireylerde uyku problemi yaşanmaktadır.

Protein içerikli yiyecekler uyku düzenlenmesinde etkilidir. Bu yiyecekler serotonin ön maddesi triptofan aminoasidini içerir. Triptofan uyku eğilimini artıran en önemli aminoasittir. İnsomnia hastalarında besin takviyesi olarak verilen triptofanın melatonin düzeyini yükselttiği ve uyku süresini artırdığı gözlenmiştir (41).

Karbonhidrat içeren besinler serotonin düzeyini etkileyerek kişide sakinlik ve rahatlık sağlar ve bunun sonucu olarak uyku süresini artırır. Yatma saatine yakın ağır ve yağlı yiyecek tüketilmesi sindirim sistemini aktive ederek uykuyu bozmaktadır. Uyku problemi yaşayan kişilere hafif yemek yemeleri ve süt, yoğurt gibi yiyecekleri tüketmeleri önerilmektedir (42).

Çay ve kahvenin uykuya etkisi içerdikleri kafeinden dolayıdır. Kafein sadece bu içeceklerde değil kola ve enerji içeceklerinde, çikolata gibi gıdalarda da bulunmaktadır. Kafein santral sinir sistemini aktive edici etki etkisi nedeniyle uyanıklığı sağlamak amacıyla kullanılan bir maddedir. Uyku saatinin yaklaşık 30-60 dakika öncesinde alındığında; uykuya dalmayı güçleştirir, uykuda sık bölünmeye, toplam uyku süresinde ve derin uykuda azalmaya neden olur. Bu sebeple uyku kalitesinde azalma izlenir. Kafein duyarlılığı kişiden kişiye değişmektedir. Bu farklılıklar yaş, genetik faktörler bireysel özelliklerden kaynaklanmaktadır (43).

### **2.5.10. Egzersiz**

Düzenli yapılan egzersiz uyku kalitesini olumlu yönde etkilerken; düzensiz yapılan egzersiz kişinin uyku kalitesini bozmaktadır. Egzersiz yaparken serotonin hormon salgılanması artmaktadır. Bu nedenle daha derin uyku sağladığı, uykuya geçişi kolaylaştırdığı ve sabah uyandıklarında daha dinlenmiş hissettikleri bildirilmiştir. Kaliteli bir uyku için yatma saatine yakın egzersiz yapılmamalı; zaman olarak öğleden sonra ve akşam üzeri tercih edilmelidir. Yorgunluk kişinin REM uykusunun ilk evresinde kısalmaya neden olurken, dinlenmek REM evresinde uzamayı sağlar (40,44).

### **2.6. Uyku Hijyeni**

Uyku hijyeni; uykuya geçişi kolaylaştıran alışkanlıklar kazanıp uykuya dalmayı güçleştiren davranışlardan kaçınma olarak tanımlanır. Uygun uyku hijyeni, uyku kalitesini artırmak için önemlidir. Yetersiz ortam koşulları uyku kalitesinin ve gündüz uyanıklık halinin sağlanamaması sebebiyle gün içi aktivitelerde bozulmaya sebep olmaktadır. Yapılan çalışmaların sonucunda uyku hijyeninin düzenlenmesinin uyku problemi yaşayan bireylerde büyük oranda fayda sağladığı tespit edilmiştir (45). Uyku hijyenini sağlamak amacıyla şu konulara önem verilmelidir (46).

- Her gün aynı saatte uyuyup, aynı saatte uyanmaya özen gösterilmeli
- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır.

- Gün içinde uyumamalıdır.
- Düzenli egzersiz yapılmalı fakat yatma vaktinin birkaç saat öncesi de zorlayıcı aktivitelerden uzak durulmalıdır.
- Uykuya geçiş ortamında ses, ışık ve ısı yönünden optimal şartların sağlanması gerekmektedir.
- Yatma saatine yakın dönemde ağır yemek yenmemelidir ancak yatağa aç da gidilmemelidir.
- Kafein, alkol, gazlı içecekler, tütün ve tütün ürünleri gibi uykuya dalmayı güçleştirecek uyarıcı maddelerin kullanımı yatmadan en az 6 saat öncesine kadar kısıtlanmalıdır.
- Yatağa sadece uyumak amacıyla gidilmelidir.
- Yatağa uykulu iken gitmek gerekmektedir.
- Hafta sonu alışılmış uyku saatlerinin dışında uyumaktan ve fazla uykudan kaçınılmalıdır.

## 2.7. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları herhangi bir hastalığın belirtisi olarak görülebileceği gibi tek başına bir hastalık olarak da ortaya çıkabilir. Uyku bozuklukları kişide mortalite ve morbiditenin artmasına neden olabilirken öteki taraftan komorbid hastalıklarında mortalite ve morbiditesinde artışa neden olmaktadır (47).

Uyku bozuklukları ilk olarak 1979 yılında kategorize edilmiştir. Dört ana başlıkta incelenmiştir (48,49).

Uyku bozukluklarının The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), International Classification of Diseases-10 (ICD-10) ve International Classification of Sleep Disorders-3 (ICSD-3) olmak üzere 3 sınıflandırılması mevcuttur. DSM-5’de uyku-uyanıklık bozuklukları adı altında 10 bozukluk ya da bozukluk grubu tanımlanmaktadır. ICD-10 da ise F51 ve G47 kodu altında bulunmaktadır. 2014 yılında güncellenen ICSD-3 sınıflandırma sistemi ise uyku bozukluklarını 7 ana başlık altında toplayan; DSM ve ICD sistemleriyle de mukayese eden oldukça kapsamlı bir sınıflandırma sistemidir (50).

## ICSD-3 Uyku Bozuklukları Sınıflaması (49)

1. İnsomniler
2. Uyku ilişkili solunum bozuklukları
3. Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar
4. Sirkadiyen ritm uyku – uyanıklık bozuklukları
5. Parasomniler
6. Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
7. Diğer uyku bozuklukları

### 2.7.1. İnsomnia

Uyku için gereken ortam ve şartlar oluşturulmasına karşın, uykuyu başlatma ve sürdürmede güçlük, gece uykunun sık bölünmesi ve sabah zamanından daha erken uyanıp tekrar uykuya dalamama gibi yakınmalar izlenir. Bu uyku, dinlendirici olmayan, gün içi etkinlik düzeyinde azalmaya neden olan bir durum olarak tanımlanır (51).

İnsomnia tek başına bir şikâyet olarak görülebileceği gibi, etiolojisinde hastalıklar, tıbbi ilaçlar, alkol veya uyarıcı madde kullanımı ve psikiyatrik bozuklukların semptomu şeklinde de görülebilir.

İnsomnia toplumda sık rastlanan bir uyku bozukluğudur. Kısa süreli insomnia yetişkinlerde %30-50 oranında görülürken, kronik insomnianın %5-10 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Erkeklerde kadınlara oranla daha az görülür. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar (52).

Tedavide ise uyku hijyeni düzenlenmeli, uyku bozukluğuna sebep olan tıbbi ya da psikiyatrik hastalıklar tedavi edilmeli, uyku kalitesini bozan ilaçların kullanımı düzenlenmeli, çevre şartları optimize edilmeli, bilişsel davranış terapiler, farmakolojik ajanlar ve bitkisel ajanlar kullanılmaktadır. (40, 53).

### **2.7.2. Uykü İle İlişkili Solunum Bozuklukları**

Uyküde solunum bozuklukları, genellikle horlamaya eşlik eden uyküde solunum düzensizlikleri ile ortaya çıkan (hipopne, apne) yaşamı tehdit etmesi ve sık görülmesi nedeniyle önem arz eden klinik durumdur. Uykü sırasında meydana gelen bu patolojik düzeydeki değişiklikler; morbidite ve mortalite artışına neden olur. Kardiyovasküler hastalıklar, inme, gündüz dinlendirici olmayan uykü atakları, gündüz aşırı uyküluluk hali, horlama, motorlu araç kazaları ve azalmış yaşam kalitesi gibi çok sayıda durumla ilişkilendirilir (54). Bu hastalıkların gece uyküde ortaya çıkması, belirtilerin önemsenmeyecek türden olması, tanınmaması ve sonuçlarının bilinmemesi teşhisin gecikmesine neden olur. Uyküde ölüm görülebilir. Tanısı polisomnografi ile konur (55).

Farengial dilatatör kas tonusunu artırıp apneleri engelleyen ilaç mevcut değildir bu nedenle tedavisinde farmakolojik ajanların yeri yoktur (56). Nasal cerrahi, trakeostomi ve uvuloplasti gibi cerrahi yöntemler kullanılabilir (57). Tedavide en etkili yöntem devamlı nasal basınçlı hava (nCPAP ) uygulamasıdır. Obstrüktif uykü apnesi sendromu'na (OUAS) neden olan en önemli risk faktöründen biri obezitedir. Bu sebeple kilo vermek tedaviye büyük bir rol oynar (58, 59).

### **2.7.3. Hipersomni İle Seyreden Santral Hastalıklar**

Gece yeteri kadar uyumasına karşın, gün içinde tekrarlayan uykü atakları, birden uyküye dalma, günde dokuz saatten fazla uyumasına rağmen yeteri kadar dinlenmiş hissedememe ya da tam uyanık olmakta güçlük çekme gibi belirtiler gözlenir. Hipersomnia, birlikte görüldüğü psikiyatrik hastalıkların gidişatında kötüleşmeye, madde kullanım aralığında kısaltmaya, bireyler arası iletişimde bozulmaya ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (60).

Hipersomnia genellikle diğer medikal ve psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilir. Nadiren tek başına ortaya çıkar. Her zaman patolojik olmayabilir. Kişilik özelliklerinin ve ailesel yatkınlığında hipersomniaya neden olduğu düşünülmektedir



(61). Yetersiz uyku sebebiyle meydana gelen hipersomnia uyku süresi uzatılarak ve düzenlenerek tedavi edilir. Farmakolojik tedavide uyanıklığı sağlayan modafinil veya amfetamin ve türevleri gibi psikostimulanlar ile tedavi edilir. İlaç tedavileri tercih edilen ilk tedavi yöntemi olmasına rağmen, yaşam tarzı değişikliği, psikolojik danışmanlık, toleransı azaltmak için ilaca bir süre ara vermek ve diğer komorbid durumlar dikkatle takip edilmelidir (2).

#### **2.7.4. Sirkadiyen Ritm Uyku – Uyanıklık Bozuklukları**

Bu uyku bozukluğunun temel nedeni hastaların herhangi bir zamanda uyuyabildikleri halde, kendi istedikleri zaman uyuyamamalarıdır. Bunun sonucu olarak hastada uykusuzluk ya da aşırı uykululuk gözlenir. Hasta uykuyu başlatabilirse, uyku evreleri ve süresi normaldir. Özellikle vardiyalı sistemde çalışan personelde ve birden çok zaman dilimini geçerek yapılan uçak yolculukları sonucunda ortaya çıkabilir. Uyuma ve uyanma saatleri belirlenerek kendiliğinden düzelebilir (62, 63).

#### **2.7.5. Parasomniler**

Parasomniler, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya dalma esnasında meydana gelen bir takım motor aktiviteler ile biçimlenen uyanma bozukluğu olarak tarif edilir. REM ya da non-REM evresine özgü olabileceği gibi her iki evrede ortaya çıkan bozukluklar da vardır. Diğer uyku bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar, tıbbi hastalıklar, ilaçlar ve uyarıcı madde kullanımı parasomniye neden olabilir. Genellikle çocukluk çağında sık rastlanır ve erişkin dönemde azalma görülür. Bu sebeple santral sinir sistemi maturasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Normal olmayan ya da istem dışı hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonom sinir sistemi ile karakterizedir (40, 53, 64).

### 2.7.6. Uyku İle İlişkili Hareket Bozuklukları

Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları, uyku bozukluklarına neden olan basit ve genellikle stereotipik hareketlerle karakterizedir (63). Hastalar tarafından bacaklarda karıncalanma, uyuşma, gıdıklanma gibi hisler, bazen ağrı ve sıçramalar, bedenin veya başın sallanması gibi durumlar tariflenir (65).

### 2.7.7. Diğer Uyku Bozuklukları

Uyku ile ilişkili medikal ve nörolojik hastalıkların ve madde kullanımına bağlı oluşan uyku bozuklukları bu grupta değerlendirilir.

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma etik kurul onayı alındıktan sonra 21 Haziran 2017- 21 Haziran 2018 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği polikliniklere başvuran 18 yaş üstü erişkin hastalar üzerinde planlanmıştır. Evren sayısı bilinmediğinden dolayı  $n=t^2pq/d^2$  formülü kullanılarak örneklem sayısı belirlenmiştir. Ülkemizde konuyla ilişkili olarak yapılmış kapsamlı bir çalışma olan Türkiye’de Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması’nda (TAPES) göre toplumda uyku kalitesinde bozulma %21,8 olarak saptanmış olmasına istinaden  $n=t^2pq/d^2$  formülü ile örneklem sayısı 264 olarak hesaplanmıştır (66).

Çalışmaya katılmak isteyen kişilere sözlü onayları alındıktan sonra sosyodemografik bilgileri, kilo ve boy ölçümleri ile uyku kalitesini etkileyen faktörleri tespiti açısından literatüre inceleyerek hazırladığımız anket formu uygulanmıştır (67-71). Ayrıca uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla PUKİ kullanılmıştır. PUKİ 7 ana başlıktan oluşmakta ve bu yedi ana başlık önce kendi içinde değerlendirilmekte sonrasında alınan puanlar toplanmaktadır. Hesaplanan toplam puan 5 ve üzerinde ise kötü uyku kalitesi ve <5 ise de iyi uyku kalitesi olarak değerlendirilmektedir (72).

Veriler değerlendirilirken, sayısal veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler sayı ve yzde olarak gsterildi. Anket sonuçlarından elde edilen kategorik verilerin değerlendirilmesi ki- kare testi ile, sayısal verilerin değerlendirilmesi ise t testi yapılmıştır. Verilen analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 19. program (SPSS Inc, Chicago, IL) ile yapıldı. Tm istatistik analizlerde  $p < 0,05$  olduğunda istatistiksel olarak anlamlı fark kabul edildi.



#### 4. BULGULAR

Bu araştırma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği 'ne veri toplama sürecinde başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 265 bireyde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin demografik bilgileri Tablo-1 de gösterilmiştir.

**Tablo 1** Demografik veriler

		n (sayı)	%
Yaş (yıl)	18-30	105	39.6
	31-40	42	15.8
	41-50	50	18.9
	51-65	56	21.1
	>65 Üstü	12	4.5
Cinsiyet	Kadın	146	55.1
	Erkek	119	44.9
Medeni Durum	Evli	165	62.3
	Bekar	97	36.6
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	3	1.1
Çocuk Sahibi Olma	Evet	147	44.3
	Hayır	117	55.7
Çocukların Yaşları (yıl)	0-2	17	11.6
	2-4	6	4.1
	>4	123	84.2

Katılımcıların eğitim durumlarına baktığımızda; %15,8 'i (42 kişi) ilkokul mezunu, %6,4 'ü (17 kişi) ortaokul mezunu, %39 'u (39 kişi) lise mezunu, %61,9'u(164 kişi) üniversite mezunu ve %3'ü (3 kişi) de okuma yazma bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %42,3 'ü (112 kişi) çalışıyor, %57,7'si (153 kişi) çalışmıyor. Çalışanların ise %10,9'u (24 kişi) vardiyalı çalışmaktadır. 197 kişi de vardiyalı çalışmamaktadır.

Hastaların belirtmiş olduğu boy ve kilo bilgilerine göre beden kitle indeksi (BMI) hesabı (kilo(kg)/boy(m)\*boy(m)) yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü uluslararası obezite sınıflandırmasında yer alan temel kesişim noktalarına göre BMI'leri değerlendirilen katılımcıların 18,5 kg/m<sup>2</sup>'nin altındakiler zayıf, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> arasındakiler normal, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arasındakiler fazla kilolu, 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> arasındakiler 1' obez, 35-39,9 kg/m<sup>2</sup> arasındakiler 2' obez ve 40 kg/m<sup>2</sup> ve üstündekiler morbid obez olarak değerlendirildi (73). Katılımcılar BMI'e göre dağılımı Tablo 2 de verilmiştir.

**Tablo 2** Katılımcıların BMI'e göre dağılımı:

	n (sayı)	%
Zayıf	10	3.8
Normal	104	39.2
Fazla Kilolu	105	39.6
1' Obez	40	15.1
2' Obez	3	1.1
Morbid Obez	3	1.1

Katılımcıların %26'sı (69 kişi) sigara kullandığını, %66,4'ü (176 kişi) kullanmadığını ve %7,5'u (20 kişi) bıraktığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %7,5'ü (20kişi) alkol kullandığını %92,5'u (245 kişi) da kullanmadığını belirtmiştir. Çay- kahve tüketenlerin oranı ise %94,3'tür (250 kişi) ve 15 kişi de çay-kahve tüketmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıklarının varlığı değerlendirildiğinde %30,6'sının (81 kişi) herhangi bir hastalığının olduğu ve %69,4'ünün(184 kişi) de olmadığı saptandı. %27,5'inin(73 kişi) düzenli ilaç kullandığı ve %72,5'unun da kullanmadığı saptandı. Daha önce uyku problemi olan katılımcı oranı %29,4'tü (78 kişi) ve olmayanların oranı ise %70,6'dır (187 kişi). Psikiyatrik hastalık geçirme öyküsünün sorgulandığı soruya katılımcıların %13,6 'sı (36 kişi) evet, %86,4'ü (229 kişi) hayır cevabını vermiştir.

Katılımcıların ailesinde uyku problemi olan bireylerin varlığı değerlendirildiğinde %17'sinin (45 kişi) ailesinde uyku problemi yaşayan birey olduğu ve %83'ünün (220 kişi) de ailesinde uyku problemi yaşayan birey olmadığı saptandı. Ailesinde psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirildiğinde %12,1'inde (32 kişi) olduğu ve %87,9'unda (233 kişi) olmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların PUKİ'den aldıkları puanların dağılımı Tablo 3 de verilmiştir.

**Tablo 3** PUKİ puan dağılımı

Komponentler	Puan	Değerlendirme	n (sayı)	%
Subjektif Uyku Kalitesi	0	Çok İyi	73	27.5
	1	Oldukça İyi	144	54.3
	2	Oldukça Kötü	44	16.6
	3	Çok Kötü	4	1.5
Uyku Latansı	0	≤ 15 Dakika	90	34.0
	1	16-30 dk	86	32.5
	2	31-60 dk	56	21.1
	3	>60dk	33	12.5
Uyku Süresi	0	>7 Saat	131	49.4
	1	6-7 Saat	85	32.1
	2	5-6 Saat	37	14.0
	3	<5 Saat	12	4.5
Uyku Etkinliği	0	%85	206	77.7
	1	%75-84	49	18.5
	2	%65-74	6	2.3
	3	%65 Altında	4	1.5
Uyku Bozukluğu	0	Hiç yok	42	15.8
	1	Haftada 1'den Az	199	75.1
	2	Haftada 1-2 Defa	23	8.7
	3	Haftada 3 Ve Üze.	1	0.4
İlaç Kullanımı	0	Hiç yok	260	98.1
	1	Haftada 1'den Az	3	1.1
	2	Haftada 1-2 Defa	1	0.4
	3	Haftada 3 veya Üzeri	1	0.4

Tablo 3 devamı				
	0	Hiç Yok	118	44.5
Gündüz	1	Haftada 1'den Az	82	30.9
Fonksiyonları	2	Haftada 1-2 Defa	41	15.5
	3	Haftada 3 veya Üzeri	24	9.1
Toplam Puan	<5	İyi Uyku Kalitesi	121	45.7
	5 Ve Üstü	Kötü Uyku Kalitesi	144	54.3

Katılımcıların PUKİ den aldıkları toplam puan ile sosyodemografik veriler karşılaştırılması tablo 4 de gösterilmiştir. Kronik hastalığı olanların olmayanlara ( $p=0,016$ ) ve ilaç kullananların kullanmayanlara ( $p=0,017$ ) göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Daha önce uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara ( $p<0,001$ ) ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların olmayanlara ( $p=0,001$ ) göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4** Katılımcıların PUKİ'den Aldıkları Toplam Puan ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Katılımcı sayı ve yüzdesi(%)		$\chi^2;p$
		Kötü Uyku Kalitesi	İyi Uyku kalitesi	
Yaş (yıl)	18-30	50(47,6)	55(52,4)	1.683;0.974
	31-40	18(42,9)	24(57,1)	
	41-50	25(50)	25(50)	
	51-65	22(39,3)	34(60,7)	
	65 Üstü	6(50)	6(50)	
Cinsiyet	Kadın	70(47,9)	76(52,1)	0.684;0.408
	Erkek	51(42,9)	68(57,1)	
Medeni Hal	Bekar	47(48,5)	50(51,5)	1.111;0.574
	Evli	72(43,6)	93(56,4)	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	2(66,7)	1(33,3)	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	59(50,4)	58(49,6)	1.786;0.181
	Evet	62(42,2)	85(57,8)	
Çocuk Yaşları (yıl)	0-2	5(29,4)	12(70,6)	1.473;0.479
	3-4	2(33,3)	4(66,7)	
	5 ve Üzeri	54(43,9)	69(56,1)	

Tablo 4 devamı				
Eğitim Durumu	İlkokul,	20(47.6)	22(52.4)	1.479;0.830
	Ortaokul	9(52.9)	8(47.1)	
	Lise	19(48.7)	20(51.3)	
	Üniversite	71(43.3)	93(56.7)	
	Okur-Yaz. Yok	2(66.7)	1(33.3)	
Çalışma Durumu	Evet	58(51.8)	54(48.2)	2.933;0.087
	Hayır	63(41.2)	90(58.8)	
Vardiya	Hayır	88(44.7)	109(55.3)	1.104;0.293
	Evet	14(58.3)	10(41.7)	
BMI (kg/m2)	Zayıf	5(50)	5(50)	5.463;0.362
	Normal	42(40.4)	62(59.6)	
	Fazla Kilolu	50(47.6)	55(52.4)	
	1'Obez	20(50)	20(50)	
	2' Obez	1(33.3)	2(66.7)	
	Morbid Obez	3(100)	-	
Sigara	Hayır	73(41.5)	103(58.5)	4.079;0.130
	Evet	36(52.2)	33(47.8)	
	Bırakmış	12(60)	8(40)	
Alkol	Hayır	111(45.3)	134(54.7)	0.030;0.864
	Evet	10(50)	10(50)	
Çay-Kahve	Tüketmeyen	7(46.7)	8(53.3)	0.001;0.999
	Tüketen	114(45.6)	136(54.4)	
Kronik Hastalık	Hayır	75(40.8)	109(59.2)	5.824; <b>0.016</b>
	Evet	46(56.8)	35(43.2)	
İlaç Kullanımı	Hayır	79(41.1)	113(58.9)	5.725; <b>0.017</b>
	Evet	42(57.5)	31(42.5)	
Uyku Problemi	Hayır	63(33.7)	124(66.3)	36.691; <b>&lt;0.001</b>
	Evet	58(74.4)	20(25.6)	
Psikiyatrik Hast.	Hayır	95(41.5)	134(58.5)	10.640; <b>0.001</b>
Öyküsü	Evet	26(72.2)	10(27.8)	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	95(43.2)	125(56.8)	2.646;0.104
	Evet	26(57.8)	19(42.2)	
Ailede Psikiyatrik	Hayır	108(46.4)	125(53.6)	0.177;0.674

P: Ki kare Testi. P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.



#### 4.1. PUKİ Alt Komponentlerinden Aldıkları Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden subjektif uyku kalitesinden aldıkları puanların ortalamasının sosyodemografik veriler karşılaştırma sonuçları tablo 5 de verilmiştir. Analizler sonucunda kronik hastalığı olanların olmayanlara ( $p=0,002$ ), ilaç kullananların kullanmayanlara ( $p=0,012$ ), daha önce uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara ( $p<0,001$ ), psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlara ( $p=0,012$ ) ve ailesinde uyku problemi yaşayan birey olan hastaların olmayanlara ( $p=0,003$ ) göre subjektif uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı.

**Tablo 5** PUKİ alt komponentlerinden subjektif uyku kalitesiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Sübjektif Uyku (Puan ortalaması)	t,F;p
Yaş(yıl)	18-30	1±0.72	2.191;0.070
	31-40	1±0.73	
	41-50	0.88±0.72	
	51-65	0.86±0.64	
	65 Üstü	0.42±0.51	
Cinsiyet	Kadın	0.97±0.71	1.327;0.186
	Erkek	0.86±0.69	
Medeni Hal	Bekar	0.96±0.69	0.801;0.450
	Evli	0.89±0.72	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1.33±0.58	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	1±0.68	1.572;117
	Evet	0.86±0.72	
Çocuk Yaşları (yıl)	0-2	0.76±0.66	0.688;0.504
	3-4	1.17±1.17	
	5 ve Üzeri	0.86±0.71	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.83±0.76	0.306;0.874
	Ortaokul	0.88±0.7	
	Lise	1±0.76	
	Üniversite	0.93±0.69	
	Okur-Yaz. Yok	1±0	

Tablo 5 devamı			
Çalışma Durumu	Hayır	1±0.74	1.569;0.118
	Evet	0.86±0.68	
Vardiya	Hayır	0.9±0.69	1.172;0.078
	Evet	1.17±0.82	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	1±0.82	0.051;0.998
	Normal	0.92±0.62	
	Fazla Kilolu	0.9±0.78	
	1'Obez	0.93±0.73	
	2' Obez	1±1	
	Morbid Obez	1	
Sigara	Hayır	0.9±0.71	0.443;0.643
	Evet	0.99±0.74	
	Bırakmış	0.85±0.49	
Alkol	Hayır	0.92±0.71	0.137;0.891
	Evet	0.9±0.72	
Çay-kahve	Tüketmeyen	0.93±0.8	0.071;0.943
	Tüketen	0.92±0.7	
Kronik Hastalık	Hayır	0.83±0.71	3.156; <b>0.002</b>
	Evet	1.12±0.66	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.85±0.7	2.517; <b>0.012</b>
	Evet	1.1±0.69	
Uyku Problemi	Hayır	0.73±0.6	7.061; <b>&lt;0.001</b>
	Evet	1.38±0.72	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.88±0.68	2.530; <b>0.012</b>
	Evet	1.19±0.79	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.86±0.69	2.957; <b>0.003</b>
	Evet	1.2±0.73	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.93±0.71	0.391;0.696
	Evet	0.88±0.71	

P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden uyku latansından aldıkları puanların ortalamasının sosyodemografik veriler karşılaştırma sonuçları tablo 6 da verilmiştir. Sonuçta çalışmayanların çalışanlara ( $p=0,017$ ), daha önce uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara ( $p<0,001$ ) ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların olmayanlara ( $p=0,003$ ) göre uykuya dalma sürelerinin daha uzun olduğu saptandı.

**Tablo 6** PUKİ alt komponentlerinden uyku latansı ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uyku Latansı (puan ortalaması)	t;p
Yaş (yıl)	18-30	1.2±1.02	0.585;0.674
	31-40	1.19±0.94	
	41-50	1.06±0.98	
	51-65	1.04±1.11	
	65 Üstü	0.83±1.03	
Cinsiyet	Kadın	1.14±1.04	0.258;0.775
	Erkek	1.1±0.99	
Medeni Hal	Bekar	1.21±1.02	1.059;0.348
	Evli	1.06±1.02	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1.67±1.15	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	1.24±1.03	1.632;0.104
	Evet	1.03±1	
Çocuk Yaşları(yıl)	0-2	0.94±0.97	0.978;0.378
	3-4	0.5±0.55	
	5 ve Üzeri	1.07±1.02	
Eğitim Durumu	İlkokul,	1.17±1.1	0.711;0.585
	Ortaokul	1.24±0.83	
	Lise	1.33±1.08	
	Üniversite	1.05±0.99	
	Okuma-Yazması	1±1.73	
Çalışma Durumu	Hayır	1.29±1.05	2.398; <b>0.017</b>
	Evet	0.99±0.98	

Tablo 6 devamı			
Vardiya	Hayır	1.11±1.02	0.219;0.897
	Evet	1.08±0.97	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	1.3±0.95	1.102;0.360
	Normal	0.98±0.94	
	Fazla Kilolu	1.26±1.07	
	1'Obez	1.03±1.07	
	2' Obez	1.33±1.53	
	Morbid Obez	1.67±0.58	
Sigara	Hayır	1.07±1.04	0.646;0.525
	Evet	1.19±0.91	
	Bırakmış	1.3±1.17	
Alkol	Hayır	1.09±1.01	1.506;0.133
	Evet	1.45±1.1	
Çay-Kahve	Tüketmeyen	1.07±0.96	0.211;0.833
	Tüketen	1.12±1.02	
Kronik Hastalık	Hayır	1.09±1	0.682;0.496
	Evet	1.19±1.07	
İlaç Kullanımı	Hayır	1.07±0.98	1.295;0.198
	Evet	1.26±1.12	
Uyku Problemi	Hayır	0.9±0.92	5.513; <0.001
	Evet	1.65±1.05	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	1.05±0.99	2.973;0.003
	Evet	1.58±1.11	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	1.09±1	1.054;0.293
	Evet	1.27±1.1	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	1.12±1	0.210;0.834
	Evet	1.16±1.17	

P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden uyku süresiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırma sonuçları tablo 7 de verilmiştir. Medeni duruma göre;

boşanmış veya eşi vefat etmiş hastaların uyku sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır(p=0,002). BMI'ye göre değerlendirdiğimizde morbid obez olan hastaların uyku sürelerinin anlamlı olarak daha kısa olduğu saptanmıştır (p=0,002). Uyku süresi yaşa göre (p=0,005) değerlendirildiğinde yaşın artışıyla beraber azaldığı saptanmıştır. Çocuk sahibi olanların olmayanlara (p=0,010) göre uyku süresinin daha kısa olduğu saptandı. P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.

**Tablo 7** PUKİ alt komponentlerinden uyku süresiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uyku Süresi (puan ortalaması)	t;p
Yaş (yıl)	18-30	0.53±0.68 <sup>(a)</sup>	3.850; <b>0.005</b>
	31-40	0.71±0.83 <sup>(ab)</sup>	
	41-50	0.82±0.92 <sup>(ab)</sup>	
	51-65	0.93±1.01 <sup>(b)</sup>	
	65 Üstü	1.33±1.07 <sup>(b)</sup>	
Cinsiyet	Kadın	0.7±0.87	0.775;0.439
	Erkek	0.78±0.86	
Medeni Hal	Bekar	0.52±0.65 <sup>(a)</sup>	6.549; <b>0.002</b>
	Evli	0.85±0.93 <sup>(b)</sup>	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1.67±1.53 <sup>(b)</sup>	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	0.59±0.71	2.605; <b>0.010</b>
	Evet	0.86±0.96	
Çocuk Yaşları (yıl)	0-2	0.76±0.9	0.500;0.607
	3-4	0.5±1.22	
	5 ve Üzeri	0.87±0.94	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.69±1	1.684;0.154
	Ortaokul	0.94±0.97	
	Lise	0.54±0.72	
	Üniversite	0.76±0.84	
	Okuma-Yazması	1.67±1.15	
Çalışma Durumu	Hayır	0.76±0.94	0.371; <b>0.711</b>
	Evet	0.72±0.81	

Tablo 7 devamı			
Vardiya	Hayır	0.72±0.83	0.271;0.787
	Evet	0.67±0.87	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	0.4±0.52 <sup>(a)</sup>	3.855; <b>0.002</b>
	Normal	0.56±0.69 <sup>(a)</sup>	
	Fazla Kilolu	0.87±0.94 <sup>(a)</sup>	
	1'Obez	0.78±0.92 <sup>(a)</sup>	
	2' Obez	1.67±1.53 <sup>(a)</sup>	
	Morbid Obez	2±1 <sup>(b)</sup>	
Sigara	Hayır	0.72±0.85	1.486;0.228
	Evet	0.68±0.81	
	Bırakmış	1.05±1.15	
Alkol	Hayır	0.74±0.88	0.461;0.645
	Evet	0.65±0.67	
Çay-kahve	Tüketmeyen	0.8±1.01	0.295;0.768
	Tüketen	0.73±0.86	
Kronik Hastalık	Hayır	0.72±0.83	0.369;0.713
	Evet	0.77±0.94	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.7±0.83	0.999;0.319
	Evet	0.82±0.96	
Uyku Problemi	Hayır	0.71±0.84	0.873;0.384
	Evet	0.81±0.93	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.69±0.83	2.407; <b>0.017</b>
	Evet	1.06±1.04	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.74±0.87	0.210;0.834
	Evet	0.71±0.84	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.73±0.87	0.534;0.594
	Evet	0.81±0.86	

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden uyku etkinliğiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırma sonuçları tablo 8 de verilmiştir. Katılımcıların çalışma durumuna (p=0,015), daha önce uyku problemi yaşayıp yaşamadığına (p=0,004) ve psikiyatrik hastalık geçirme (p=0,011) öykülerine göre PUKİ alt komponentlerinden uyku etkinliği puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulundu.

**Tablo 8** PUKİ alt komponentlerinden Uyku Etkinliğiyle sosyodemografik verilerin karşılaştırması

		Uyku Etkinliği (puan ortalaması)	t;p
Yaş(yıl)	18-30	0.23±0.52	0.690;0.600
	31-40	0.29±0.64	
	41-50	0.28±0.5	
	51-65	0.38±0.73	
	65 Üstü	0.17±0.39	
Cinsiyet	Kadın	0.31±0.62	1.018;0.310
	Erkek	0.24±0.53	
Medeni Hal	Bekar	0.24±0.54	2.603;0.076
	Evli	0.28±0.59	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1±1	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	0.27±0.57	0.075;0.940
	Evet	0.28±0.59	
Çocuk Yaşları (yıl)	0-2	0.24±0.75	0.736;0.481
	3-4	0±0	
	5 ve Üzeri	0.28±0.53	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.38±0.66	0.521;0.721
	Ortaokul	0.24±0.56	
	Lise	0.21±0.41	
	Üniversite	0.27±0.6	
	Okuma-Yazması	0.33±0.58	
Çalışma Durumu	Hayır	0.38±0.71	2.458; <b>0.015</b>
	Evet	0.2±0.45	

Tablo 8 devamı			
Vardiya	Hayır	0.24±0.53	0.056;0.956
	Evet	0.25±0.53	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	0.2±0.42	1.589;0.164
	Normal	0.21±0.43	
	Fazla Kilolu	0.34±0.73	
	1'Obez	0.23±0.48	
	2' Obez	0.33±0.58	
	Morbid Obez	1±0	
Sigara	Hayır	0.27±0.57	1.010;0.366
	Evet	0.25±0.47	
	Bırakmış	0.45±0.94	
Alkol	Hayır	0.28±0.58	0.204;0.839
	Evet	0.25±0.55	
Çay-kahve	Tüketmeyen	0.27±0.8	0.060;0.952
	Tüketen	0.28±0.57	
Kronik Hastalık	Hayır	0.24±0.52	1.176;0.242
	Evet	0.35±0.69	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.23±0.51	1.622;0.108
	Evet	0.38±0.72	
Uyku Problemi	Hayır	0.2±0.48	2.921; <b>0.004</b>
	Evet	0.46±0.73	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.23±0.53	2.678; <b>0.011</b>
	Evet	0.58±0.77	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.29±0.61	0.675;0.500
	Evet	0.22±0.42	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.26±0.58	1.035;0.302
	Evet	0.38±0.55	

P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.



Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden uyku bozukluğuyla sosyodemografik verilerin karşılaştırma sonuçları tablo 9 da verilmiştir. Katılımcıların çalışma durumuna (p=0,006), kronik hastalık varlığına (p=0,015), ilaç kullanım durumuna (p=0,018) daha önce uyku problemi yaşayıp yaşamadığına (p<0,001) ve psikiyatrik hastalık geçirme (p=0,010) öykülerine göre PUKİ alt komponentlerinden uyku bozukluğu puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulundu.

**Tablo 9** PUKİ alt komponentlerinden Uyku Bozukluğuyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uyku Bozukluğu (puan ortlaması)	t;p
Yaş(yıl)	18-30	0.97±0.47	0.599;0.664
	31-40	0.88±0.5	
	41-50	0.9±0.54	
	51-65	0.91±0.58	
	65 Üstü	1.08±0.29	
Cinsiyet	Kadın	0.96±0.5	0.819;0.413
	Erkek	0.91±0.52	
Medeni Hal	Bekar	1.01±0.44	1.727;0.180
	Evli	0.89±0.53	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1±1	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	0.99±0.45	1.636;0.103
	Evet	0.89±0.55	
Çocuk Yaşları(yıl)	0-2	0.82±0.53	0.243;0.784
	3-4	1±0	
	5 ve Üzeri	0.89±0.57	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.98±0.52	0.728;0.573
	Ortaokul	0.88±0.7	
	Lise	0.87±0.47	
	Üniversite	0.94±0.49	
	Okuma-Yazması	1.33±0.58	
Çalışma Durumu	Hayır	1.04±0.5	2.777; <b>0.006</b>
	Evet	0.86±0.5	

Tablo 9 devamı			
Vardiya	Hayır	0.93±0.54	0.153;0.878
	Evet	0.92±0.41	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	0.9±0.57	0.953;0.447
	Normal	0.91±0.42	
	Fazla Kilolu	0.91±0.52	
	1'Obez	1±0.64	
	2' Obez	1.33±0.58	
	Morbid Obez	1.33±0.58	
Sigara	Hayır	0.95±0.51	0.485;0.616
	Evet	0.88±0.5	
	Bırakmış	0.95±0.51	
Alkol	Hayır	0.93±0.52	0.130;0.897
	Evet	0.95±0.39	
Çay-kahve	Hayır	1±0.53	0.504;0.615
	Evet	0.93±0.51	
Kronik Hastalık	Hayır	0.89±0.52	2.440; <b>0.015</b>
	Evet	1.05±0.47	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.89±0.5	2.375; <b>0.018</b>
	Evet	1.05±0.5	
Uyku Problemi	Hayır	0.86±0.49	4.105; <b>&lt;0.001</b>
	Evet	1.13±0.49	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.9±0.5	2.612; <b>0.010</b>
	Evet	1.14±0.49	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.92±0.52	1.255;0.211
	Evet	1.02±0.45	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.94±0.51	0.723;0.470
	Evet	0.88±0.49	

P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden uykuya yardım için ilaç kullanımı ile sosyodemografik verilerin karşılaştırma sonuçları tablo 10 da verilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre PUKİ alt komponentlerinden ilaç kullanımından aldıkları puanların ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulundu. 65 yaş üstü hastalarda uykuya yardım için ilaç kullanımı diğer yaş gruplarındakilere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (p=0,006).

**Tablo 10** PUKİ alt komponentlerinden ilaç kullanımıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		İlaç Kullanımı (puan ortalaması)	t,F;p
Yaş (yıl)	18-30	-	3.689; <b>0.006</b>
	31-40	-	
	41-50	0.08±0.34 <sup>(a)</sup>	
	51-65	0.02±0.13 <sup>(a)</sup>	
	65 Üstü	0.25±0.87 <sup>(b)</sup>	
Cinsiyet	Kadın	0.03±0.26	0.206;0.837
	Erkek	0.03±0.22	
Medeni Hal	Bekar	0.02±0.2	0.500;0.617
	Evli	0.04±0.27	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	-	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	0.02±0.18	0.782;0.435
	Evet	0.04±0.28	
Çocuk Yaşları (yıl)	0-2	-	-
	3-4	-	
	5 ve Üzeri	0.05±0.31	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.1±0.48	0.920;0.453
	Ortaokul	-	
	Lise	0.03±0.16	
	Üniversite	0.02±0.17	
	Okuma-Yazması	-	
Çalışma Durumu	Hayır	0.04±0.3	0.314;0.753
	Evet	0.03±0.2	

Tablo 10 devamı			
Vardiya	Hayır	0.02±0.12	0.813;0.424
	Evet	0.08±0.41	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	-	0.447;0.656
	Normal	-	
	Fazla Kilolu	0.05±0.25	
	1'Obez	0.08±0.47	
	2' Obez	-	
	Morbid Obez	-	
Sigara	Hayır	0.02±0.24	0.248;0.780
	Evet	0.04±0.27	
	Brakmış	0.05±0.22	
Alkol	Hayır	0.03±0.25	0.377;0.707
	Evet	0.05±0.22	
Çay-kahve	Tüketmeyen	-	0.492;0.623
	Tüketen	0.03±0.25	
Kronik Hastalık	Hayır	0.04±0.28	0.788;0.431
	Evet	0.01±0.11	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.04±0.28	0.677;0.499
	Evet	0.01±0.12	
Uyku Problemi	Hayır	0.02±0.18	0.907;0.365
	Evet	0.05±0.36	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.01±0.15	1.383;0.175
	Evet	0.14±0.54	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.03±0.26	0.240;0.811
	Evet	0.02±0.15	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.03±0.26	-
	Evet	-	

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir

P değeri 0,05 düzeyinde anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların PUKİ alt komponentlerinden gündüz fonksiyonu ile sosyodemografik verilerin karşılaştırma sonuçları tablo 11 de verilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine (p=0,016), medeni durumuna (p=0,005), çocuk sahibi olma durumuna (p=0,027), çalışma durumuna (p<0,001), kronik hastalık varlığına (p=0,001), ilaç kullanım durumuna (p=0,016), daha önce uyku problemi yaşayıp yaşamadığına (p<0,001), psikiyatrik hastalık varlığına (p<0,001) ve ailede uyku problemi olup olmadığına (p=0,012) göre PUKİ alt komponentlerinden gündüz fonksiyon puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulundu.

**Tablo 11** PUKİ alt komponentlerinden gündüz fonksiyonlarıyla sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Gündüz Fonksiyonları (puan ortalaması)	t;p
Yaş (yıl)	18-30	1.05±1.06	1.515;0.198
	31-40	0.9±0.96	
	41-50	0.78±0.86	
	51-65	0.68±0.92	
	65 Üstü	0.92±0.9	
Cinsiyet	Kadın	1.02±1.04	2.422; <b>0.016</b>
	Erkek	0.73±0.87	
Medeni Hal	Bekar	1.13±1.05 <sup>(a)</sup>	5.478; <b>0.005</b>
	Evli	0.74±0.91 <sup>(b)</sup>	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	1.33±0.58 <sup>(ab)</sup>	
Çocuk Sahibi Olma	Hayır	1.04±1.02	2.224; <b>0.027</b>
	Evet	0.78±0.93	
Çocuk Yaşları(yıl)	0-2	0.76±0.83	0.537;0.586
	3-4	1.17±1.47	
	5 ve Üzeri	0.76±0.92	
Eğitim Durumu	İlkokul,	0.95±1.03	0.543;0.704
	Ortaokul	0.65±0.7	
	Lise	0.97±0.96	
	Üniversite	0.87±0.99	
	Okuma-Yazması	1.33±1.15	

Tablo 11 devamı			
Çalışma Durumu	Hayır	1.15±1.08	3.686;<0.001
	Evet	0.7±0.85	
Vardiya	Hayır	0.83±0.94	1.729;0.095
	Evet	1.25±1.15	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	1.7±0.82	1.701;0.135
	Normal	0.92±1.04	
	Fazla Kilolu	0.78±0.91	
	1' Obez	0.88±0.91	
	2' Obez	1±1.73	
	Morbid Obez	1±1	
Sigara	Hayır	0.86±1.02	0.224;0.800
	Evet	0.96±0.88	
	Bırakmış	0.9±0.97	
Alkol	Hayır	0.9±0.99	0.669;0.504
	Evet	0.75±0.79	
Çay-kahve	Hayır	0.93±0.88	0.174;0.862
	Evet	0.89±0.98	
Kronik Hastalık	Hayır	0.76±0.96	3.319;0.001
	Evet	1.19±0.96	
İlaç Kullanımı	Hayır	0.8±0.97	2.414;0.016
	Evet	1.12±0.96	
Uyku Problemi	Hayır	0.72±0.9	4.432; <0.001
	Evet	1.31±1.02	
Psikiyatrik Hast. Öyküsü	Hayır	0.77±0.92	5.182; <0.001
	Evet	1.64±1.02	
Ailede Uyku Problemi	Hayır	0.82±0.95	2.525;0.012
	Evet	1.22±1.06	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Hayır	0.89±0.98	0.096;0.924
	Evet	0.88±0.98	

## 5. TARTIŞMA

Uyku bozukluğu, klinisyenlerin en sık karşılaştıkları şikayetler arasındadır (74, 75). Genel popülasyonda yaygın olarak görülür ve batı toplumlarında yetişkinlerin yarısından fazlasında aralıklı uyku bozuklukları görülür ve yetişkinlerin %15 ile 20'si kronik uyku problemi olduğunu bildirir (75). Uyku kalitesinde meydana gelen bozukluk gündüz performansında ciddi bozulmalara yol açabilir. Motorlu taşıtlarla ve iş kazalarına, tıbbi, nörolojik ve / veya psikiyatrik hastalıklara neden olabilir ve azalmış yaşam kalitesi ile sonuçlanır (76). Geçmişte, uyku şikayetleri, daha ileri tanısal değerlendirme yapılmaksızın hipnotik ilaçlarla tedavi edilirdi (77). Son otuz yıllık araştırma ile uyku bozukluğunun karmaşık bir durum olduğu anlaşılmıştır (78,79).

Uyku bozukluğu olan hastaların ilk başvurduğu klinik genellikle aile hekimliğidir. Bu sebeple birinci basamak hekimlerinin uyku bozuklukları ve uykuyu etkileyen faktörler hakkında yeterli bilgiye sahibi olması gerekir, çünkü uyku bozuklukları azalmış yaşam kalitesi ve artmış mortalite ile yakından ilişkilidir (80). Birinci basamakta hastaya yaklaşırken uyku semptomlarını da içeren kapsamlı bir anamnez alınmalıdır. Uyku bozukluklarının semptomlarının uykusuzluk, gündüz uyuklama ve gün içinde uyku ya da uyanıklık sırasında ortaya çıkan davranışlar olduğunu gözden kaçırmamak gerekir (81). Ayrıca hastaların değerlendirilmesinde tarama ya da izleme amaçlı kullanılabilecek çeşitli ölçekler mevcuttur. PUKİ bu amaçla yapılan ölçeklerden biridir ve kişinin son bir ay içerisindeki öznel uyku kalitesini değerlendirmemize fırsat sağlamaktadır (50). Bu çalışmada da katılımcıların uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla PUKİ kullanılmıştır. Katılımcıların PUKİ'den aldıkları toplam puan değerlendirildiğinde %54,3 kişinin 5 puan ve üzeri puan aldığı için kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesi kötüleştikçe PUKİ puanı artmaktadır. Aktaş ve ark. 2015 yılında yaptığı çalışmada katılanların %53,2'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (70). Ülkemizde Türk Uyku Tıbbı Derneği (TUTD)'nin 2010 yılında erişkin toplumda yaptığı araştırmada toplumun %21,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (82). Bu oran bizim çalışmamızda daha yüksektir. Bu yükseklikte, çalışmamızın

üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılmış olmasının etkili olabileceği ve bu açıdan da toplumun genelini yansıtmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle de toplumdaki uyku kalitesini tam olarak ortaya koyabilmek için toplumu daha iyi yansıtan örneklemelerin seçildiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PUKİ yedi ana başlıktan oluşmaktadır (72). Çalışmamıza göre; bileşen 1 (Öznel uyku kalitesi) açısından bireylerin yaklaşık %80 'inin çok iyi ya da oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bileşen 2 (uyku latansı: uykuya dalma süresi) uykuya dalma süresi 30 dakika üzerinde olan katılımcıların oranının %34 civarında olduğu saptanmıştır. Bu sonuç hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumuna etkisini araştıran bir çalışmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Yine bu çalışmada hemşirelerin öznel uyku kalitesi oldukça kötü ve kötü olanların oranı %38,7 ve 6 saat ve daha az uyuyanların oranı ise %48,11 'dir (83). Bu oranlar bizim çalışmamıza göre oldukça yüksektir. Bu sonucun sebebini hemşirelerin çalışma koşullarının zorluğuna bağlıyoruz. Bileşen 3 (uyku süresi) incelendiğinde katılımcıların, %49,4'ünün 7 saat ve üzeri uyuduğu, %32,1'lik kısmının 6-7 saat arasında uyuduğu saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde erişkinlerde uyku süresinin 6-8 saat olarak değiştiği görülmektedir (19). Bileşen 4 (uyku etkinliği) hesaplandığında katılımcıların yaklaşık %95'inin uyku etkinliği %75 ve üzeri olarak bulundu. Tepe'nin çalışmasındaki uyku etkinlik (%75 ve üzeri) oranıyla (%94) benzer olduğunu düşünüyoruz (84). Bileşen 5 (uyku bozukluğu) incelendiğinde hiç uyku bozukluğu yaşamadığını bildiren kişi %15,8 oranındadır. Katılımcılar arasında uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) oranı %3 civarındadır. Günaydın'ın çalışmasında hemşirelerdeki uyku için ilaç kullanım oranı (%34) oldukça yüksektir, TUTD'nin çalışmasında ise genel popülasyondaki oran (%3,3) bizim çalışmamızla uyumludur (82, 83). Bu sonuca hemşirelerin vardiyalı çalışma şekli nedeniyle uyku kalitelerinin bozulmasının sebep olduğunu düşünüyoruz. Bileşen 7 (Gündüz işlev bozukluğu) için ise haftada 1-2 defa ya da haftada 3 ve üzeri cevabını verenlerin grubun 24'ünü oluşturduğu görülmüştür. Tepe'nin çalışmasında ise haftada 1-2 defa ya da haftada 3 ve üzeri cevabını verenlerin grubun %34'ünü oluşturduğu görülmüştür. Bu sonuç bizim çalışmamızdan biraz yüksektir (84).



Kaliteli bir uyku insan yaşamı için önem arz etmektedir. Bu açıdan da uyku kalitesini etkileyen faktörlerin tespiti; sağlık profesyonelleri için merak konusu olmuştur. Bunlardan biri de yaş faktörüdür; yaşın ilerlemesiyle uyku kalitesinin bozulduğu yönünde literatürde çalışmalar mevcuttur (85,86). Yapılan çeşitli çalışmalarda da yaş ile birlikte uyku kalitesinin arttığını saptanmıştır (87, 88). Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmamızda; yaşa göre uyku kalitesi değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki saptanamamıştır Bu sonuç katılımcıların yaş dağılımının geniş olması ve uyku kalitesinin çok sayıda etmeden etkilenmesi sebebiyle açıklanabilir.

Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin tespiti açısından yaptığımız bu çalışmada cinsiyet ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların %47,9'unun, erkeklerin ise %42,9'unun uyku kalitesi kötü bulunmuştur. PUKİ puanları sonucunda cinsiyet ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde yetişkinlerin uykularıyla ilgili yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklere oranla daha kötü olduğu ve daha çok uykuya gereksinim duydukları belirlenmiştir (29,30). Güneş ve ark. (89) yaptıkları çalışmada kadınlardaki uyku kalitesinin erkeklere oranla daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (70, 88, 90). Katılımcılarının yarısından fazlasının kadın cinsiyetin oluşturduğu çalışma grubumuzda uyku kalitesi ve cinsiyet arasında ilişki saptanamamasında; yaş gibi çeşitli faktörlerin de uyku kalitesini etkilemesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Uyku kalitesini etkilemesi beklenen diğer bir faktör de medeni durumdur. Çalışmamızda medeni durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Günaydın'ının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (83). Üstün ve Yücel çalışmalarında evli olan hemşirelerin PUKİ puan ortalamalarının, bekarlarınkinden yüksek olduğunu saptamışlardır (69). Ghalichi ve ark. sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmada boşanmış olanların uyku kalitelerinin evli ve bekarlara göre daha kötü olduğunu saptamışlardır (91). Yalnızlığın uyku kalitesi üzerindeki kötü etkisine Bilgili ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada değinilmiştir (92). Medeni durumun kişilerin uyku kalitelerini

etkilemesi beklenirken bu sonucun kişilerin medeni durumuna bağlı olmayan farklı yaşam tarzından kaynaklanabileceği düşünüldü. Ayrıca bizim çalışmamızda eşi vefat etmiş veya boşanmış kişilerin sayıca az olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Uyku kalitesini etkileyen faktörleri tespiti açısından yaptığımız çalışmamızda; çocuk sahibi olma durumu ve çocukların yaşlarıyla uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu sonucun Aslan'ın, Balcı'nın ve Eyüpoğlu'nun çalışmasındaki sonuçlarda da anlamlı fark saptanamaması nedeniyle bizim çalışmamızla uyumlu olduğunu düşünüyoruz (88, 90, 93). Ayrıca çalışmamızda uyku kalite indeksi çocukların yaşlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Karagözoğlu ve Bingöl çalışmalarında ise <6 aylık çocuğu olanların uyku kalitesinin,  $\geq 6$  yaş çocuğu olanların uyku kalitesine göre anlamlı oranda daha kötü olduğunu saptanmıştır (94). Bizim çalışmamıza bu sonucun çıkmasının sebebi olarak daha fazla bakım gerektiren 0-2 yaş grubu çocukların sayısının az olmasında kaynaklandığını düşünüyoruz.

Katılımcıların eğitim durumu ile uyku kalitesi açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızın sonucunu destekler şekilde literatürde çalışmalar bulunmaktadır (88,95) Katılımcılardan okuma yazması olmayanların %66,7'sinin, ilkokul mezunlarının %47,6'sının, ortaokul mezunlarının %52,9'unun, lise mezunlarının %48,7'sinin, üniversite mezunlarının ise %43,3'ünün uyku kalitesi kötü olarak tespit edilmiştir. Kıyanut'un yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların daha yüksek puan ortalaması ile kötü uyku kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir (96). Ohayon ve arkadaşları yüksek eğitim seviyesinin uyku bozuklukları ile ilişkili olduğunu rapor etmiştir (85). Yine benzer bir çalışma olan sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile PUKİ ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırılmış, yüksek lisans grubunun uyku kalitesinin diğer eğitim seviyelerindekilere göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (97). Beşte birini okuma yazma bilmeyenler ve ilkokul mezunlarından oluşan çalışma grubumuzda eğitim durumu ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Eğitim uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi net ortaya koyabilmek adına geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Uyku kalitesini etkileyen faktörleri tespiti açısından yaptığımız çalışmamızda katılımcıların çalışma durumları ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamadı. Eygören'in çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi çalışma durumu ve uyku kalitesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (95). Bunun yanında bazı çalışmalarda ise işi olmayanların uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (93,96) Katılımcıların yarıdan fazlasının çalışmıyor olduğu çalışma grubumuzda; çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanamamasının nedeni olarak öğrencilerin de çalışmıyor kategorisinde değerlendirilmesi ve işsiz kavramının net ortaya konamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyku kalitesi üzerine etkili olması beklenen diğer bir durum da uyku-uyanıklık döngüsünü etkileyen vardiyalı çalışmadır. Ancak uyku kalitesi ve vardiya ilişkisi incelendiğinde çalışmamızda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aslan'ın çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi uyku kalitesi ile vardiyalı çalışma arasında anlamlı fark saptanamamıştır (93). Fakat Axelsson ve ark. vardiyalı çalışma sisteminin sirkadiyen ritimde bozulmayla neden olarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (97). Ayrıca başka bir çalışmada da sürekli vardiya sistemiyle çalışmakta olan hemşirelerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (69). Bizim çalışmamızdaki bu sonucun vardiyalı çalışan bireylerin çok az olmasına bağlanabilir.

Uykuda solunum düzensizliklerine sebep olabilecek risk faktörlerinden biri de obesitedir. Bu açıdan da uyku kalitesi ve BMI arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı. BMI'ye göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında zayıf olanların %50 'sinin, normal kiloluların %40,4'ünün, fazla kiloluların %47,6, 1. Derece obezlerin %50'sinin, 2. Derece obezlerin %33'ünün, morbid obezlerin ise %100'ünün uyku kalitesi kötü olarak bulunmuştur. Kötü uyku kalitesi obeziteye sebep olan bir risk faktörü olarak görülmektedir (98). Daha önce yapılan çalışmalar BMI'nin uyku süresi üzerindeki etkilerini araştırmış ancak Literatürde uyku kalitesi ile BMI ve bel çevresi ölçümü arasındaki çalışmalar yetersizdir (98). Bizim çalışmamızın sonucunu destekler şekilde literatürde çalışmalar bulunmaktadır (90, 95). Lemma ve ark. (99) tarafından yapılan bir çalışmada BMI ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı

farkın olduğu saptanmıştır ancak bu farkın ne yönde olduğuna değinilmemiştir. Aktaş ve ark. Yaptığı bir çalışmada BMI ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, BMI'nin artmasının kötü uyku kalitesini artırdığı tespit edilmiş (70). Çalışmamızda uyku kalitesi ile BMI arasında ilişki saptanamamasının nedenin; normal ve zayıf olanların yüzdesinin %43 gibi yüksek oranda olması ve katılımcıların yaklaşık beşte birinin obez olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu açıdan da geniş hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Uykuyu olumsuz etkileyebilecek diğer bir faktör de içerdiği nikotinle uyarıcı etkiye sebep olan sigaradır (40). Çelebi (100) ve Tepe'nin (84) çalışmalarında, uyku kalitesini PUKİ ile değerlendirmişler ve sigarayı bırakanların, sigara içmeye devam edenlere göre uyku kalitesinin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir. Lizhen ve ark.'nın (101), yaptıkları çalışmada sigara içenlerde uyku kalitesi anlamlı olarak düşük tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanımı ve uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sigara kullananların %52,2'sinin kullanmayanların %41,5'inin, sigarayı bırakanların ise %60'ının uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edildi. Şekerci (102) ve Okutan'nın (103) sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Katılımcıların çoğunluğunun sigara içmeyenlerden oluştuğu çalışmamızda; sigaranın uyku kalitesi üzerine etkilerinin net bir şekilde ortaya konamadığı düşünülmektedir.

Sigara gibi alkol de uykuyu etkileyebilmektedir (40). Aysan ve ark.'nın (104) üniversite öğrencilerde yaptığı bir çalışmada alkol kullananların uyku kalitesi kullanmayanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada, alkolün uyku kalitesi üzerine belirgin bir etkisi olmadığı sonucu bulunmuştur (105). Lund ve ark.'nın (106) yaptıkları bir çalışmada da alkol alan bireylerin uyku kalitesinin diğerlerine göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda alkol kullanımı ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullananların %50'ı, alkol kullanmayanların %45,3'ü kötü uyku kalitesine sahiptir. Ancak alkol kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki

saptanamamıştır. Çalışmadaki alkol kullanan kişi sayısının (%7,5) az olmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Kafein içeren gıda maddeleri, uykuya dalma, uyku süresi ve uyku kalitesi üzerinde doza bağlı olumsuz bir etkiye sahiptir (107). Çalışmamızda çay ve kahve kullanımının uyku kalitesi üzerindeki etkisi incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Literatürdeki çalışmalar genel olarak kafein kullanımının uyku üzerine olumsuz etkileri olduğunu belirtmesine karşın bazı çalışmalarda ise kafein kullanımının uyku kalitesiyle ilişkili bulunmamıştır (69,90,95,96,108). Hindmarch ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada çay tüketiminin, daha düşük kafein içermesine rağmen, kahveye benzer uyarıcı etki gösterdiğini ancak uykuyu bozma ihtimalinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir (107). Bizim çalışmamızda çay-kahve tüketimi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması, çalışmadaki çay kahve kullanmayan kişi sayısının (%5,7) az olmasından kaynaklanabilir.

Uyku kalitesini etkilemesi beklenen diğer bir faktör de kişinin sahip olduğu ek hastalıklardır. Çalışmamızda da herhangi bir hastalığı olan kişilerin uyku kalitesi olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü olduğu saptandı. Nijerya'da yapılan bir çalışmada kişinin kronik bir hastalığının olmasının uyku kalitesini kötü etkilediği bildirilmiştir (109). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da kronik hastalıkların uyku kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. (70,93,110,111). Hastalıkların hem vücut üzerinde oluşturduğu stres hem de sıkıntı ve ağrı gibi birçok faktörün uyku kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda uyku kalitesinin ilaç kullanan katılımcılarda anlamlı düzeyde kötü olduğu saptanmıştır. İlaç kullanımının uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi, yapılan bazı araştırmalarda tespit edilmiştir. Örneğin Sivas'ta 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan çalışmada ilaç kullananların uyku kaliteleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (112). Çalışmamızdaki bu sonucun katılımcıların genellikle kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanıyor olmasından ve ilaçların mevcut yan etkilerinden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Uyku kalitesini etkileyen faktörleri tespiti açısından yaptığımız çalışmamızda katılımcılardan hayatının herhangi bir döneminde uyku bozukluğu yaşama durumuyla uyku kalitesi karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı. Önceden uyku

problemi yaşıyan bireylerin %74,4'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edildi. Kutlu'nun yaptığı çalışmada da benzer şekilde uyku bozuklukları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (113). Ayrıca yaptığımız çalışmada geçmişinde herhangi bir psikiyatrik problemi olma durumu ile uyku kalitesi arasından da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Geçmişinde herhangi bir psikiyatrik problemi olan katılımcıların %72,2'sinin uyku kalitesinin anlamlı olarak kötü olduğu saptandı. Keskin'nin bipolar hastaların ötimi dönemlerinde yaptığı çalışmada uyku kalitesinin kötü olduğu gösterilmiştir (114). Depresyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da depresyon ile uyku bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış (113). Ruhsal bozuklukları olan katılımcıların gerek kullandığı ilaçların yan etkisi nedeniyle gerek hastalığın kendisinin uykuya dalmayı geciktirmesi ve uykunun sık bölünmeye sebep olması nedeniyle uyku kalitesinin olumsuz etkilendiğini düşünüyoruz.

Uyku kalitesine üzerine etkili faktörleri ortaya koymak için yaptığımız bu çalışmada; çay-kahve kullanımı, sigara, alkol kullanımı gibi uyku kalitesi üzerine etkili olması beklenen birçok faktörle uyku kalitesi arasında ilişki saptanamamıştır. Bu nedenle uyku kalitesi üzerine etkili faktörleri net olarak ortaya konabilmesi için geniş hasta gruplu çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında kronik hastalığı olanların olmayanlara ve ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca daha önce uyku problemi yaşıyanların yaşamayanlara ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların olmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Bunun sonucu olarak da kronik hastalığı olanların, ilaç kullananların, daha önce uyku problemi yaşıyanların ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların uyku problemleri açısından daha dikkatli sorgulanması gerektiği düşünülmektedir. Bu açıdan da hekimlere; özellikle de hastaların ilk basamak noktası olan birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

## 6. SONUÇ

Yetişkinlerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri irdelemeyi amaçladığımız bu çalışma 18 yaş üstü 265 bireyde gerçekleştirildi. Katılımcıların PUKİ'den aldıkları toplam puan değerlendirildiğinde %54,3 kişinin 5 puan ve üzeri puan aldığı için kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza göre uyku kalitesi üzerinde yaşın, cinsiyetin, medeni halin, çocuk sahibi olma durumunun, çalışma durumunun, eğitim durumunun, sigara, alkol, çay-kahve kullanımının ilişkili olduğu tespit edilememiştir. Uyku kalitesine üzerine etkili faktörleri ortaya koymak için yaptığımız bu çalışmada; kronik hastalığı olanların olmayanlara ve ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca daha önce uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların olmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak iyi bir anamnezin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalığa sahip olanların, ilaç kullananların, daha önce uyku problemi yaşayanların ve psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanların; uyku bozuklukları açısından da sorgulanması insan yaşamı açısından önem arz eden uyku ait problemlerin ortaya konması ve tedavisi açısından önem arz etmektedir. Bu açıdan da hekimlere; özellikle de hastaların ilk basamak noktası olan birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Hungs M, Mignot E. Hypocretin/Orexin, Sleep and Narcolepsy. *Bioessays* 2001;23:397-408.
2. Sadock, BJ., Sadock, VA., Ruiz, P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, Çeviri: Bozkurt, A. Güneş Kitabevi, 2016; 536-562.
3. Miro E, Cano MC, Espinozo FL, et al. Time estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *J Human Factors and Ergonomics Society* 2003; 45: 148-1593
4. Kaynak H. Uyku tıbbının tarihi. Kaynak H, Ardıç S (Editörler). *Uyku fizyolojisi ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2011:3-6.
5. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996;7(2):107-115.
6. Brown RE, Basheer R, McKenna JT ve ark. Control of sleep and wakefulness. *Physiol Rev* 2012;92(3):1087-187.
7. Ertekin S. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 1998: 17-20.
8. Krachman, S. I., criner, G.J., Chatila, W. Cor pulmonale and sleep-disordered breathing in patients with restrictive lung disease and neuromuscular disorders. *Semin respir. Crit. Care med.* 2003; 24:297-306.
9. Guyton AC, Hall JE. *Beynin Etkinlik Durumları-Uyku: Beyin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar, Tıbbi Fizyoloji*, (Çev. Ed. Çavusoglu H), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001: 689–696
10. Taylor C, Lillis C, Priscilla LM. *Fundamentals of the Nursing*. 4th Ed. Philadelphia J.B, 2010;144-200.
11. Akça F, Turan Ertem Ü, Keser Özcan N ve ark. *Temel Hemsirelik Kavramlar, ilkeler, Uygulamalar*. istanbul Medikal Yayıncılık, istanbul, 2007; 410-420.
12. Karadag M, Ursavas A. Dünya ve Türkiye de uyku çalışmaları *Archives of Lung*, 2007;8:62-4.
13. Black J, Hawks HJ, Keene MA. *Foundations of Medical Surgical Nursing* 6th Ed. England: Mosby 2003;431-443.



14. Clark CP, Moore PJ, Seifritz E. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Çeviri: Özgen A, Günes Kitapevi, Ankara, 2003; 430-452.
15. Borbely AA (2001) From slow waves to sleep homeostasis: new perspectives. Arch Ital Biol, 139: 53-61.
16. Kaplan, HL., Sadock, BJ., Grebb, JA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 7. Baskı, William-Wilkins, Baltimore, 1994
17. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep Schedules And Daytime Functioning İn Adolescents. Child Development. 1998; 69( 4): 875-87.
18. Tonon C et al. Proton magnetic resonance spectroscopy study of brain metabolism in obstructive sleep apnoea syndrome before and after continuous positive airway pressure treatment. Sleep, 2007;30;(3):305-311
19. Yıldız Tok F. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi (Tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
20. Honmaa K, Hikosaka M, Mochizuki K. Loss of circadian rhythm of circulating insulin concentration induced by high-fat diet intake is associated with disrupted rhythmic expression of circadian clock genes in the liver. Metabolism 2016;65:482-91.
21. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2011.
22. Douglas Kirsch, 23/10/2015. Stages and Architecture of Normal Sleep [online] UpToDate. [http://proxy.ogu.deepknowledge.net:997/MuseSessionID=0210202x2/MuseProtocol=http/MuseHost=www.uptodate.com/MusePath/contents/stages-and-architecture-of-normalsleep?source=search\\_result&search=Stages+and+architecture+of+normal+sleep&selectedTitle=1~150 . \[18/11/2018\].](http://proxy.ogu.deepknowledge.net:997/MuseSessionID=0210202x2/MuseProtocol=http/MuseHost=www.uptodate.com/MusePath/contents/stages-and-architecture-of-normalsleep?source=search_result&search=Stages+and+architecture+of+normal+sleep&selectedTitle=1~150 . [18/11/2018].)
23. Barrett KE, Barman SM, Boitano S ve ark. Ganong's Review of Medical Physiology.24th ed. United States: McGraw-Hill Companies; 2012.
24. Potter AP, Perry AG. Basic Nursing Essential for Practice 5th Ed. England, Mosby, 2003;689-706.
25. Mahowald MW, Cramer Bornemann MA. Non-REM Arousal Parasomnias. Principles And Practice Of Sleep Medicine. 2011;1175-1082.

26. Schupp M, Christopher D, Hanning MD. Physiology Of Sleep. British Journal Of Anaesthesia. 2003; 3:3.
27. Datta S, Maclean RR. Neurobiological Mechanisms For The Regulation Of Mammalian Sleep-Wake Behavior: Reinterpretation Of Historical Evidence And Inclusion Of Contemporary Cellular And Molecular Evidence. Neuroscience Biobehavioral. 2007;31:775–824.
28. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Elements of Nursing. Edinburg: Churchill Livingstone 1996;20-66.
29. Kenneth L. Lichstein H. Durrence H ve ark. Epidemiology Of Sleep: Age, Gender, And Ethnicity. 2004.
30. España RA and Scammell TE. Sleep neurobiology from a clinical perspective. Sleep 2011;34(7):845-58.
31. Chan-Won K, Yoosoo C, Eunju S ve ark. Sleep Duration And Quality İn Relation To Chronic Kidney Disease And Glomerular Hyperfiltration İn Healthy Men And Women. Plos One. 2017.
32. Alcantara C, Biggs ML, Davidson KW ve ark. Sleep Disturbances And Depression İn The Multi-Ethnic Study Of Atherosclerosis. Journal Of Sleep. 2016.
33. Bingöl N. Hemsirelerin Uyku kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2006:7-23.
34. Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin izlenmesi. Klink Psikofarmakoloji Bul 2011;21(Ek 1):1-9.
35. Abdulkadiroğlu Z., Bayramoğlu F., İlhan N.(1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi. 7(3): 161-6.
36. 113. Uyku bozuklukları tanı ve tedavi rehberi 2014.  
<http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/uyku%20bozukluklar%C4%B1%202014.pdf> (15.12.18)
37. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 22(1):93-98.
38. Camkurt M.(2007). İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi. 20(6)-21(1). 80-106.

39. Timothy Roehrs, PhD, Thomas Roth, PhD, 12/12/2018. The effects of medications on sleep quality and sleep architecture [online] UpToDate <https://www.uptodate.com/contents/the-effects-of-medications-on-sleep-quality-and-sleep-architecture?csi=142e7e2e-935740e5825c281181092df5&source=contentShare> 01.12.2018
40. Yılmaz H. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. 2014.
41. Lieberman HR. Nutrition, Brain Function And Cognitive Performance. *Appetite*. 2003;40:245-254.
42. Morin CM, Leblanc M, Daley M. Epidemiology Of İnsomni: Prevalance, Self-Help Treatments And Consultation İnitiated, And Determinants Of Help-Seeking Behaviors. *Sleep Medicine*. 2006;7:123-30
43. Chaudhary NS, Grandner MA, Jackson NJ ve ark. Caffeine Consumption, İnsomnia, And Sleep Duration: Results From A Nationally Representative Sample. 2016.
44. Vardar S.(2005). Egzersiz ve Uyku İlişkisi Tam Olarak Biliniyor mu? *Genel Tıp Dergisi*. 15(4): 173-177.
45. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T ve ark. Ankara’da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010;53(2):122-31.
46. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB Yayıncılık, İstanbul,2000.
47. Yılmaz TT. Uyku Bozuklukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*.2002.
48. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Classification of Sleep Disorders 697 Manual, 2nd ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2005
49. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3 rd Ed. IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
50. *Temel ve Klinik Psikiyatri Kitabı*. Editör: Oğuz Karamustalıoğlu.Güneş Tıp Kitapevi, 2018.
51. Emirza MAA, Bican A, Bora İ, Özkaya G. Uyku laboratuvarı'nda kimler uyuyor? Bir retrospektif çalışma. *Türk Nöroloji Dergisi* 2012;18(1):21-5.

52. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD ve ark. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017; 13:307-49
53. Aydın H, Sütçügil L, Özgen F. İnsomnia. *T Klin Psikiyatri* 2001; 2(2):98-102.
54. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:1217-39.
55. Atay T. Uyku bozukluklarının temel belirtileri. Kaynak H, Ardıç S (Editörler). *Uyku fiziyojisi ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2011:111-7.
56. Oğuz KÖKTÜRK, "Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Genel Önlemler ve Medikal Tedavi," *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002; 50(1): 119-124
57. Härmä M, Kecklund G. Shift work and health-how to proceed? 2010;36:81-84.
58. Ancoli-Israel S. Sleep disorders in older adults. A primary care guide to assesing 4 common sleep problems in geriatrics patients. *Geriatrics* 2004; 59:37-40.
59. Grandjean CK, Gibbons SW. Assesing ambulatory geriatric sleep complaints. *Nurse Pract*. 2000; 25: 29-32.
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, (DSM 5)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
61. Emre, M. *Nöroloji Temel Kitabı*. 2013.
62. Nakata A, Takahashi M, Ikeda T et al. Perceived job stress and sleep-related breathing disturbance in Japanese male workers, *Social Science & Medicine* 2007;64: 2520–2532.
63. Thorpy MJ. *Neurotherapeutics. Classification of Sleep Disorders* 2012; 9(4):687–701.
64. Yılmaz H. *Parasomniler*. Kaynak H, Ardıç S (Editörler). *Uyku fiziyojisi ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2011:333-48.
65. Aksu M. *Huzursuz bacaklar sendromu*. Kaynak H, Ardıç S (Editörler). *Uyku fiziyojisi ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2011:351-9.
66. *Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması*  
.http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8\_a\_demir.pdf. erişim tarihi:05.04.2018)
67. Vesile Şenol, Ferhan Soyuer, Raziye Pekşen Akca ve ark. *Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*.i *Kocatepe Tıp Dergisi*, Cilt 13 No:2, Mayıs 2012

68. Özge Yavuz Sarı, Sarp Üner, Berkem Büyükakkuş ve ark. Bir üniversitenin yurtta kalan öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen bazı faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015;14(2).
69. Yasemin Üstün, Şebnem Çınar Yücel. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayı:1. 2011.
70. Hakkı Aktaş, Caferi Tayyar Şaşmaz, Aysel Kılınçer ve ark. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2015;8(2)
71. Gülnaz Karatay, Nazan Gürarslan Baş, Hamza Aldemir ve ark. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uyku Alışkanları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. HSP 2016;3(1):16-22
72. Polisomnografi dışı tanı yöntemleri-anketler. Türk Toraks Derneği Obstrüktif Uyku Apne Sendromu tanı ve tedavi uzlaşma raporu 2012. Sayfa 30-31
73. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018
74. National Sleep Foundation: sleep in America, Poll. Washington DC: National Sleep Foundation; 2008.
75. Czeisler AC, Winkelman LW, Richardson GS. Chapter 27. Sleep disorders. In Harrison's 15th ed. Principles of internal medicine: eds Brauman E, Fauci AS, Kasper DL, Houser SL, Longo DL, Jameson J.
76. Guallar-Castillón P, Bayán-Bravo A, Leon-Munoz LM ve ark. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleep with health-related quality of life: a cohort study. Prev Med 2014;67:248e54.
77. Schenck CH, Mahowald MW. Long-term, nightly benzodiazepine treatment of injurious parasomnias and other disorders of disrupted nocturnal sleep in 170 adults. Am J Med 1996;100:333e7.
78. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? Sleep 2013;37: 9e17.
79. Bassetti CL, Dogas Z, Dijk DJ ve ark. The future of sleep research and sleep medicine in Europe: a need for academic multidisciplinary sleep centres. In: Bassetti CL, Knobl B, Schulz H, editors. European Sleep Research Society (1972e2012). 40th Anniversary of the ESRS, Regensburg, Bern; 2012. p. 7e8.

80. Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J. Journal Of Clinical Sleep Medicine.2011; 7(1):41-48.
81. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu M.M., ve ark. Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2010;4(3):12-22.
82. Türkiye’de Erişkin Toplumda Uyku Epidemiyolojisi Araştırması İlk Sonuçları. Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını; 2010.
83. Günaydın N. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(1):33-40
84. Tepe A. Sigara Bıraktıktan Bir Ay Sonra Uyku Kalitesindeki Değişikliğin Değerlendirilmesi (Tez). İzmir: Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; 2017
85. Ohayon MM, Vecchierini MF.” Normative sleep data, cognitive function and daily living activities in older adults in the community.”, Sleep, 2005;28(8):981-9.
86. Onat Ş. Osteoporozda Uykunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi. 2013;19: 32-7.
87. Karakoç B. Uyku kalitesi üzerine bir çalışma: Özel Dal Hastanesi sağlık çalışanları örneği. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
88. Balcı K. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde çalışan yetişkin bireylerin beslenme durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, 2017.
89. Güneş Z, Körükçü Ö, Özdemir G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2):10-7.
90. Eyüpoğlu A. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Doktorlarının Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, 2017.
91. Ghalichi L, Pournik O, Ghaffari M ve ark. Sleep Quality among Health Care Workers. Archives of Iranian Medicine. 2013;16(2):100-103.
92. Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(1):81-8.

93. Aslan, S. Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların uyku kalitesinin ve uyku kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017
94. Karagözoğlu S, Bingöl N (2008). Sleep quality and job satisfaction of turkish nurses. *Nursing Outlook*, November- December; 56(6):298-307.
95. Eygören EC. Uyku kalitesi ve süresi ile obezite ve besin seçimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2018
96. Kıyanut Z. Edirne İl merkezinde 20-64 yaş arası popülasyonda uyku kalitesinin yorgunluk üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi. Trakya Üni. Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. 2015
97. Axelsson J, Akerstedt T, Kecklund G. Tolerance to shift work-how does it relate to sleep and wakefulness? *International Archives of Occupational and Environmental Health* 77: 121-129, 2004.
98. Rahe C, Czira ME, Teismann H. Associations between poor sleep quality and different measures of obesity. *Sleep Medicine* 16: 1225- 1228, 2015.
99. Lemma S, Patel SV, Tarekegn YA ve ark. The epidemiology of sleep quality, sleep patterns, consumption of caffeinated beverages, and khat use among ethiopian college students. *Sleep Disorders* 2012:583510. Erişim: [http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/11375878/35810\\_89.pdf?sequence=1](http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/11375878/35810_89.pdf?sequence=1).
100. Çelebi D. Sigara bırakmanın solunum fonksiyon testi ve uyku kalitesi üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2011.
101. Lizhen HU, Sekine M, Gaina A. Association between sleep quality and smoking in Japanese civil servants. *Sleep and Biological Rhythms* 5(3):196-203, 2007
102. Şekerci K. (2005) Hastanede Görev Yapan Sağlık Personelinin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi ELAZIĞ
103. Okutan A. Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Gaziantep 2018.

104. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A ve ark. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 7(3): 193-198, 2014.
105. Zunhammer M, Eichhammer P, Busch V. Sleep Quality During Exam Stress: The Role Of Alcohol, Caffeine And Nicotine. Plos One .2014; 9(10): 109490
106. Lund HG, Brian, B A, Reider, D. Ve ark."Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students". Journal of Adolescent Health,2009; 26: 1–9.
107. Hindmarch I<sup>1</sup>, Rigney U, Stanley N ve ark. A naturalistic investigation of the effects of day-long consumption of tea, coffee and water on alertness, sleep onset and sleep quality. Psychopharmacology (Berl). 2000 Apr;149(3):203-16.
108. Çalıyurt O. Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Psikiyatri ABD. Tıpta Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, 1998.
109. James B O, Omoaregba OJ, Igberase OO. Prevalance and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian University. Ann Nigerian Med 2011;5:1-5. Erişim: [http://www.anmjournal.com/temp/AnnNigerianMed511-6927127\\_191431.pdf](http://www.anmjournal.com/temp/AnnNigerianMed511-6927127_191431.pdf).
110. Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C ve ark. 4-5-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2):8-11. Erişim: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/duzcesbed/article/viewFile/1039000073/1039000042>.
111. Saygılı S. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk. Electronic Journal Of Vocational Colleges. 2011.
112. Soykök G. Sivas il merkezinde 60 yaş ve üzeri bireylerde, uyku kalitesi, gündüz uykululuk hali, beslenme durumu ve bunların kognitif fonksiyonlarla ilişkisi. (Uzmanlık tezi) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. 2011
113. Kutlu MY. Uyku Kliniğine Başvurmuş ve Uyku Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerde Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü psikoloji Ana Bilim Dalı. İstanbul 2018



114. Keskin N. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi.  
ukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.  
Adana-2016



## EK-1 ANKET FORMU

1. Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar () Dul ()

4. Çocuk sahibi olma durumunuz: Evet () Hayır ()

cevabınız evet ise çocuklarınızın yaşları kaçtır:.....

5. Eğitim durumunuz nedir? a) İlkokul mezunu() b) Ortaokul mezunu() c) Lise mezunu()

d) Üniversite ve lisansüstü eğitim() e) okuma- yazma yok

6.Çalışma durumunuz: Evet () Hayır() cevabınız evet ise işiniz:.....

7. Vardiyalı bir işte çalışma durumunuz: Evet () Hayır() cevabınız evet ise ne zamandır?.....

8. kilonuz: ..... Boyunuz:.....

9. Sigara kullanma durumunuz: Evet () Hayır() Cevabınız evet ise açıklayınız:.....

Bıraktım() bıraktıysanız eğer ne zaman bıraktınız:..... kaç yıl içtiniz:.....

10. Alkol Kullanıyor musunuz?: Evet () Hayır() cevabınız evet ise Açıklayınız:

11. Günlük tükettiğiniz çay- kahve miktarı ne kadardır? :.....

12. Kronik bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır() cevabınız evet ise hastalığınız nedir açıklayınız?.....

13. Düzenli olarak aldığınız bir İlaç var mı? Evet () Hayır() cevabınız evet ise ilaç olarak ne kullanıyorsunuz açıklayınız:.....

14. Daha önce uyku probleminiz oldu mu?: Evet () Hayır() cevabınız evet ise uyku problemi yaşama zamanınız:..... İlaç kullanmanız gerekti mi:.....

15. . Daha önce Psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?: Evet () Hayır() cevabınız evet ise açıklayınız:.....

16. Ailenizde uyku problemi yaşayan yakınlarınız var mıdır? Evet ( ) Hayır( )  
cevabınız evet ise yakınlık derecesi:.....

17. Ailenizde psikiyatrik bir hastalığı olan yakınlarınız var mıdır? Evet ( )  
Hayır( ) cevabınız evet ise yakınlık derecesi:..... psikiyatrik  
hastalık:.....



## EK-2 PUKİ

### Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

1. Genellikle saat kaçta uyku için yatağa gidersiniz?
2. Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?
3. Genellikle sabah saat kaçta uyanırsınız?
4. Geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır (yatakta geçirilen süre değil uyku süresi)?

5. Geçen ay içerisinde	HİÇ YOK (0)	HAFTADA 1'DEN AZ (1)	HAFTADA 1-2 KERE (2)	HAFTADA 3 YADA DAHA FAZLA (3)
a. 30 dak içerisinde uykuya dalamadım				
b. Uykunun ortasında ya da sabah çok erken uyandım				
c. Banyoyu kullanmak zorunda kaldım				
d. Rahat nefes alamadım.				
e. Şiddetli horladım veya öksürdüm				
f. Soğuk hissettim				
g. Sıcak hissettim				
h. Kötü rüya gördüm				
i. Ağrım oldu				
j. Diğer nedenler				
6. Geçen ay içerisinde uykuya yardım için ne kadar sıklıkla ilaç kullanmak zorunda kaldınız?				
7. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla uyanırken araç kullanma, yemek yeme veya sosyal aktivitelerde uykululuk nedeni ile zorluk çektiniz?				

HİÇ YOK (0)	HAFTADA 1'DEN AZ (1)	HAFTADA 1-2 KERE (2)	HAFTADA 3 YADA DAHA FAZLA (3)
-------------	----------------------	----------------------	-------------------------------

**8. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla isteksizlik hissettiniz?**

ÇOK İYİ (0)	OLDUKÇA İYİ (1)	OLDUKÇA KÖTÜ (2)	ÇOK KÖTÜ (3)
-------------	-----------------	------------------	--------------

**9) Geçen ay içerisinde genel olarak uyku kaliteniz için ne yorum**



## EK-3 ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.  
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987-253  
Konu : Etik Kurul Kararı  
Toplantı Tarihi : 20.06.2017  
Toplantı No : 2017/09  
Proje No : 17-KAEK-098

21.06.2017

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Gülseren OKTAY

Etik Kurulumuzun 20.06.2017 tarihli toplantısında görüşülen 17-KAEK-098 numaralı “Erişkinlerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Resul YILMAZ  
Başkan



