

Sosyo Demografik Özelliklerin Uyku Kalitesine Etkisine Yönelik Bir Çalışma

Arş. Gör. Melike SELÇUK ARPINAR¹

¹Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, melikeselcuk@marmara.edu.tr

Özet: Bu çalışma sosyo demografik değişkenlerin uyku kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Veri toplamak amacıyla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI) kullanılmıştır. Yetiştiriliş, aile tipi ve yaşanan yer gibi nitelikler dahilinde uyku ile ilişkiye etki eden faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Böylelikle etki eden faktörlere dair farkındalık kazandırılmış olacak ve ilgili çalışmalar arttırılabilecektir.

Anahtar kelimeler: Uyku, Uyku bozuklukları, Sosyo-demografik.

A Study on the Effect of Socio-Demographic Features on Sleep Quality

Abstract: This study was created to examine the relationship between sleep quality and sleep quality of socio demographic variables. Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI) was used to collect data. It is important to determine the factors that affect sleep and relationship within qualifications such as upbringing, family type and place of place. Thus, awareness about the factors that affect them will be gained and related studies can be increased.

Keywords: sleep, sleep disorders, socio-demographic.

1. GİRİŞ

Uyku Kavramı

Temel insan gereksinimlerinden olan uyku bireysel olarak değişiklik göstermekte olup, her birey kendi doğal sürecinde değerlendirilmelidir. Tüm yaş gruplarındaki bireyler arasında uyku süresi ve kalitesi değişmektedir. Aslında uykuda geçen saatlerin süresinden daha önemli olan uyku uyanıklık döngüsünün düzenli sürdürülmesi olarak önerilmektedir (Demir, 2011 s. 688).

Uyku kalitesi, kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, enerjik ve yeni güne hazır hissetmesidir (Günaydın, 2014 s. 34). Sağlıklı bir uyku için önemli olan süreden çok uykunun kalitesidir. Kişinin uyanığında kendini zinde ve dinlenmiş hissettiği, gün boyunca da konsantrasyon eksikliği ve yorgunluk hissi yaşamadan, işlevlerini aksatmadan yerine getirebildiği uyku süresi kişi için yeterlidir (Günaydın, 2014 s. 34). Uyku kalitesini belirleyen birçok çevresel, mental ve bedensel etken bulunmaktadır (Lopes, 2012 s6). Bu etkenler yaş, cinsiyet, ırk, fiziksel aktivite, medeni hal, yaşam dönemi (gebelik vb.), ekonomik durum, yaşam stili, ilaç kullanımı, alkol vb. şeklinde sıralanmaktadır (Lopes, 2012 s. 6; Demir, 2011 s. 685). Bu etkenlerden bir kısmı aşağıda incelenmektedir:

Yaş: Yaşamın ilk dönemlerinde kişi zamanın büyük kısmını uykuda geçirmektedir. Yaş ilerledikçe uyku ihtiyacı da azalmaktadır. Toplam uyku süresi, yaş ilerledikçe azalmaktadır (Şahin, 2013 s. 96). REM uyku süresi yaşa bağlı olarak değişmezken, çocukların yetişkinlere oranla daha çok, yaşlıların ise daha az yavaş dalga uykusu (NREM 3. ve 4. evre)

olduğu bilinmektedir (Thorpy, 2001 s.7). Yaşlılar, gençlere kıyasla uykuya daha uzun süre sonrasında dalarken, geceleri de daha sık ve hızlı uyanırlar. Normal bir yetişkin ortalama 10-30 dakika arasında uykuya dalarken bu süre yaşlılarda 1 saat ya da daha uzun sürebilmektedir (Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 162).

Cinsiyet: Cinsiyet, uyku değerlendirmelerin açısından önemli bir faktördür. Yaş ilerledikçe yavaş dalga uykusu ve genel uyku etkinliği erkeklerde, kadınlardan daha fazla azalma göstermektedir (Sadock 2010 s.278) Yapılan araştırmalar, kadınların erkeklere oranla daha çok uyku sorunu yaşadıklarını göstermiştir. Ancak kadınlar yaşadıkları uyku sorunlarına rağmen erkeklerden daha fazla uyudukları bilinmektedir (Kaynak, 2001 s. 53).

Fiziksel etkinlik: Fiziksel aktivite kişinin yorulmasını sağlayarak böylelikle daha kolay uyumasına sebep olmaktadır. Gün içerisinde hafif egzersizler yapmak, uykuya dalışı kolaylaştırmaktadır. Sabah erken saatlerde ve uyku öncesinde yapılan egzersizler uykuya bir fayda sağlamaz. Uyku için en doğru egzersiz zamanı, öğleden sonra ya da akşamüzeri saatleridir. Ancak düzensiz yapılan egzersizler, uykunun bozulmasına sebep olabilmektedir. Tüm gün aktif olan, spor yapan bireylerin uykuya daha kolay daldığına inanılmaktadır. Fakat yorgunluğun aşırı boyutta olması, REM uykusunun ilk evresini kısaltırken, dinlenme ile birlikte REM evreleri uzamaya başlamaktadır. Hafif bir bedensel yorgunluk uykuyu kolaylaştırırken, stresli, yoğun ve kötü bir gün sonrası yaşanan aşırı yorgunluk, uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır (Lopes, 2012 s. 12; Demir, 2011 s. 685).

Yaşam stili: Yaşam stili, uyku düzenini ve kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Vardiyalı biçimde çalışan kişiler, değişen uyku saatlerine adapte olmakta zorluk yaşamaktadır. Gece çalışan kişilerde birkaç hafta içinde biyolojik saatte kayma gerçekleşmektedir. Vardiyalı çalışma sistemi, kesintili uyku ve yorgunluk kaynaklı sağlık problemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir (Axelsson vd, 2004 s. 121). Alışılmışın dışında ağır bir iş performansıyla çalışmak, geç saatlerdeki aktivitelere dahil olmak, uyku düzenini bozabilir ve uyku programına sadık kalmak zorlaşabilir.

Alkol ve madde bağımlılığı: Az ya da orta miktar alkol kullanımı başlangıçta sedatif etki yaratarak uykuya dalmayı kolaylaştırmakta, fakat zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arası geçişlerin artmasına, NREM 4. evre ve REM uykusunun azalmasına sebep olmaktadır (Thorpy, 2001 s. 8). Geceleri devamlı uyanma ve uykuya dalmada zorluk yaşama durumları oluşturmaktadır. Bu sebeple bireyler, bedensel ve zihinsel olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün agresiflik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet ederler. Sigara kullanan kişilerde nikotinin uyarıcı etkisi sebebiyle uykuya dalış zorlaşmakta ve hafif uyku gözlenmektedir (Lopes, 2012 s. 9). Kafeinin genellikle uyku latansını uzattığı, toplam uyku süresi ve etkinliğini azalttığı, uyku kalitesinde düşüşe sebep olduğu bilinmektedir. Kafein duyarlılığı, yaşlı yetişkinlerde gençlere oranla daha yüksektir ancak etkilenen doz, kişisel özelliklere ve genetik unsurlara göre değişmektedir (Clark ve Landolt, 2016 s. 3).

Beslenme: Sağlıklı beslenen bireyler rahat uyurlar. Gece fazla ağır gıdalar tüketmek sindirim gücünü sebebi ile uykunun bölünmesine sebep olmaktadır. Bazı yiyecek ve içeceklerin tüketilmesinin uykuyu etkilediği bilinmektedir., Karbonhidratlar serotonin oranını etkileyerek rahatlatma ve sakinlik hissi yaratırken, protein içeren yiyecekler uykuya dalışı kolaylaştırmaktadır (Demir, 2011 s. 685). Bu sebeple uykusuzluk problemi yaşayan kişilere uyku öncesinde ufak porsiyonlarda protein içeren gıdalar verilebilmektedir. Kilo alıp vermek de uyku düzenini etkilemektedir. Kilo vermek uyku süresini kısaltırken, kilo almak uyku süresinin uzamasına sebep olmaktadır (Kaynak, 2001 s. 54).

Hastalıklar: Hastalık durumlarında birey, diğerlerine oranla daha çok uykuya gereksinim duyarlar. Hastalıklar hem bedensel hem de mental açıdan bir stres kaynağıdır ve uyku düzenini etkilerler. Ağrıya sebep olan, bedensel rahatsızlıklar yaratan veya morali bozan, kaygı, depresyon gibi sorunlara sebep olan birçok hastalık, uyku problemlerine sebep olmaktadır. Uyku evrelerinde değişimlere sebep

olmaktadır. Örnek olarak hipertiroidizmde kişinin uykuya dalması için uzun süreye ihtiyacı vardır. (Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 163).

İlaç Kullanımı: Bazı ilaçlar, uyku kalitesinde bozukluğa neden olduğu gibi, uyku için tavsiye edilen bazı ilaçlar da faydadan çok yeni sorunlara sebep olabilmektedir. Hipnotik ilaçlar, derin uyku evrelerine geçişte bölünme, gün içinde uyuşukluk hali ve enerji azalmasına neden olabilmekte, diüretik, noktüriye ve betabloker ilaçlar kabuslara, benzodiazepin ilaçlar ise uyku zamanının artmasına, gün içerisinde uyumaların artmasına sebep olabilmektedir. Narkotik ilaçlar ise REM uykusunu bastırmakta ve gün boyu uykulu bir halde olmaya sebep olmaktadır (Kaynak, 2001 s. 53).

Anksiyete ve Stres: Gündelik hayatta stres ve anksiyete, uykusuzluğa sebep olan en temel problemlerdendir. Stres, kişinin gergin olmasına sebep olmakta, uykuya dalışını güçleştirmekte ve kolayca uyanmasına sebep olabilmektedir. Emeklilik, fiziksel engeller, hastalık, ölüm veya ekonomik güvencenin yokluğu kişide kaygı bozukluklarına ve depresyona sebep olabilmektedir. Bu tip duygusal stres kaynakları, uyku düzenini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaynak, 2001 s. 53; Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 164). Stres ayrıca, bireyin uykuya geçmesini zorlaştırır, uyku süresince sık sık uyanmalara neden olur. Stresin devam etmesi uyku alışkanlıklarının bozulmasına neden olur. Anksiyete kandaki norepinefrin düzeyini artırarak sempatik sinir sistemini uyarır. Bu kimyasal değişiklik NREM evre IV ve REM uykusunun azalması ile sonuçlanır ve evrelerdeki değişiklikler ve uyanmalar artar (Thorpy,2001 s. 19).

Çevre: Çevre uykuya dalma konusunda pozitif ya da negatif yönde etki edebilen bir faktördür. Gürültü ve uyku arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gürültülü alanlarda uyku yüzeyseldir ve uyku süresi kısadır. Kimi insanlar uyku için sessiz bir ortamı tercih ederlerken, kimileri de hafif bir müzik sesinde uyumayı seçebilirler. Odanın sıcaklığı da uyku üzerinde etkilidir. 24 santigrat derecenin üstündeki sıcaklıklar sık uyanmaya ve REM uykusunun kısalmasına neden olmaktadır. Yine 12 santigrat derecenin altındaki sıcaklıkta da olumsuz rüyalar görülmekte ve uyku kalitesi düşmektedir. Yatağın ebatı, sertliği, yalnız ya da partner ile uyumak da uyku kalitesini doğrudan etkilemektedir. Özellikle yaş arttığında, çevre ve yatağın güvenliği daha önemli hal almaktadır. Kimi insanlar karanlık ortamda uyumayı tercih ederken, çocuklarda loş ışıkta daha kolay uyku gözlenmektedir

Uyku Bozuklukları

Uykusuzluklar (Insomnia)

Uykusuzluk, arada rastlanan ve zamanla kronik bir hal alan, negatif sonuçlara neden olan ve en çok görülen uyku bozukluğudur. Bu bozuklukta yorgunluk, sinirlilik ve düşük performans gibi olumsuz durumlara rastlanmaktadır (Pigeon, 2010 s6). Uykusuzluk halen zor teşhis edilen, tedavisi karmaşık ve zahmetli bir durumdur. Uykusuzluk, bir sendrom, belirti veya hastalık olarak kişinin gündelik hayatını etkileyen ve kişiyi aciz bırakan özelliğindedir. Uykusuzluk, uykuya dalmakta zorlanma, uykunun devamlılığında bozulma ve uyanma evresinde yaşanan sorunlar olmak üzere üç ana problemle kliniğe yansımaktadır. Uykuya dalma problemi neticesinde yaşanan uykusuzlukta, temel tetikleyici durumlara ek olarak huzursuz bacak sendromu ve uyku-uyanıklık ritmi bozuklukları gözlenmektedir. Uykunun devamlılığında bozulma neticesinde yaşanan uykusuzluk psikiyatrik bozukluklar, uykuda periyodik bacak hareketleri ve solunum problemleri ile karakterizedir. Uyanma problemi ile ortaya çıkan uykusuzluk ise ise uyku-uyanıklık ritmi bozukluklarında gözlenebilmekle beraber en sık gözlenen biçimi depresyonla ortaya çıkan erken uyanma ve uyuyamama ile karakterizedir (Yetkin ve Aydın, 2014 s.3). Yaş, dış etkenler, sirkadyen ritim, tıbbi durumlar, kullanılan ilaçlar uykusuzluğa neden olabilen faktörlerdendir (Taylor, Gehrman, Dautovich, Lichstein ve McCrae, 2014 s.11). Yapılan bir araştırmaya göre uykusuzluk problemi yaşayan kişilerin yaşamayanlara kıyasla daha yüksek kaygı ve depresyon değerlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Kadınlar, erkeklere nazaran daha yoğun uykusuzluk sorunu yaşadıkları ve daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları bilinmektedir (Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel ve Bush, 2005 s.1462). Uykusuzluk, en yaygın görülen uyku şikâyetidir. Haftalarca sürebilen geçici ya da kısa süreli uykusuzluk, uyku düzeninde bozulmalar, olağan dışı bir uyku durumu ve stesli tecrübelerden dolayı meydana gelmektedir. Uzun süre uyanık olma hali, çoğunlukla zihin fonksiyonlarında bozulma ile bağlantılıdır ve bazen sinir sisteminde normal dışı aktivitelere neden olmaktadır. Uzun uyanıklık dönemlerinin sonlarına doğru, düşünceler ağırlaşmaktadır. Uzun süre mecburi olarak uyanık kalan kişide sinirlilik ve psikotik durum gelişebilmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak, uykunun merkezi sinir sisteminin çeşitli bölümleri arasında hem beyin aktivitelerinin duyarlılığını hem de dengeyi onardığı düşünülmektedir. Uyku rahatsızlıkları, henüz global ölçekte geniş çapta raporlanmamıştır. Uyku rahatsızlıklarına en çok sanayileşmiş toplumlarda rastlanmaktadır. Uyku rahatsızlıkları, beraberinde çeşitli önemli

problemleri de getirmektedir. Bu problemler sosyal yaşantıda sorunlara, hata ve kazalarda artışa ve üretim kaybına sebep olmaktadır. İş ve trafik kazaları düşünüldüğünde, uykusuzluk halk sağlığı açısından negatif sonuçlara da neden olabilmektedir (Pandi-Perimal vd., 2014 s.866). Günümüzde uykusuzluğun ölçülmesi ve tanımlanmasının nasıl yapılacağı yönünde daha büyük konseptlerin değerlendirilmesi çabasıyla uykusuzluğun kategorize edilmesi, değerlendirilmesi tedavisinde büyük avantajlar kazanılmıştır. Uykusuzluğun yeterince tanımlanamaması ve tedavisi, mühim sağlık problemlerine neden olmaktadır (Summers vd., 2006 s.277). Uyku bozukluğunun kişinin gündelik işlevlerine olan etkisi son derece önemlidir. Bu bozukluğun etkisi, uykusuzluktan ötedir. Çocuk ve yaşlılar uykusuzluk problemi yaşadıklarında, yakınları da bu sıkıntıyı taşımaktadır. Yine uykusuzluk, çalışanların iş performansını düşürmekte ve hayat kalitelerini düşürmektedir (Summers vd., 2006 s. 280). Uykusuzluk bir hastalık değildir. Sıradan bir durum ve semptom olarak ele alınmaktadır. Genellikle baş ya da karın ağrısı gibi durumlara karıştırılabilmektedir. Teşhis için öncelikle klinik öykü, hasta özgeçmişi ve aile görüşleri değerlendirilmektedir. Teşhis için kullanılan bazı ek yöntemler de mevcuttur. Uyku günlükleri aracılığıyla uyku/uyanıklık döngüsünün belgelenmesine yardımcı olmaktadır. Uykusuzluk şikâyetlerini kategorize edebilmek adına kullanılan yaygın metotlardan biri de süre ile ilintilidir. 2 haftadan kısa süren uykusuzluk geçici, 2-4 hafta arası kısa süreli ve 4 hafta üzeri kronik uykusuzluk olarak adlandırılmaktadır (Szuba vd., 2014 s. 14). Uykusuzluğun sınıflandırması yapılırken uykusuzluk süresine ek olarak kendine özgü semptomlar ele alınmaktadır. Uykusuz kişilerin değerlendirilmesinde detaylı tıbbi özgeçmiş önemli bir bilgi kaynağıdır. Kişinin taşıdığı bazı hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, uykusuzluğa neden olan biyolojik etkenler olabilmektedir. Uykusuzluğa sebep olan hastalıklar arasında metabolik ve endokrin bozukluklar, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem hastalıkları, romatizmal hastalıklar ve nörolojik patolojiler sayılabilir. Bu hastalıklara ek olarak çeşitli ilaçlar ve uyarıcılar da uykusuzluğa neden olabilmektedir (Buysse vd., 2014 s12); Antidepresanlar; trisiklik antidepresanlar kimi durumlarda uykusuzluğa neden olabilmektedir. Yine depresyon tedavisinde kullanılan çeşitli ilaçlar da, genellikle tedavinin başlangıcında bir yan etki olarak uykusuzluğa sebep olabilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları; ilk aşamada uykuya dalmayı kolaylaştırmakla beraber, kronik kullanımda ve kesilme evrelerinde uykusuzluğa

neden olabilmektedir. İlaçlar; antiaritmik ve antihipertansifler, Baklofen ve β -agonist/antagonistleri, dekonjestanlar, antikonvülsanlar, iştah azaltma amacıyla kullanılanlar, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, tiroid preparatları. Kişinin tecrübe etmekte olduğu gerginlik, anksiyete gibi durumların uykuya dalma için gereken gevşemeye mani olduğu, hatta uyumayı kargı verici bir durum olarak algılamalarına neden olabildiği bilinmektedir. Gerginlik ve anksiyete, uyku bozukluklarına neden olan temel etkenlerdendir. Birçok iç ve dış etken, kadınlarda uykusuzluğa neden olabilmekte ve normal uyku düzenlerini bozabilmektedir. Kadınlarda uyku döngüsünü bozan en yaygın etkenler hormon düzeyi, menopoz sonrası süreç ve hamilelik halidir. Birçok çalışma, yaşlı insanlarda uykusuzluğun daha sık gözlemlendiğini göstermektedir. Yine çeşitli araştırmalar, boşanmış, ayrılmış ve dul insanlarda evli olanlara nazaran daha yoğun uykusuzluk gözlemlendiğini belirlemiştir. Düşük eğitim seviyesi ve gelirin de uykusuzluk oranını etkilediği bilinmektedir. Farklı psikolojik ve fiziksel hastalıklar da uykusuzluğun sebeplerindendir. Uykusuzluk, depresyon belirtilerinden biridir ve uykusuzluk üzerinden yapılan bir depresyon teşhisi şaşırtıcı olmayacaktır (Szuba vd., 2014 s.46). Hipertansiyon hastalarında uykusuzluk şikayeti ve düzensiz uyku solunumu gözlenebilmektedir. Sigara, alkol ve kahve kullanımı da uykusuzluğa neden olabilmektedir (Buysse vd., 2014 s14). Uykusuzluk, yüksek sağlık bakımı ile tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu bakım ve tedavi maddi açıdan zorlayıcı olabilmektedir. Uykusuzluğun maddi sonuçlarının hesaplanışında, eşlik eden diğer hastalıkların payını ayırt edebilmek zordur (Metlaine vd., 2005 s.15). Uykusuzluk hayat kalitesini düşürmekte ve sosyal hayatı olumsuz etkileyebilmektedir. Uzun süreli uyanıklık hali, zihinsel fonksiyonlarda bozulmaya sebep olabilmektedir. Uykusuzluk, kişiyi genel sağlık durumu ve sosyal hayat açısından sorunlara yol açmaktadır. Zaman içerisinde kişinin hayat kalitesi düşmekte ve enerjisiz kalma hali ortaya çıkmaktadır (Metlaine vd., 2005 s11). Uykusuzluk şikâyeti olan bireylerin bir kısmında sadece uyku hijyeninin düzenlenmesi sayesinde önemli fayda sağlanabilmektedir. Hasta uyku hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve şartların düzenlenmesi için yönlendirilmez. Uyku hijyeni düzenlenmesi, uykuya yardımcı olmak adına kabul edilen genel pratikleri kapsamaktadır. Örnek olarak uykuya geçmekte zorlandığından şikayetçi olan bir hastanın hayatına bakıldığında işten eve 19.00'da geldiği, hızla yemek yiyip çocuklarıyla ilgilendiği, birkaç saat daha çalıştıktan sonra uykuya dalamadığı görülebilmektedir. Bu durumda ana sorunlardan

biri, uykuya hazırlanacak gevşemeyi yaşayacak bir akşam yaşamıyor olmasıdır. Uyku hijyeni sağlamak adına aşağıdaki maddelere önem verilmelidir (tural, 2014 s.11): Sabah uyandıktan sonra yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenebilmek için uykuya devam etmek uyku ritmini bozmakta ve dinlenmeyi de sağlamamaktadır. Güne her gün aynı saate başlanmalıdır. Düzenli uyuma uyanma saatleri belirlenmelidir. Hafta içi uykusuz kalmaya ve hafta sonları çöküşe neden olan uyku düzenlerinden kaçılmalıdır. Gündüz uykusundan kaçınılmalıdır. Gündüz şekerlemeleri sadece yaşlı ve kuvvetten düşmüş kişiler için fayda sağlamaktadır. Düzenli bir egzersiz rutini oluşturulmalıdır. İdeal egzersiz zamanı akşam saatleridir. Ancak akşamın geç saatlerinde egzersiz yapmak, uykuyu kaçırabilmektedir. Yatak odası ışık, ses ve ısı konusundan iyi düzenlenmeli ve konforlu bir hale getirilmelidir. Yatağa çok aç ya da tok girilmemelidir. Uyarıcı maddelerden, alkolden, kafeinli ve gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır. Gece boyunca saate bakarak zaman sayılmamalıdır.

Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları

Uyku esnasında genellikle horlama eşliğinde görülen solunum düzensizlikleridir. Bu bozuklukların uyku sırasında yaşanması ve belirtilerin hafif alınması teşhisin gecikmesine neden olmaktadır. Uykuda solunum bozuklukları aşağıda gruplanmıştır ((DSM-5, 2014 s.190); Santral uyku apne sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu, uykuya beraber kendini gösteren solunum kısıtlanması ya da oksijen azlığına bağlı sendromlar, diğer uyku ile ilişkili solunum bozuklukları.

Santral Kökenli Hipersomniler Hipersomni, bireyin normalde uyanık olması gereken anlarda uykulu olma hali yaşamasıdır. Hipersomni karşı konulmaz bir uyuma haline neden olduğu için kişinin gündelik hayatını ve performansını negatif yönde etkiler. Hasta araç kullanırken ya da iş esnasında dahi uyuyakalabilmektedir. Doktor sadece hastanın dış görünüşü üzerinden rahatsızlığın derecesini tahmin edebilir.

Sirkadiyen Ritim Bozuklukları Sirkadyen ritim en çok ışığın etkilediği bilinmektedir. Bunun dışında melatonin, günlük yaşamdaki fiziksel yorgunluk ya da sosyal etkileşim de manipüle edebilmektedir. Eşlik eden başka bir hastalığın varlığı söz konusu olmadığında sebebin kötü uyku hijyeni olduğu görülebilmektedir. Hasta çok ya da az uyumaktan şikayet etmektedir. Uyku ritm bozukluklarında temel belirti, uyumak istenen vakitte uyunamaması ve uyanık olmak gereken vakitlerde uyanık kalınmamasıdır. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları şu şekilde ifade edilmiştir (Thorpy, 2001 s.45): Gecikmiş uyku fazı bozukluğu, erken uyku fazı

bozukluğu, düzensiz uyku-uyanıklık ritmi, serbest gidişli uyku-uyanıklık ritmi, jet lag bozukluğu, vardiyalı çalışmaya bağlı uyku-uyanıklık ritim bozukluğu, tıbbi durumlara bağlı sirkadiyen ritim uyku bozukluğu.

Parasomniler Parasomni, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya geçiş esnasında meydana gelen, tam olarak uyanıklık ve uykuya dalma arasında kalma durumudur. Merkezi sinir sistemi uyarımı ile otonom sinir sistemi ve iskelet kaslarına iletimin gerçekleşmesi, hareket sistemi ya da bilişsel süreçlerin aktif hale gelmesiyle kendini gösterir. Farklı parasomniler uykunun farklı bölümlerinde ortaya çıkabilmekle beraber, yoğunlukla özgül uyku evreleri esnasında gözlenmektedirler. Parasomniler meydana çıktıkları uyku evrelerine göre çeşitli nitelikler taşırlar. Genellikle çocukluk yıllarında ortaya çıkar ve ergenlik döneminde de varlığını sürdürür. Aile hikayesi çoğunlukla pozitifdir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık gözlenir. Uykunun NREM döneminde ortaya çıkan parasomniler şu şekilde sıralanmaktadır.

Konfüzyonel uyanma; Yetişkin bireylerde görülme oranı %4'tür. Genellikle yorgun geçen bir gün sonrasında uyuduktan bir saat sonra ortaya çıkar. Grip, burun tıkanıklığı, uyku apnesi gibi rahatsızlıklar konfüzyonel uyanmayı tetikleyen unsurlardır. Genellikle 5 ila 15 dakika aralığında sürer.

Uyku terörü; Uykudan çığlık atarak ani biçimde ve korku ile ağlayarak uyanma halidir. Kafayı duvara vurma, koşturma ya da yataktan düşme gibi motor bulgular gözlenebilir. Kişi uyanık görünmekle beraber konfüzyondadır. Uyandıığında olanların tümüne karşı amneziktir.

Uyurgezerlik; Genellikle çocuklarda gözlenir. Uyku esnasında dolaşma halidir. Kişi izlendiğinde uyanık olduğu sanılabilir, kapı kilitlerini açar, evden çıkar, buzdolabını kurcalar. Çoğunlukla söyledikleri anlaşılmaz. Kişiyi bu esnada uyandırmak son derece zordur.

Ritmik hareket bozukluğu; Sıklıkla boyun ve baş kaslarında tekrarlayan hareketlerdir. Başını ani vurma sonucu yaralanmalar ortaya çıkabilir.

Uykuda konuşma; Yüzeysel NREM, bazen de REM fazında gözlemlenir. Kişi manasız sesler çıkarır ya da belirsiz biçimde mırıldanır. (DSM-5, 2014 s.196). Ardından farkında olmadan o esnada odada bulunan kişilerle ayrıntılı bir sohbete başlar. Kalitesiz uyku, stres gibi durumlar uykuda konuşma ataklarını sıklaştırır. Bir uyku bozukluğundan dolayı ortaya çıkmadığı takdirde tedavi edilmesi gerekli değildir (DSM-5, 2014 s.197). REM uykusu parasomnileri ise şu şekildedir;

REM'le ilişkili davranış bozukluğu; Yetişkinlikle beraber görünen bir tür parasomnidir. REM fazında gerçekleşen atoninin olmaması ve gerçekçi görülen rüyalar ile kendini gösteren genellikle tehlikeli motor hareketlerin gözlemlendiği süreçlerdir. Haftada ya da gecede birkaç kez tekrarlayabilir. Kişi kendisine ve uyku partnerine zarar verebilir. O esnada gördüğü saldırı içerikli kabusu sabah tüm detaylarıyla hatırlar. Özellikle 50 yaş üstü erkeklerde sıkça gözlenir (Tuncel ve Orhan, 2009 s.287). **Kabus;** Kişi rüya esnasında korku ile uyanır. Normal tipte kişi genellikle uyanmayabilir ve rüya tekrar etmez. Ancak bozukluk durumunda kişi karabasanlar ve ürkütücü rüyalar ile uykudan uyanır" (Tural, 2014 s.10). Uyku terörü kabuslardan farklı olarak daha belirgin bulgulara sahiptir ve ertesi sabah olayların hatırlanmaması söz konusudur.

Yineleyici izole uyku paraliz (karabasan); Kişi uykuya dalar ya da uyanırken hareket edememe hali yaşar. Semptomu olan her evre birkaç saniye ila birkaç dakika arasında sürer. Genellikle çığlık ve dehşet ile uyanma gözlenir. Çocuklarda daha yoğun rastlanır. Kişi yoğun bir sıkıntı yaşar ve rüya ile gerçeği karıştırır. Özel bir tedavisi yoktur (Tural, 2014 s.10). Uyku tıbbı, günümüzde son derece ilerlemiş, yaygınlaşmış ve tıp fakültesi eğitim programlarında daha fazla yer edinmiştir. Bütün bu ilerlemeye rağmen hem toplumun hem de doktorların uyku ve uyku bozuklukları ile alakalı yeterince bilgi sahibi olmadıkları bilinmektedir. Bu durumun düzeltilmesi şarttır zira uyku ile alakalı hastalıklar toplumda sıkça gözlenir ve kişinin hayatını negatif yönde etkiler. Kişi okul ve iş hayatını, sosyal yaşantısını, mevcut ilişkilerini yönetmekte zorlanır ve birçok problemle karşılaşabilir. Uyku rahatsızlıklarının bir kısmı, hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilmektedir. Yine uyku bozuklukları, bireyin bilişsel fonksiyonlarına zarar verebilmekte, psikiyatrik ya da diğer sistemlerde hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Kronik uykusuzluk kişinin bağışıklık sistemini güçsüzleştirerek enfeksiyonların önünü açmaktadır. Uyku kalitesinde bozukluğa sebep olan hastalıklar, epileptik bireylerde nöbet sıklığını artırmaktadır. Bu durumda temeldeki uyku bozukluğu tedavi edilmeden nöbetleri kontrol etmek mümkün olmayacaktır (Alp ve Altındag,2014 s.48).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez: sosyo demografik değişkenlerin uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 18-45 yaş arası sosyal medya kullanıcıları oluşturmaktadır. Araştırmada kesitsel olarak 451 kişi örneklem olarak alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket seçilmiştir. Anket kişisel bilgi formu, ve uyku kalitesinden oluşmaktadır.

2.4. Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

1989 yılında Buysse ve ark. tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirir. PUKİ'nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur. Son 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Sözü edilen 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Öz bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında

dikkate alınmaz. Öz bildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bunlar uyku süresinin, uyku 56 latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini ile ilgilidir. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın yüksekliği uyku kalitesinin kötü olması anlamına gelmektedir.

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada toplanan veriler istatistik paket programı (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde t-testi, Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	20 Yaş Ve Altı	109	24,2
	21-30 Yaş	187	41,5
	31-40 Yaş	101	22,4
	40 Yaş üzeri	54	12,0
	Toplam	451	100,0
Cinsiyet	Kadın	321	71,2
	Erkek	130	28,8
	Toplam	451	100,0
Medeni Durum	Evli	149	33,0
	Bekar	280	62,1
	Ayrı Ve Dul	22	4,9
	Toplam	451	100,0
Evde Kiminle Yaşadığı	Yalnız	41	9,1
	Sadece Eş	41	9,1
	Eş Ve Çocuklar	105	23,3
	Anne Ve Baba	198	43,9
	Diğer	66	14,6
	Toplam	451	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	19	4,2
	Lise	71	15,7
	Üniversite	276	61,2
	Yüksek Lisans - Doktora	85	18,8
	Toplam	451	100,0
Çocuk Sayısı	Yok	323	71,6
	1	65	14,4

	2 Ve üzeri	63	14,0
	Toplam	451	100,0
Şu Anda Yaşanan Yer	Kasaba	15	3,3
	Şehir	436	96,7
	Toplam	451	100,0
Çocukluğun Geçirildiği Yer	Köy	56	12,4
	Kasaba	29	6,4
	Şehir	366	81,2
	Toplam	451	100,0
Aylık Gelir Düzeyi	1000 TL Den Az	105	23,3
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	22,0
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	32,2
	4000 TL Ve üzeri	102	22,6
	Toplam	451	100,0
Çalışma Durumu	Evet	223	49,4
	Hayır	228	50,6
	Toplam	451	100,0
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	42	18,8
	1 - 5 Yıl Arası	79	35,4
	5 - 10 Yıl Arası	53	23,8
	11 Yıl Ve üzeri	49	22,0
	Toplam	223	100,0
Haftalık Çalışma Süresi	Ortalama 40 Saat	120	53,8
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	46,2
	Toplam	223	100,0
Aile Dışında Sosyal Destek Durumu	Evet	314	69,6
	Hayır	137	30,4
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiği	Anne	79	17,5
	Anne + Baba	350	77,6
	Diğer	22	4,9
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığı	Aşırı İlgiyle	68	15,1
	Yeterince İlgi İle	338	74,9
	İlgisiz	45	10,0
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğü	Aşırı Kontrol	106	23,5
	Yeterince Kontrol	293	65,0
	Az Kontrol	52	11,5
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Aile Durumu	Bütün	406	90,0
	Boşanmış	25	5,5
	Parçalanmış	20	4,4
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumu	Evet	439	97,3
	Hayır	12	2,7
	Toplam	451	100,0

Bireyler yaş değişkenine göre 109'u (%24,2) 20 yaş ve altı, 187'si (%41,5) 21-30 yaş, 101'i (%22,4) 31-40 yaş, 54'ü (%12,0) 40 yaş üzeri olarak dağılmaktadır. Bireyler cinsiyet değişkenine göre 321'i (%71,2) kadın, 130'u (%28,8) erkek olarak dağılmaktadır.

Bireyler medeni durum değişkenine göre 149'u (%33,0) evli, 280'i (%62,1) bekar, 22'si (%4,9) ayrı ve dul olarak dağılmaktadır. Bireyler evde kiminle yaşadığı değişkenine göre 41'i (%9,1) yalnız, 41'i (%9,1) sadece eş, 105'i (%23,3) eş ve çocuklar, 198'i

(%43,9) anne ve baba, 66'sı (%14,6) diğer olarak dağılmaktadır. Bireyler eğitim düzeyi değişkenine göre 19'u (%4,2) ilköğretim, 71'i (%15,7) lise, 276'sı (%61,2) üniversite, 85'i (%18,8) yüksek lisans - doktora olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuk sayısı değişkenine göre 323'ü (%71,6) yok, 65'i (%14,4) 1, 63'ü (%14,0) 2 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bireyler şu anda yaşanan yer değişkenine göre 15'i (%3,3) kasaba, 436'sı (%96,7) şehir olarak dağılmaktadır. Bireyler çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre 56'sı (%12,4) köy, 29'u (%6,4) kasaba, 366'sı (%81,2) şehir olarak dağılmaktadır. Bireyler aylık gelir düzeyi değişkenine göre 105'i (%23,3) 1000 TL den az, 99'u (%22,0) 1000 TL - 2000 TL arası, 145'i (%32,2) 2000 TL - 4000 TL arası, 102'si (%22,6) 4000 TL ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bireyler çalışma durumu değişkenine göre 223'ü (%49,4) evet, 228'i (%50,6) hayır olarak dağılmaktadır. Bireyler meslekte çalışma süresi değişkenine göre 42'si (%18,8) 1 yıldan az, 79'u (%35,4) 1 - 5 yıl arası, 53'ü (%23,8) 5 - 10 yıl arası, 49'u (%22,0) 11 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Bireyler haftalık çalışma süresi değişkenine göre 120'si (%53,8) ortalama 40 saat, 103'ü (%46,2) ortalama 45 saat ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bireyler aile dışında sosyal destek durumu değişkenine göre 314'ü (%69,6) evet, 137'si (%30,4) hayır olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği değişkenine göre 79'u (%17,5) anne, 350'si (%77,6) anne + baba, 22'si (%4,9) diğer olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre 68'i (%15,1) aşırı ilgiyle, 338'i (%74,9) yeterince ilgi ile, 45'i (%10,0) ilgisiz olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre 106'sı (%23,5) aşırı kontrol, 293'ü (%65,0) yeterince kontrol, 52'si (%11,5) az kontrol olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuklukta aile durumu değişkenine göre 406'sı (%90,0) bütün, 25'i (%5,5) boşanmış, 20'si (%4,4) parçalanmış olarak dağılmaktadır. Bireyler çocuklukta anne baba yaşama durumu değişkenine göre 439'u (%97,3) evet, 12'si (%2,7) hayır olarak dağılmaktadır.

Tablo 2. Uyku Kalitesine Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Uyku Kalitesi	451	7,084	3,662	0,000	20,000

Araştırmaya katılan bireylerin "uyku kalitesi" puan ortalaması (7,084±3,662); olarak saptanmıştır.

Uyku Kalitesinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 3. Uyku kalitesinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	20 Yaş Ve Altı	109	7,606	3,263	2,401	0,067
	21-30 Yaş	187	7,235	3,675		
	31-40 Yaş	101	6,307	3,736		
	40 Yaş üzeri	54	6,963	4,079		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4. Uyku Kalitesinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	1000 TL Den Az	105	7,267	3,547	1,356	0,256
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	7,616	3,948		
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	6,717	3,457		
	4000 TL Ve üzeri	102	6,902	3,754		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5. Uyku Kalitesinin Evde Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Yalnız	41	7,585	3,866	1,911	0,108
	Sadece Eş	41	5,634	2,718		
	Eş Ve Çocuklar	105	7,114	4,105		
	Anne Ve Baba	198	7,237	3,562		
	Diğer	66	7,167	3,480		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının evde kiminle yaşadığı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$)

Tablo 6. Uyku Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	İlköğretim	19	8,947	4,075	1,734	0,159
	Lise	71	7,028	3,329		
	üniversite	276	7,018	3,739		
	Yüksek Lisans - Doktora	85	6,929	3,528		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.0$)

Tablo 7. Uyku Kalitesinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Evli	149	6,738	3,814	1,129	0,324
	Bekar	280	7,286	3,583		
	Ayrı Ve Dul	22	6,864	3,590		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 8. Uyku Kalitesinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	1 Yıldan Az	42	7,500	3,590	1,053	0,370
	1 - 5 Yıl Arası	79	7,481	3,738		
	5 - 10 Yıl Arası	53	6,547	4,259		
	11 Yıl Ve üzeri	49	6,612	3,587		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Uyku Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Yok	323	7,152	3,533	0,348	0,706
	1	65	7,092	3,831		
	2 Ve üzeri	63	6,730	4,147		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Aile Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Bütün	406	6,924	3,610	7,413	0,001	3 > 1 3 > 2
	Boşanmış	25	7,280	3,635			
	Parçalanmış	20	10,100	3,611			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta aile durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,413$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta aile

durumu parçalanmış olanların uyku kalitesi puanları ($10,100 \pm 3,611$), çocuklukta aile durumu bütün olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,924 \pm 3,610$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta aile durumu parçalanmış olanların uyku kalitesi puanları ($10,100 \pm 3,611$), çocuklukta aile durumu boşanmış olanların uyku kalitesi puanlarından ($7,280 \pm 3,635$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiğine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Anne	79	8,304	3,864	6,582	0,002	1 > 2
	Anne + Baba	350	6,754	3,577			
	Diğer	22	7,955	3,331			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,582$; $p=0,002<0.05$).

Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta anne tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi puanları ($8,304 \pm 3,864$), çocuklukta anne + baba tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi puanlarından ($6,754 \pm 3,577$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğüne Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Aşırı Kontrol	106	8,142	3,587	9,528	0,000	1 > 2 3 > 2
	Yeterince Kontrol	293	6,543	3,539			
	Az Kontrol	52	7,981	3,913			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan

tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,528$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla

tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü aşırı kontrol olanların uyku kalitesi puanları (8,142 ± 3,587), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü yeterince kontrol olanların uyku kalitesi puanlarından (6,543 ± 3,539) yüksek

bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü az kontrol olanların uyku kalitesi puanları (7,981 ± 3,913), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü yeterince kontrol olanların uyku kalitesi puanlarından (6,543 ± 3,539) yüksek bulunmuştur.

Tablo 13. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Aşırı ilgiyle	68	8,015	3,618	15,426	0,000	3 > 1
	Yeterince ilgi ile	338	6,586	3,382			1 > 2
	İlgisiz	45	9,422	4,560			3 > 2

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=15,426; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların uyku kalitesi puanları (9,422 ± 4,560), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların uyku kalitesi

puanlarından (8,015 ± 3,618) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların uyku kalitesi puanları (8,015 ± 3,618), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların uyku kalitesi puanlarından (6,586 ± 3,382) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların uyku kalitesi puanları (9,422 ± 4,560), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların uyku kalitesi puanlarından (6,586 ± 3,382) yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Uyku Kalitesinin Çocukluğun Geçirildiği Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Köy	56	7,464	3,861	0,435	0,648
	Kasaba	29	7,310	4,072		
	Şehir	366	7,008	3,603		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 15. Uyku Kalitesinin Aile Dışında Sosyal Destek Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	314	6,994	3,752	-0,795	0,427
	Hayır	137	7,292	3,452		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının aile dışında sosyal destek durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 16. Uyku Kalitesinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Kadın	321	7,417	3,788	3,064	0,001
	Erkek	130	6,262	3,198		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($t_{(449)}=3.064$; $p=0.001<0,05$). Kadınların uyku kalitesi puanları ($\bar{x}=7,417$), erkeklerin uyku kalitesi puanlarından ($\bar{x}=6,262$) yüksek bulunmuştur

Tablo 17. Uyku Kalitesinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Ortalama 40 Saat	120	6,658	3,677	-1,757	0,080
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	7,553	3,925		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Uyku Kalitesinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	223	7,072	3,811	-0,072	0,943
	Hayır	228	7,097	3,518		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	439	7,036	3,663	-1,680	0,094
	Hayır	12	8,833	3,326		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocuklukta anne baba yaşama durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Uyku Kalitesinin Şu Anda Yaşanan Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Kasaba	15	8,533	4,518	1,561	0,119
	Şehir	436	7,034	3,625		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının şu anda yaşanan yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3. TARTIŞMA ve SONUÇ

Anne tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi daha yüksektir. Uyku kalitesinin çocuklukta nasıl bir disiplin ile büyütüldüğüne göre nasıl farklılaştığı incelendiğinde; aşırı kontrol ile büyütülenlerin daha yüksek uyku kalitesi tarifledikleri görülmektedir. Aynı zamanda, ilgisiz büyütülen katılımcıların daha yüksek uyku kalitesi ifade ettikleri dikkat çekmektedir.

Ailevi ya da sosyal konularda sorun yaşayan çocuklarda depresyon ve kaygı bozukluğundan kaynaklı daha sık kötü uyku kalitesi görülmektedir (Şenol vd 2012 s.99). Aile yapısındaki bozukluklar, uyku düzensizliğinin temel sebeplerindendir. Kişi için başarıya ulaşmada temel unsurlardan biri olan aile gerekli ortamı yaratamadığında ve kişi bu durumdan rahatsızsa, kaygı ve çözüm bulamama halinden dolayı ortaya bilişsel bir sorun çıkabilmektedir. Bu da uyku düzensizliğine yol açabilir (Kaynak, 2005 s. 144; Bülbül vd. 2010 s. 205). Araştırmaya katılan kadınların erkeklere nazaran daha kötü uyku kalitesi puanları saptanmıştır. Literatürde birçok farklı araştırma sonuçları bulunmakta örneğin, Xu ve meslektaşları (2011) ile

Johnson ve diğerlerinin (2006) çalışmalarından farklı sonuç elde edildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda cinsiyet ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir. Diğer taraftan çalışma bulgularından farklı bir şekilde kadınların erkeklerden daha fazla uyku kalitesi tarifledikleri de vurgulanmaktadır (Chung ve Cheung, 2008). Bazı çalışmalar da erkeklerin kadınlara kıyasla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (Liu vd., 2008). Ertekin'in (1998) çalışması sonucunda kadın hastaların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bingöl ve arkadaşları da (2006) çalışmalarında, benzer olarak kadınların uyku kalitesini erkeklere oranla daha kötü bulmuştur. (Horne, 2010) çalışmasında ise kadınların erkeklere oranla daha fazla uyku gereksinimi olduğunu, kadın beyninin çok fonksiyonlu düşünme ve daha fazla aktif olmasından dolayı daha çok yorulduğunu ve daha fazla dinlenmesi gerektiğini buna rağmen kadınların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduklarını belirtmiştir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde çalışmamızda kadınlarda erkeklerden daha düşük uyku kalitesi gözlenmesinin, öncelikle uyku süresi ihtiyacının daha uzun olmasından kaynaklı olabilir, diğer bir nereden Türk kadınlarının iş hayatlarının yanı sıra ev ortamında ki sorumluluklarının fazla olması gün içerisindeki iş-zaman dengesinden kaynaklı olması da diğer bir sebep olabilir.

Uyku Kalitesi ile aylık gelir, evde kiminle yaşadığı, eğitim, medeni durum, meslekte çalışma süresi, çocuk sayısı, çocukluğunun geçirildiği yer, aile dışında sosyal destek, başka işte çalışmış olma, haftalık çalışma süresi, çalışma durumu, çocuklukta anne baba yaşama durumu ve şu anda yaşanan yer faktörlerinin anlamlı ilişki sahibi olmadığı görülmektedir.

Kişinin uyku ve dinlenme ihtiyacını belirleyen temel faktörlerden biri yaştır. Uyku gereksinimi kişiye ve gelişim süreçlerine göre değişiklik göstermektedir (Koulouglioti, Cole ve Kitzman, 2008 s106). Araştırmaya katılan bireylerde uyku kalitesi ve yaş ile ilişkili bir fark gözlenmemiştir, benzer şekilde Şendir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda da yaş ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Şendir vd. 2007). Ancak Buysse ve arkadaşlarının (1991) araştırmasında yaşlı insanların gençlere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Öte yandan (Günaydın, 2014 s.38) ve (Bingöl, 2006) tarafından yapılan çalışmalarda orta yaş üzeri bireylerin daha iyi uyku kalitesine sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Medeni durum açısından araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların genel uyku kalitesi puanlarının kötü olması bekar ve genç yetişkinlerde arkadaş ve sosyal medya kullanımı ile ilişkili, evli bireylerde ise sorumluluk, iş-yaşam dengesi ile düzeni bozulan sirkadiyen ritim kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber literatürde farklı bulgular olduğu dikkat çekmektedir. Japonya'da gerçekleştirilen bir araştırmaya göre vardiya değişimi, evlilerin uyku kalitelerini bekarlara kıyasla daha az etkilemektedir (Watanabe vd., 2004). Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlardan bazıları bulgumuzu desteklerken, bazıları desteklememektedir. Bu durum, katılımcıların farklı yaşam stilleri ve sorumluluklarına sahip olmalarından dolayı ortaya çıkmış olabilir.

Eğitim düzeyi ve uyku kalitesi açısından araştırmamıza katılan bireylerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde ise Yaggi ve meslektaşları (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre eğitim düzeyindeki artış, uyku kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Bir başka çalışma ise uyku kalitesinin eğitim seviyesi ile bağlantılı olmadığı yönünde sonuç vermiştir (Bingöl, 2006).

NOT:

Bu çalışma 18-45 yaş arası bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyku kalitesini yordamadaki rolü isimli beykent üniversitesi klinik psikoloji anabilim dalında tamamlanan yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Abdulkadiroğlu Z., Bayramoğlu F., İlhan N.(1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi. 7(3): 161-6.
- Alp, R., & Altındag, E. (2014). Uyku ve Epilepsi. Epilepsi Dergisi, 20(Supp: Ek-1), 46-49. Yılmaz, T.T. (2012). Uyku Bozuklukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Önemi. Smyrna Tıp Dergisi.94-97.
- Axelsson J, Akerstedt T, Kecklund G. (2004) Tolerance to shift work-how does it relate to sleep and wakefulness? International Archives of Occupational and Environmental Health 77: 121-129.
- Http://Der Metlaine A., Leger, D., Choudat D. (2005) Socioeconomic Impact of Insomnia in Working. Industrial Health., 43:11-19.
- Bingöl, N. (2006) "Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas

- Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. (2010) Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 53: 204-10
- Buysse D.J. Reynolds, C.F., Monk, T.H., Hoch, C.C., Yeager,A.L., Kupfer,D.J.(1991). Quantification Of Subjective Sleep Quality in Healthy Elderly Men and Women Using The Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep*,14 (4), 331-338
- Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *SLEEP* 2014;37(1):9-17.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Chung KF, Cheung MM. (2008) Sleep-wake patterns and sleep disturbance among Hong Kong Chinese adolescents. *Sleep*;31(2):185-94
- Clark I, Landolt HP, Coffee, Caffeine, and Sleep: A Systematic Review of Epidemiological Studies and Randomized Controlled Trials, *Sleep Medicine Reviews* (2016), doi: 10.1016/j.smrv.2016.01.006.
- Demir Y. (2011) Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. (Ay FA.) 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 682-94.
- Ertekin, Ş., & Doğan, O. (1998). Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas*.
- Günaydın N. (2014) Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 5(1): 33-40.
- Horne, J. (2010). Sleepiness as a need for sleep: when is enough, enough?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(1), 108-118.
- Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. (2006) Epidemiology of DSM-IV insomnia in: adolescence lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*; 117: 247–56
- Kaynak D. (2005) Adolesanda Uyku ve Bozuklukları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi; 43: 135-46.
- Kaynak H. (2001). Uyku Uyuyamamak mı, Uyanamamak mı? *Milliyet Yayınları*. 53-54.
- Koulouglioti C, Cole R, Kitzman H. (2008) Inadequate Sleep and Unintentional Injuries in Young Children. *Public Health Nursing*; 25 (2): 106–14.
- Liu X, Zhao Z, Jia C, Buysse DJ. (2008) Sleep patterns and problems among Chinese adolescents. *Pediatrics*; 121: 1165–73
- Lopes CS. (2012) Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. *Can't sleep? Issues of Being an Insomniac*. (Sahoo S.) Rijeka, Intech 3-22. *Psychotherapy*, 11, 3–16.
- Pigeon, W. R. (2010). Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia. *The Indian journal of medical research*, 321-332.
- Pandi-Perumal SR, Verster JC, Kayumov L, Lowe AD, Santana MG, Pires MLN, Tufik , Melle MT. Sleep Disorders, Sleepiness and Traffic Safety: A Public Health Menace. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2006, 39:863-871.
- Summers MO, Crisostomo MI, Stepanski EJ. Recent Developments in the Classification, Evaluation, and Treatment of Insomnia. 2006,
- Szuba MP, Kloss JD, Dinges DF. (2003) *Insomnia: Principles and Management*. Cambridge University Press
- Şahin L, Aşcıoğlu M, Taşkın E. (2013) Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 22: (1); 93-98.
- Şendir, M., Acaroğlu, R., Kaya, H., Erol, S., Akkaya, Y. (2007). Evaluation Of Quality Of Sleep And Effecting Factors in Hospitalized Neurosurgical Patients , *Neurosciences*, 12 (3), 226-231.
- Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen Akça, R., Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 93-102
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep-New York Then Westchester*, 28(11). 1457-1464.
- Taylor, D., Gehrman, P., Dautovich, N. D., Lichstein, K. L., McCrae, C. S. (2014). Causes of insomnia. In *Handbook of Insomnia*, 11-27. Springer Healthcare Ltd. <http://gov.tr/etd/issue/31402/343547>
- Thorpy, Michael J. *The encyclopedia of sleep and sleep disorders / Michael J. Thorpy and Jan Yager.—2nd, ed., updated and rev. p. cm*
- Tuncel D, Orhan, FÖ. (2009) Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 1:180-296
- Tural Ü. Uyku ve Bozuklukları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem 5 Ders Notları http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/utural/uyku.pdf
- Watanabe M, Akamatsu Y, Furui H, Tomita T, Watanabe T, Kobayashi F. Effects of changing shift schedules from a half-day to a half-day shift before a night shift on physical actives and sleep patterns of single nurses and married nurses with children. *Ind Health*, 2004; 42(1): 34-40
- Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J ve ark. (2011) Sleep quality of Chinese adolescents: Distribution and its associated factors. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 5:1-8
- Yaggi K, McKinlay JB, Araujo AB. (2006) Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 29 (3)
- Yetkin, S., Aydın, H. (2014). Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1, 1-8.