



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ SON SINIF
ÖĞRENCİLERİN UYKU KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ
İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. ELİF KESKİN ÇOLAK

Ankara-2024

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ SON SINIF
ÖĞRENCİLERİN UYKU KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ
İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif KESKİN ÇOLAK

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Erhan ŞİMŞEK

Ankara-2024

KABUL VE ONAY



BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazılmasına kadar tüm aşamalarında patent ve telif hakkı ihlal edici şekilde etik dışı davranmadığımı, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallara uygun olarak elde ettiğimi, bu tezde kullanılan tüm bilgilerin ve yorumların kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

Elif KESKİN ÇOLAK



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet Keskin'e, tezimin başından sonuna kadar her türlü desteğini benden esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erhan Şimşek'e, tezimin son haline gelmesine yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Ebru Uğraş'a,

Tezim ile alakalı her türlü durumda yardımcı olan değerli arkadaşım Uzm. Dr. Cansu Sepetçi'ye,

Beni bugünlere getiren sevgili annem Asiye Keskin ve babam Bilal Keskin'e, biricik kardeşlerim Sümeyye Keskin ve Yunus Emre Keskin'e ve hayatımın her alanında bana destek olan sevgili eşim Salih Çolak'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Elif KESKİN ÇOLAK

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
SİMGE VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Uykunun Tanımı	4
2.1.1. Uykunun İşlevleri	4
2.1.2. Uykunun Evreleri	5
2.1.3. Uyku-Uyanıklık Döngüsü	6
2.1.4. Uyku Bozuklukları	7
2.1.5. Uyku Kalitesi	14
2.1.6. Aile Hekimliğinde Uyku Bozuklukları	19
2.2. İntern Hekimlik	20
2.3. Anksiyete	22
2.3.1. Aile Hekimliğinde Anksiyete Bozuklukları	29
2.4. Tıp Öğrencilerinde Anksiyete ve Uyku Bozuklukları	30
2.5. Anksiyete ve Uyku Arasındaki İlişki	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	35
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri:	36
3.3.2. Dışlama Kriterleri:	36
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	36
3.4.1. Verinin Toplanması	36
3.5. Anket Formu	37
3.5.1. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	37
3.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. İstatistiksel Analizler	39
4.2. Bulgular	40
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER.....	112
Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	112
Ek-2. Sosyodemografik Veri Anketi	114
Ek-3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.....	118
Ek-4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	119

ÖZET

BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİN UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Son yıllarda genel popülasyonda oldukça artan ancak hekimler tarafından yeterince sorgulanmayan uyku bozuklukları, gündüz işlev bozukluklarına da neden olduğundan oldukça önemli hale gelmiştir. İntern hekimler çalışma hayatına atıldıkları bu dönemde acil serviste nöbet tutmaya, birebir hasta muayene etmeye başlarken bir yandan da TUS sınavına hazırlanmaktadırlar. Bu durum uyku kalitelerinin bozulmasına zemin hazırlamakta ve ayrıca kaygı düzeylerini de arttırmaktadır. Bu çalışmada çoklu stres faktörü altındaki intern hekimlerin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikte olan bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2023-2024 yılında eğitim alan 235 intern hekim üzerinde yapılmıştır. Bilinen psikiyatrik hastalığı ve uyku bozukluğu tanısı almış bireyler çıkarıldıktan sonra çalışmaya dahil edilen toplam intern hekim sayısı 219 olmuştur. Veriler yüz-yüze anket yapılarak elde edilmiştir. Anketlerin ilk kısmında sosyodemografik veri anketi, ikinci kısmında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve üçüncü kısmında da Beck Anksiyete Ölçeği yer almaktadır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların %59,4'ü kötü uyku kalitesine sahipken PUKİ puan ortalamaları $6,59 \pm 3,36$ 'dır. BAÖ puanı ortalaması ise $9,63 \pm 8,45$ 'tir. Hesaplanan PUKİ puan ortalaması ve BAÖ puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda en çok kaygılanılan durumlar olan nöbet tutmak ($p < 0,05$), acil serviste çalışmak ($p < 0,05$) ve uyku kalitelerini en çok bozan durumlar olan kötü rüyalar görmek ($p < 0,01$), gün içerisinde yaşanan olumsuzluklar hakkında kaygılanmak ($p < 0,01$), nöbet tutmak ($p < 0,05$) durumlarının

PUKİ puanı ile karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kadın cinsiyet ($p<0,05$), düşük gelir düzeyi ($p<0,05$), sigara kullanımı ($p<0,01$), gece yatmadan teknolojik alet kullanımı ($p<0,05$) ile BAÖ puanları artarken düzenli egzersiz ($p<0,01$) ile BAÖ puanının azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamıza katılan intern hekimlerin yarısından fazlasının uyku kalitesinin bozuk olduğu görülürken anksiyete puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Ayrıca uyku kaliteleri ile anksiyete düzeyleri arasında da pozitif yönlü ilişki mevcuttur. İtern hekimlerin çoklu stres faktörleri ile karşılaştıkları bu dönemde iş gücü kaybının önlenmesi ve yaşam kalitelerinin artmasının sağlanması için uyku kalitesi ve anksiyete düzeyleri değerlendirilmeli, bu duruma neden olan düzeltilebilecek faktörlerin ortadan kaldırılması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Aile hekimleri birinci basamakta tüm yaş gruplarının ilk karşılaşma yeri olduğundan gözden kaçırılan uyku kalitesi ve anksiyete durumlarını özellikle intern hekimler gibi daha fazla etkilendiği düşünülen kişilerde ayrıntılı sorgulamalı ve gerekirse sevk etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Uyku kalitesi, anksiyete, birinci basamak, tıp fakültesi

ABSTRACT

AN EVALUATION OF SLEEP QUALITY AMONG FINAL-YEAR MEDICAL FACULTY STUDENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH ANXIETY LEVELS

Objective: In recent years, sleep disorders, which have become increasingly prevalent in the general population but are insufficiently addressed by physicians, have gained importance due to their contribution to daytime dysfunction. Intern physicians, during this transitional phase into professional practice, manage emergency department shifts, directly examine patients, and simultaneously prepare for the medical specialization exam (TUS). This combination predisposes them to impaired sleep quality and heightened anxiety levels. This study aims to evaluate the sleep quality of intern physicians under multiple stressors and investigate its relationship with their anxiety levels.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 235 intern physicians at Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine during the 2023–2024 academic year. After excluding individuals with known psychiatric disorders or diagnosed sleep disorders, 219 participants were included. Data were collected through face-to-face surveys. The first section included a sociodemographic questionnaire, the second the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the third the Beck Anxiety Inventory. Statistical analyses and calculations were performed using IBM SPSS Statistics 21.0.

Results: In our study, 59.4% of participants had poor sleep quality, with an average PSQI score of 6.59 ± 3.36 and an average BAI score of 9.63 ± 8.45 . A statistically significant positive correlation was found between PSQI and BAI scores. Significant associations were also identified between PSQI scores and factors like night shifts ($p < 0.05$), working in emergency departments ($p < 0.05$), bad dreams ($p < 0.01$), and worrying about daytime events ($p < 0.01$). Higher BAI scores were linked

to female gender, low income, smoking, and nighttime technology use ($p<0.05$), while regular exercise reduced BAI scores ($p<0.01$).

Conclusion: In our study, more than half of the participating intern doctors were found to have poor sleep quality, accompanied by increased anxiety scores. A positive correlation was observed between sleep quality and anxiety levels. To improve life quality and prevent productivity loss during this stressful period, their sleep quality and anxiety should be assessed, and modifiable factors addressed. Family physicians, as primary care providers, should closely evaluate overlooked sleep and anxiety issues, particularly in individuals like intern doctors who may be more affected, referring them when necessary.

Keywords: Sleep quality, anxiety, primary care, medical school

SİMGE VE KISALTMALAR

%	: Yüzde
α	: Alfa
=	: Eşittir
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
n	: Sayı
m²	: Metrekare
X²	: Kruskal-wallis testi
r	: Spearman ilişki katsayısı
z	: Mann-whithney u testi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKB	: Ayrılma kaygısı bozukluğu
AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BKI	: Boy kilo indeksi
CSA	: Merkezi uyku apnesi
CPAP	: Sürekli pozitif basınçlı hava
CRSWD	: Sirkadiyen ritm uyku-uyanıklık bozuklukları
Dk.	: Dakika
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektoreensefalografi
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
HBS	: Huzursuz bacak sendromu
ICSD	: Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırılması

Kg	: Kilogram
LC	: Locus sereleus
MAOI	: Monoamin oksidaz inhibitörleri
Min	: Minimum
Max	: Maximum
Ort.	: Ortalama
OSA	: Obstrüktif uyku apnesi
OSAS	: Obstrüktif uyku apnesi sendromu
Örn.	: Örneğin
PB	: Panik bozukluğu
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
REM	: Hızlı göz hareketleri
SAB	: Sosyal anksiyete bozukluğu
SCN	: Supra kiazmatik nükleus
SNRI	: Seratonin norepinefrin geri alım inhibitörleri
SS	: Standart sapma
SSRI	: Selektif seratonin geri alım inhibitörleri
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
Vd.	: Ve diğerleri
VLPO	: Ventrolateral preoptik alan
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: Dünya Aile Hekimliği Birliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.2.1 *PUKİ Sınıflaması Dağılımı*.....48

Şekil 4.2.2 *Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile PUKİ Ölçek Puanı korelasyon grafiği*...60



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.2.1 <i>Bireylerin cinsiyet ve medeni durumları.....</i>	40
Tablo 4.2.2 <i>Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümleri</i>	40
Tablo 4.2.3 <i>Bireylerin Uyku ve Anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar</i>	42
Tablo 4.2.4 <i>Bireylerin sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketim durumları.....</i>	43
Tablo 4.2.5 <i>Sigara içen bireylerin paket/yıl hesaplanması ve yatmadan kaç dakika önce sigara içtikleri</i>	43
Tablo 4.2.6 <i>“Genel olarak sizi en çok kaygılandıran durum nedir?” Sorusuna verilen yanıtların dağılımı</i>	44
Tablo 4.2.7 <i>“Sizce uyku kalitenizi en çok bozan durum hangisidir?” Sorusuna verilen yanıtların dağılımı</i>	45
Tablo 4.2.8 <i>Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler</i>	46
Tablo 4.2.9 <i>Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması</i>	48
Tablo 4.2.9 <i>Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı).....</i>	48
Tablo 4.2.10 <i>Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması</i>	49
Tablo 4.2.10 <i>Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)</i>	50
Tablo 4.2.11 <i>PUKİ Puanı ile Yaş, BKİ, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme arasındaki ilişki.....</i>	51
Tablo 4.2.12 <i>En Çok Kaygılanılan Durumlara Göre PUKİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	52
Tablo 4.2.13 <i>Uyku Kalitesini Bozma Durumlara Göre PUKİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	53

Tablo 4.2.14 <i>Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler</i>	54
Tablo 4.2.15 <i>Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	55
Tablo 4.2.15 <i>Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)</i>	56
Tablo 4.2.16 <i>Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	57
Tablo 4.2.16 <i>Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)</i>	58
Tablo 4.2.17 <i>Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile Yaş, BKI, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme arasındaki ilişki</i>	59
Tablo 4.2.18 <i>En Çok Kaygılanılan Durumlara Göre Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	60
Tablo 4.2.20 <i>Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile PUKİ Ölçek Puanı arasındaki ilişki</i> ..	61
Tablo 4.2.19 <i>Uyku Kalitesini Bozma Durumlara Göre Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	62

1.GİRİŞ ve AMAÇ

"Uyku kalitesi", kişinin uyku deneyimiyle ilgili öznel memnuniyetini, uyku süresini, uykuya dalma gecikmesini, uykunun sürdürülmesini ve uyku verimliliği gibi uykunun nicel bileşenlerini içeren bir yapı olarak kavramsallaştırılmış, yaygın olarak kabul görmüş bir terimdir (Schmickler vd., 2023).

Uyku kalitesi, insanların kötü uyku kalitesinden ve bunun gündüz işlevselliği üzerindeki etkisinden şikâyet etmesinin yaygınlaşması nedeniyle giderek önem kazanmaktadır. Kötü uyku kalitesi birçok tıbbi rahatsızlığın önemli bir belirtisi olabilir. Ancak, polisomnografi gibi uyku kalitesini nesnel olarak ölçen testlerin çoğu hekimlerin günlük rutinde kolayca bulunamaz. Aynı zamanda pahalı ve zaman alıcı olup, epidemiyolojik çalışmalar ve araştırma çalışmaları için pratik değildir. Uyku bozuklukları, birinci basamakta karşılaşılan en sık şikayetlerdendir. Epidemiyolojik veriler, uykusuzluğun en sık görülen uyku şikayeti olduğunu göstermektedir (Fabbri vd., 2021).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), uyku kalitesini değerlendirmede kullanılan en yaygın ölçme aracıdır. Sadece uyku kalitesini ölçmek için geliştirilmekle kalmamış, aynı zamanda bu envanterin kullanıldığı çalışmaların çoğu PUKİ'nin öznel algılanan uyku kalitesi için altın standart kabul edilebileceğini öne sürmüştür (Ohayon vd., 2017).

Kaygı (anksiyete) ve ilişkili fizyolojik stres tepkisi modern toplumda sıklıkla karşımıza çıkar hale gelmiştir. Kaygı, olası bir tehdit beklentisiyle oluşan, fizyolojik stres tepkileriyle ilişkili, zamansal olarak yayılmış bir duygusal durum olarak tanımlanabilir (Magnon vd., 2021). Kısa vadeli fizyolojik stres tepkileri olağan iken, kaygıya karşı daha uzun süreli fizyolojik tepkiler olması kaygı verici olaylardan kurtulma yeteneğinin bozulmasına, tıbbi hastalıkların artmasına (örn. kronik hastalık riskinde artış), bilişsel bozukluklara (örn. hafıza bozuklukları) ve bozulmuş ruh

sağlığına (örn. depresif semptomlar ve özellikle kaygı bozuklukları) yol açabilir (Liguori vd., 2018; Yiallouris vd., 2019).

Tüm dünyada tıp fakültesi okumak çeşitli zorlukları ile tanınmaktadır. Ülkemizde ise bu duruma ek olarak özellikle son sınıf öğrencileri yani intern hekimler hastane içerisinde aktif görev alıp bir yandan da TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) sınavına hazırlanmaktadırlar. Bu durumun intern hekimlerde anksiyete düzeylerinin artışına neden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca TUS sınavının yanı sıra mecburi hizmet kaygısı da anksiyete skorlarını yükseltmektedir. Bu durumun hekim adaylarının branş seçiminde etkili olduğu da yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Göktaş Dörtüoğlu, 2017; Taneri vd., 2016).

Genç yetişkinlerin ve yaşlıların her gece yedi ila dokuz saat uyumaları önerilir (Singh, 2021). Ancak, son literatürler genç yetişkinlerin çoğunun önerilen süreden daha az uyuduğunu göstermektedir. Uyku yetersizliği stresle ilişkisi bir zincirleme reaksiyondur. Çalışmalar, uyku bozukluklarının zaman zaman psikososyal stres faktörlerinden kaynaklandığını ve ayrıca psikososyal stres faktörlerinin uyku yetersizliğiyle sonuçlandığını belirlemiştir (Quick vd., 2016) Literatürde uyku bozukluklarından etkilenme açısından yüksek riskli olarak belirlenen gruplardan biri tıp öğrencileridir. Tıp öğrencileri arasında düşük uyku kalitesinin yaygınlığı kapsamlı bir şekilde bildirilmiştir. Tıp öğrencileri özellikle son sınıflarda olmak üzere, sürekli olarak yüksek akademik stres ve baskı altındadır. (Maheshwari & Shaukat, 2019).

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada kötü uyku bildiren tıp fakültesi öğrenci oranı %52,4 iken anksiyete puanı yüksek olanların oranı ise %67,6 olarak bildirilmiş (Eleftheriou vd., 2021). Benzer bir şekilde Suudi Arabistanda yapılan bir çalışmada da kötü uykunun yaygınlığı %63,2, anksiyete düzeyi de %53 olarak görülmüş (Al-Khani vd., 2019). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise intern hekimlerin uyku bozuklukları için daha fazla ilaç kullandıkları ve bu kişilerde uyku bozukluklarının günlük hayatı daha fazla etkilediği sonucuna varılmış. (YeniOcak Tunç & Yapıcı, 2019).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, geniş bir sağlık yelpazesini ele alma konusunda erişilebilir ve kabul edilebilir bir ortam sağlar; bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı bakımındaki rolünün anlaşılmasının dünya çapında

önemini artırmıştır. Birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle ruh sağlığı sorunları için ilk temas noktasıdır (A. Zhang vd., 2019).

Uyku bozuklukları yaygın olmasına rağmen birinci basamak hekimleri tarafından nadiren rapor edilir ve ele alınır. Hastaların genellikle semptomlarının kronik olması ve açıklanmasının zor olmasından dolayı uyku bozuklukları ile ilgili şikayetlerini birinci basamak hekimlerine bildirmediği görülmüştür (Miller & Berger, 2016).

Bu çalışmada birinci basamakta sık karşılaşılan ve özellikle son yıllarda artış gösteren uyku ve anksiyete şikayetlerinin yukarıdaki bilgiler ışığında daha fazla risk altında olan intern hekimler üzerinde anket çalışması yapılarak belirlenmesi ve uyku kalitesi ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Uykunun Tanımı

Uyku, bilinç kaybının eşlik ettiği, dış uyaranlara karşı duyarlılığın azaldığı ve göreceli hareketsizliğin olduğu doğal ve geri dönüşümlü bir durum olarak tanımlanır. Uyku düzenli aralıklarla meydana gelir ve homeostatik olarak düzenlenir, yani uyku kaybı veya gecikmesi daha sonra uzun süreli uykuyla sonuçlanır (Rasch & Born, 2013). Yine uyku vücutta değişik türde nöron gruplarının etkilendiği oldukça karmaşık ve yüksek düzeyde düzenlenmiş bir işleve sahiptir ayrıca insan vücudunun sağlıklı çalışması ve normal fonksiyonunu yerine getirmesi için gereklidir (Troynikov vd., 2018).

2.1.1. Uykunun İşlevleri

Uykunun pek çok işlevi bildirilmiştir. Bunlardan bazıları; kalori tasarrufu, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, beyindeki enerji depolarının yenilenmesi, nöronal/gliyal plastisite fonksiyonunun desteklenmesidir (Krueger vd., 2016).

Bakım verenler ve hekimler, tarihsel olarak, hastalıklardan iyileşmeyi desteklemek için uykuyu önermişlerdir. Bakteriyel ürünlerin (örneğin, muramil peptitler) ve endojen bağışıklık yanıtı düzenleyicilerinin (örneğin, IL1) uykuyu artırdığının keşfedilmesinin ardından, uykunun konak savunmalarına hizmet ettiği ortaya çıkmıştır (Krueger vd., 2016). Ayrıca uyku veya uyku kaybının bağışıklık sistemi parametrelerini etkilediğine dair önemli kanıtlar bulunmaktadır (Irwin, 2015).

Uykunun beyne özgü metabolik işlevi de vardır. Bu işlevin varlığı yapılan pozitron emisyon tomografisi çalışmaları ile desteklenmiştir. Çalışma sonucunda

uyanıklık esnasında beyin glikoz tüketiminin yavaş dalga uykusuna göre iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ancak bu durum REM uykusunun hızlı göz hareketleri evresinde geçerli değildir. Çünkü bu evrede bazal metabolizma hızının uyanıklıktan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Krueger vd., 2016).

Nöronal plastisite sinir sisteminin kendisini deneyimlere ve hasarlanmalara karşı işlevsel ve yapısal olarak değiştirme kapasitesini ifade eder. Yine plastisite, nöral gelişimin ve sinir sisteminin normal işleyişinin yanı sıra değişen çevre, yaşlanma veya patolojik hasara yanıt vermede de önemli bir bileşendir. (Von Bernhardt vd., 2017). Özellikle REM ve yavaş dalga uykusunun hafızayı pekiştirdiği, sinaptik dengeleri koruduğu ve bu sayede nöronal plastisiteye katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Rasch & Born, 2013).

2.1.2. Uykunun Evreleri

Uyku REM (Rapid Eye Movements, hızlı göz hareketleri) ve non-REM (non-Rapid Eye Movements, NREM) olarak iki evrede tanımlanmıştır (Yoshihi vd., 2021).

Rem Uykusu:

Desenkronize ya da aktif uyku olarak da bilinen REM uykusunda hızlı göz hareketleri, solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında atoni görülürken EEG (elektroensefalografi) görüntülemesinde kortikal aktivasyon düşük voltajlı hızlı dalgalar görülür. (Keskin & Tamam, 2018).

Toplam uykunun %20-30'unu REM uykusu oluşturur. REM uykusu, fazik REM uykusu ve tonik REM uykusu olarak alt bölümlere ayrılır (Kirsch vd., 2015). REM uykusunda, pupiller midriyatiktir, kalp hızı ve solunum sayısı artmıştır, kaslarda seğirmeler görülür. Uyanıklıkta olduğuna benzer biçimde beyin metabolizması artmıştır (Keskin & Tamam, 2018). Fazik REM uykusu, REM uykusunun hızlı göz hareketlerinin olduğu, EEG de fazik patlamalar görülen bölümdür. Tonik REM uykusu ise devamlı düşük kas tonusunun bulunduğu fazik patlamalar arasındaki REM uykusu bölümüdür. (Kirsch vd., 2015).

Non-REM Uykusu:

Non- REM uykusu N1, N2, N3 olarak 3 aşamaya ayrılır. N1 evresinde EEG'deki alfa (karakteristik uyanıklık aktivitesi) aktivitesinde bir azalma ile tanımlanır ve uyanıklıktan uykuya geçişi gösterir (St. Louis vd., 2016). N2 evresi ise düşük genlikli, karışık frekanslı dalgalarla karakterize dönemdir ve bu evre uykunun sürdürülmesi için önemlidir. Yavaş dalga uykusu olarak bilinen N3 ise en derin uyku dönemidir (Lokhandwala & Spencer, 2022).

N3 uykusu veya yavaş dalga uykusu, son on yılda kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Yavaş dalga aktivitelerinin endokrin düzenlemede, hafıza konsolidasyonunda, sinaptik homeostazda ve uykunun onarıcı işlevinde rol oynadığı düşünülmektedir (Anaclet & Fuller, 2017; De Vivo vd., 2017; J. Kim vd., 2019). Sağlıklı yaşlılarda N3 uykusunda dramatik bir azalma olduğu N2 miktarında artış olduğu gösterilmiştir (Guo vd., 2022).

2.1.3. Uyku-Uyanıklık Döngüsü

Yetişkin insanlarda REM ve Non-REM uykusu gece boyunca, yaklaşık olarak her 90 dakikada bir değişir. Küçük çocuklarda bu döngü yaklaşık olarak her 60 dakikada bir gerçekleşir. Gecenin erken saatlerinde daha fazla Non-REM uykusu mevcuttur ve gecenin sonlarına doğru REM uykusu daha belirgin hale gelir (Lokhandwala & Spencer, 2022)

Uyku sirkadiyen ritim ve homeostatik aşama olarak iki süreç tarafından kontrol edilmektedir. Sirkadiyen ritim, uyku da dahil olmak üzere 24 saatlik bir döngüyü takip eden fiziksel, zihinsel ve davranışsal değişikliklerdir (Borbély vd., 2016).

Sirkadiyen ritim dış etkenler aracılığıyla uyku ve uyanma zamanlamasına katkıda bulunurken en belirgin etken aydınlık/karanlık döngüsüdür (Lokhandwala & Spencer, 2022). Uyku homeostazisi ise bizi uykuya yönlendiren mekanizmadır. Uyanıklığı ve uykuyu düzenler ve ayrıca uyanık kalma süresinin bir sonucu olarak

uyku baskısı oluşturur. Uyku baskısı uyanıklık ve uyku yoksunluğu sırasında artar, uyku sırasında azalır. Homeostatik uyku baskısının azalması, gece uyanmalarının artmasına ve gündüz uykululuğunun azalmasına katkıda bulunur (J. Li vd., 2018). Sirkadiyen ritimler uyku miktarını belirlerken, homeostazis genellikle uyku kalitesini belirler. İki sistem dengede olduğunda birey gündüzleri uzun süre (yaklaşık 16 saat) uyanık kalabilir ve geceleri uzun ve stabil bir uykuyu (yaklaşık 8 saat) sürdürebilir (Sun & Chen, 2022).

Uyku ve uyanıklık, anterior hipotalamustaki ventrolateral preoptik alan (VLPO), lateral hipotalamustaki hipokretin (orexin) nöronları ve ponstaki locus coeruleus (LC) dahil olmak üzere birçok beyin bölgesi tarafından düzenlenir. Suprakiazmatik ekirdek (SCN) ise, 24 saatlik sirkadiyen ritimleri düzenleyen bölgedir. İlerleyen yaşla birlikte sirkadiyen ritimlerin bozulması, suprakiazmatik nükleus (SCN) fonksiyonundaki ilerleyici düşüşle ilişkilendirilebilir (Mattis & Sehgal, 2016). SCN ile aktive olan, ışıkla inhibe edilen melatonin hormonunun üretimi, karanlık mesajını iletir ve uyku/uyanıklık kan basıncı ve metabolizma gibi fizyolojik fonksiyonları tetikler (Zisapel, 2018).

2.1.4. Uyku Bozuklukları

Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması (ICSD), uyku bozukluklarının tanısına yönelik ilk klinik metindir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi Yönetim Kurulu tarafından ICSD (2014'te yayınlanan) nc baskısı Haziran 2023'te revize edilmiş olup uyku bozuklukları insomniler, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomni ile seyreden santral hastalıklar, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler ve uyku ile ilişkili hareket bozuklukları olarak altı ana kategoriye ayrılmıştır (AASM, 2023).

İnsomniler:

Performansı veya gündüz refahını olumsuz etkileyen ve altta yatan diğer tıbbi sorunlarla açıklanamayan uykuyu başlatma ve sürdürme bozuklukları organik

olmayan insomni/uykusuzluk olarak adlandırılmaktadır (Morin vd., 2015). İnsomni tanımlı hastalar, uykuya elverişli bir ortamda yeterli fırsat olmasına rağmen uyumakta zorluk çekerler. Kadınların etkilenme olasılığı erkeklere göre bir buçuk kat daha fazladır ve bu durum yaşlılarda daha yaygındır (Shaha, 2023).

İnsomni, yaşam kalitesinin düşmesine ve performansta sınırlamalara neden olur. Ek olarak, çalışmalar insomninin kardiyovasküler hastalık, diyabet, depresyon ve intihar eğilimi için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. İnsomninin aynı zamanda demans, anksiyete bozuklukları ve alkol bağımlılığı için de bir risk faktörü olması muhtemeldir (Rémi vd., 2019).

Haftada birkaç kez ortaya çıkan ve 3 aydan uzun süren uyku bozuklukları kronik insomni olarak sınıflandırılır (Shaha, 2023). İnsomni sıklıkla depresyon ve diğer nörolojik bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, solunum bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar ve kanser gibi eşlik eden durumlarla birlikte ortaya çıkar (R. P. Rosenberg vd., 2023). Ancak insomni ayrı bir durum olarak kabul edilmeli ve diğer eşlik eden hastalıkların ikincil bir durumu olarak değil, ayrı olarak değerlendirilmelidir (Roach vd., 2021; R. P. Rosenberg vd., 2023).

Patofizyolojisi ayrıntılı olarak bilinmemekle birlikte insomninin, uyku ve uyanıklığı düzenleyen homeostatik süreçlerin ve sirkadiyen ritimlerin bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. İnsomniye genellikle önemli bir yaşam stresi etkeni (örneğin, akut ağrı, travmatik olay) neden olur. Stres etkeni ortadan kalktığında veya hasta başa çıkmayı öğrendiğinde sona erebilir veya kronik insomniye dönüşebilir (Dopheide vd., 2020).

Kronik insomni, büyük ölçüde hastanın uyku, tıbbi ve psikiyatrik durumlar ve madde kullanımıyla ilgili geçmişine dayanan klinik bir tanıdır (Sateia vd., 2017). Tanı için polisomnografi gerekli değildir ancak başka bir uyku bozukluğundan şüpheleniliyorsa endikedir (Dopheide vd., 2020).

Kronik insomninin birinci basamak tedavisinde bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) önerilmektedir. Gerekçesi ise BDT'nin ilaç tedavisine göre daha kalıcı faydaya

ve daha az yan etkiye sahip olmasıdır (Qaseem vd., 2016). İlaç tedavisinde ise antidepresanlar, benzodiazepinler, melatonin agonisti, oreksin reseptör agonistleri gibi ilaçlar kullanılmaktadır(Shaha, 2023).

Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları:

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi'nin uykuyla ilişkili solunum bozukluğu sınıflandırma sistemi, obstrüktif uyku apnesini (OSA), merkezi uyku apnesini (CSA) ve uykuyla ilişkili hipoventilasyonu içerir (Adir vd., 2021). Bunların arasında en sık görülen obstrüktif uyku apnesidir (Platon vd., 2023).

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), uyku sırasında anormal ventilasyon ve uyku düzenine yol açan tekrarlayan kısmi veya tam üst hava yolu tıkanıklığı olaylarıyla karakterize olup devam eden solunum çabalarına rağmen hava akışında azalma (hipopne) veya tamamen durma (apne) ile sonuçlanır, bu da oksijen desatürasyonuna ve uyarılmaya yol açar. Nihai etki, sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına yol açan uyku bölünmesi, aralıklı hipoksi ve hiperkapnidir (Bitners & Arens, 2020; Platon vd., 2023).

OSA, en gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorununu temsil etmektedir; dünya nüfusunun 30 ila 69 yaşları arasındaki yaklaşık 1 milyarı bu durumdan muzdariptir (Lyons vd., 2020).

Üst solunum yolunda, OSA ile bağlantılı obstrüktif olayların çoğunun bulunduğu bölge farenks, özellikle de orofarenks ve hipofarenkstir. OSA'nın ana nedeni, genioglossal kas disfonksiyonu ve bu durumun gelişiminde önemli rol oynayan kasın inspiratuar aktivitesi ile solunum çabası arasındaki koordinasyonun bozulması gibi durumlarda faringeal dilatatör kasların genişleme kuvvetlerinde azalmadır (Azagra-Calero vd., 2012).

OSA risk faktörlerinin başlıcaları obezite, menopoz, erkek cinsiyet, ilerleyen yaş, bazı anatomik faktörler nedeniyle meydana gelen üst havayolu darlıkları, endokrin bozukluklar (hipotiroidi, artmış testosteron vb.), kişisel alışkanlıklar (alkol,

sakinleştiriciler ve sigara içme) ve kalıtım yer alır (Platon vd., 2023). DSÖ'ye göre, dünya genelinde 2016 yılında 1,9 milyar fazla kilolu ve 650 milyon obez yetişkin olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de de obezite oranı hem yetişkin hem de çocuk ve adolesanlarda git gide artmaktadır (TEMD, 2019).

Horlama ve tanık olunan apneler, OSAS'ın belirleyici gece semptomlarıdır çünkü üst solunum yolunun kritik daralmasını yansıtır. Gece boğulma hissi veya nefes nefese kalma da OSAS'lı hastaları tanımlamak için yararlı görünmektedir. OSAS'lı hastaların en yaygın gündüz semptomları ise, gündüz aşırı uykululuk ve gündüz saatlerinde uykuya dalma eğilimidir (Lévy vd., 2015).

OSA tanısı uyku sırasındaki solunumun ölçümüne dayanmaktadır. İki tür uyku çalışması vardır: OSA'yı tanımlamak için altın standart olan polisomnografi ve OSA'yı tanımlamanın pratik ve ucuz bir yolu olan taşınabilir uyku laboratuvarları (Semelka, 2016).

OSA'yı tedavi etmek için invaziv ve invazif olmayan tedaviler vardır. İnvaziv olmayan yaklaşım, tartışılan bir tedavi olan yaşam tarzı değişikliklerini ve kilo vermeyi içerir. Cerrahi invaziv yaklaşım, hava yolu modifikasyonlarından oluşur ve cerrahi olmayan invazif tedavi, hava yolu kollapsını önleyen sürekli pozitif basınçlı havanın (CPAP) uygulanmasından oluşur (Tingting vd., 2018).

Hipersomni ile Seyreden Santral Uyku Bozuklukları:

ICSD-3'te sekiz farklı hipersomni ile seyreden santral uyku bozukluğu sınıflandırılmıştır: narkolepsi tip 1, narkolepsi tip 2, idiyopatik aşırı uyku, Kleine-Levin sendromu, psikiyatrik bir bozuklukla ilişkili aşırı uyku, tıbbi bir nedene bağlı aşırı uyku bozukluğu, bir ilaç veya maddeye bağlı aşırı uyku ve yetersiz uyku sendromu (AASM, 2023).

Hipersomni ile ilişkili santral uyku bozukluklarının en önemli özelliği patolojik gündüz uykululuğudur. Bu bozuklukların çoğunda altta yatan patofizyoloji bilinmemektedir. Gündüz uykululuğu tüm bu bozuklukların ayırt edici özelliği olmasına rağmen katapleksi (ani kas tonusu kaybı), uyku süresi, epizodik veya sürekli

semptomlar, uyku halisünasyonları, gece uykusunun bozulması, uyku felci ve uyku ataleti gibi klinik özellikler bunları alt gruplara ayırmaya yardımcı olmaktadır (Trotti, 2020).

Tanı için genellikle klinik değerlendirme, diğer bozuklukların dışlanması ve uyku laboratuvarında objektif testlerin bir kombinasyonu gerekir. Objektif testlerden en sık kullanılanı çoklu uyku gecikme testidir (Khan & Trotti, 2015).

Hipersomni tedavisi genellikle modafinil veya armodafinil ile başlar. Bu ilaçlar tolere edilmez veya etkisizse, stimülanlar (metilfenidat veya amfetamin/dekstroamfetamin) kullanılabilir. Stimülanlar kullanılırken kan basıncı ve aritmi açısından hastaların değerlendirilmesi gerekir. Hamilelikte kullanımı onaylanmamıştır. Katapleksi, antidepresanlara (genellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri [SSRI] veya sodyum oksibat tedavisine yanıt verir (K. Pavlova & Latreille, 2019).

Sirkadiyen Ritim Uyku Uyanıklık Bozuklukları:

Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları (CRSWD), sirkadiyen zaman koruma sistemindeki, onun sürdürülme mekanizmalarındaki değişikliklerden veya endojen sirkadiyen ritim ile dış ortam arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan bir uyku bozuklukları sınıfıdır. Başlıca semptomlar, genellikle klinik açıdan anlamlı sıkıntıya yol açan veya zihinsel, fiziksel, sosyal, mesleki, eğitimsel veya diğer işlevsel bozukluklara neden olan uykusuzluk ve aşırı gündüz uykululuğudur (Sun & Chen, 2022).

CRSWD'ler 6 alt tipe ayrılır: gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, ileri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, düzensiz uyku-uyanıklık ritim bozukluğu, 24 saat olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, jet-lag bozukluğu ve vardiyalı çalışma bozukluğu (J. H. Kim vd., 2022).

Tanı daha çok klinik belirteçlerle konulurken, uyku günlükleri, aktigrafi ve gündüz ve gece faz belirteçlerinin belirlenmesi de (loş ışıkta melatonin üretimi ve minimum vücut sıcaklığı) tanı koymada yararlıdır (Sateia, 2014).

Tüm CRSWD'lerin tedavisinde kullanılan temel bir strateji, hastanın bir uyku saati seçmesi ve buna sıkı sıkıya uymaya çalışmasıdır. Ek olarak, parlak ışık terapisi ve melatonin uygulaması gibi ritim zamanlamasını değiştiren terapiler sıklıkla kullanılır. Bazı durumlarda, uykuyu teşvik etmek için hipnotikler ve/veya uyanıklığı teşvik etmek için uyarıcılar da kullanılır (Duffy vd., 2021).

Parasomniler: Parasomni, uykuya eşlik eden olayları tanımlayan Yunanca " para " ("yanında" anlamına gelir) ve Latince " somnus " ("uyku" anlamına gelir) kelimesinden türemiştir. Parasomniler uykuya giriş sırasında, uykunun herhangi bir aşamasında, kısmi veya tam uyanma sırasında ortaya çıkan istenmeyen davranışsal, otonomik ve deneyimsel olaylardır (Sateia, 2014).

Parasomniler uyku aşamasına göre hızlı göz hareketi (REM) parasomnileri, REM dışı (NREM) parasomniler ve diğer parasomniler olarak sınıflandırılabilirler. REM parasomnileri REM uyku davranış bozukluğunu, kâbus bozukluğunu ve tekrarlayan izole uyku felcini kapsar. NREM parasomnileri uyarılma bozukluklarını (uykuda yürüme, uyku terörü, konfüzyonel uyarılmalar), uykuyla ilişkili cinsel davranışları (seksomnia) ve uykuyla ilişkili yeme bozukluğunu içerir (Walsh vd., 2022).

Alevlendirici faktörlerin kontrolüne, tetikleyicilerin ortadan kaldırılmasına ve eşlik eden hastalıkların tedavisine rağmen parasomniyak davranışlar devam ediyorsa farmakolojik müdahaleler düşünülebilir. Düşük doz klonazepamın (günde 0,5-1 mg) NREM uyarılma bozukluklarını iyileştirdiği gösterilmiştir. Yüksek düzeyde kanıt olmamasına rağmen, parasomnilerin tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) de kullanılmaktadır. BDT türleri arasında stres azaltma stratejileri, hipnoterapi, gevşeme terapisi ve öngörücü veya planlı uyanış yer alır (Drakatos vd., 2019; Walsh vd., 2022).

Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları:

REM ve non-REM uykusu, beyinde derin nörofizyolojik ve nörokimyasal bağlantılarla ilişkilidir ve bu bağlantılar motor fonksiyonların kontrolünde değişikliklere yol açar. Bu durum, hareket bozukluklarının ve motor kontrol bozukluklarının uykusu sırasında ortaya çıkmasını açıklar (Bargiotas & Bassetti, 2017)

Uykusu ile ilişkili hareket bozuklukları, esas olarak uykusu sırasında veya bir kişi uykuya dalmadan kısa bir süre önce ortaya çıkar. ICSD-3'te, yetişkinleri etkileyen altı tür hareket bozukluğu tanımlanmıştır. En sık görülen hareket bozukluğu ise huzursuz bacak sendromudur (Trotti, 2017).

ICSD-3'te, uykusu ile ilişkili hareket bozuklukları terimi, uykuyu veya uykuya dalmayı bozan basit, genellikle stereotipik hareketler için kullanılır. Huzursuz bacak sendromu (HBS), hastaların tipik olarak bacak rahatsızlığını azaltmak için yürüme veya stereotipik olmayan ekstremiteler hareketleri yapmaları nedeniyle bir istisna oluşturur (Breen vd., 2018).

Huzursuz bacak sendromu, genellikle bacaklarda huzursuzluk veya hoş olmayan parestezi benzeri hisler nedeniyle bacakları hareket ettirme konusunda karşı konulamaz bir dürtüyü tanımlar. ICSD-3'e göre, HBS semptomları dinlenme veya hareketsizlik dönemlerinde (örneğin, uzanma veya oturma) başlamalı veya kötüleşmeli, aktivite devam ettiği sürece (örneğin, yürüme veya gerinme) kısmen veya tamamen rahatlamalı, yalnızca veya ağırlıklı olarak akşam veya gece saatlerinde ortaya çıkmalı, diğer tıbbi veya davranışsal durumlarla tamamen açıklanamamalı ve bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yaratmalıdır (Breen vd., 2018; Garcia-Borreguero & Cano-Pumarega, 2017).

Huzursuz bacak sendromu her yaşta görülebilir ancak genellikle üçüncü veya dördüncü on yılda başlar, kadınlar daha fazla etkilenir ve aile öyküsü genellikle pozitifdir (Schormair vd., 2017).

Dopaminerjik disfonksiyon ve demir eksikliği, huzursuz bacak sendromunun patogeneğinde rol oynamaktadır. Demir eksikliği anemisi ve böbrek yetmezliği olan hastalarda görülme sıklığı daha fazlayken çeşitli diğer nörolojik hastalıklar (örneğin, Parkinson hastalığı, nöropati, migren) ve komorbid durumlar (örneğin,

kardiyovasküler hastalık, diyabet) da huzursuz bacak sendromu belirtilerini tetikleyebilir (Trenkwalder vd., 2016).

Demir eksikliği olan HBS'li hastalar için ferritin konsantrasyonunun 50 ng/mL'nin üzerinde olmasını sağlamak amacıyla demir depolarının doldurulması önerilmektedir. Huzursuz bacak sendromunu şiddetlendirdiği bilinen ilaçlardan (örneğin, antidepresanlar, antihistaminikler, dopamin antagonistleri) kaçınılması da tavsiye edilir. Huzursuz bacak sendromu semptomları yaşam kalitesini bozuyorsa, dopamin agonistleri (pramipeksol, ropinirol veya rotigotin) tedavide düşünülebilir. Alfa-2 delta ligandları (pregabalin gibi) alternatif tedavi olarak kabul edilmektedir. Semptomatoloji ve bireysel ihtiyaçlara göre ilaç seçimine dikkat edilmelidir. Semptomları seyrek olan bazı hastalar, aralıklı (günlük olmayan) dozlamayı tolere edebilir (Allen vd., 2014; Garcia-Borreguero vd., 2016; Trenkwalder vd., 2016).

2.1.5. Uyku Kalitesi

İyi bir gece uykusu homeostatik onarıcı süreç için yeterli zamanın sağlanması, tüm uyku periyodunun genel olarak iyi kaliteli olarak tanımlanması ve yeterli uyku süresine (çoğu kişi için yedi-sekiz saat) sahip olmakla tanımlanır. Uyanıklık-uyku dengesinin sağlanması, “iyi bir gece uykusu” için gerekli gibi görünse de bu, tek başına “uyku kalitesini” tanımlamak için yeterli değildir. Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi yazarları Buysse ve arkadaşları tarafından yapılan tanımlamada uyku kalitesi için "herhangi bir tek tanımla karakterize edilmesi zor olan çok yönlü bir yapı" denmiştir (Buysse vd., 1989; Barbato, 2021).

Uyku kalitesi doğası gereği çok boyutludur ve hem subjektif hem de objektif bileşenlere sahiptir. Objektif uyku mimarisi değerlendirme yöntemi olan polisomnografi verileri ile subjektif uyku kalitesi değerlendirmeleri arasında yeterince korelasyon saptanmamıştır (McCarter vd., 2022; Ohayon vd., 2017).

Uyku kalitesi kavramı da subjektif olabilir ancak genel anlamda uyku kalitesi, uyku sürekliliğinden (örn. uyku başlangıcı, uykunun sürdürülmesi ve uyanma sayısı)

ve gündüz yaşamına etkisinden (örn. kişinin uyandığında ve gün boyunca kendini ne kadar dinç hissettiğinden) oluşur (Libman vd., 2016; Scott vd., 2021).

Uyku kalitesi diyet, fiziksel aktivite, genetik ve çevresel faktörler gibi birçok faktörden etkilenir (Sejbuk vd., 2022).

Uyku kalitesini değerlendirmek için Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen PUKI indeksinde subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu sorgulanarak puanlama yapılmıştır (Buysse vd., 1989). Benzer bir şekilde Ulusal Uyku Vakfı (National Sleep Foundation) tarafından yapılan Uyku Kalitesi Önerileri İlk Raporu çalışmasında da uyku latansı, gece boyunca uyanma sayısı, uyku verimliliği gibi uyku sürekliliği ölçütleri; REM, N1, N2, N3 gibi uyku yapısı ölçütleri; 24 saat boyunca olan uyuklamalar ve uyuklamaların hafta boyunca olan sıklığı puanlanarak uyku kalitesi değerlendirilmiştir (Ohayon vd., 2017).

Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler:

Diyet: Uygun beslenme, sağlık ve refahı sürdürmek için gerekli tüm besinleri sağlamayı içerir. İnsanların tükettiği yiyecekler yalnızca gün içindeki uyanıklıklarını değil, aynı zamanda uyku kalitelerini de etkileyebilir. Uyku yalnızca diyetin enerji verimliliğinden değil, aynı zamanda proteinler, karbonhidratlar ve yağlar gibi makro besinlerin içeriğinden de etkilenir (St-Onge vd., 2016).

Akşam yenen ve karbonhidrat açısından zengin bir öğün, melatoninin gece salgılanmasını azaltır ve bazal vücut sıcaklığını bozar, sirkadiyen ritmi geciktirir (Haghighatdoost vd., 2012).

Kafein: Çoğu yetişkin günlük ortalama 200 mg kafein (kahve, enerji içecekleri, çay veya diğer içecekler) tüketir. Yapılan çalışmalarda katılımcılar, gerçek kafein tüketimini hafife alma eğilimindedir. Bunun nedeni, pek çok kişinin soğuk algınlığı ilaçlarında, ağrı kesicilerde, çayda, çikolatada, sıcak çikolatada ve enerji içeceklerinde kafein içeriğini belirtmeden sadece tükettikleri kahvedeki kafein

miktarını belirterek diyetlerindeki kafein içeriğini yanlış hesaplamalarıdır (Sejbuk vd., 2022)

Kafein özellikle uykuyu, bilişsel işlevleri ve beynin uyarılmasını etkileyen adenosin A1 ve A2A reseptörleri üzerinde etki gösterir. Kafein içeren kahve alımı, melatoninin ana metaboliti olan 6-sülfatoksimeletonin salgısının azalmasına neden olur. Bu da uykunun bölünmesine neden olan mekanizmalardan biridir. Yatmadan 6 saat öncesine kadar 4 fincan demlenmiş kahvenin (400 mg kafeine eşdeğer) içilmesi uyku kalitesinde önemli bir bozulmaya yol açmaktadır. Sabahları bile kafein tüketimi, uykunun REM evresini gecenin erken saatlerine kaydırır (O'Callaghan vd., 2018).

Alkol: İyi bir uyku hijyeni sağlamak için yatmadan önce alkol önerilmez. Akşam geç saatlerde alkol tüketimi, gecenin erken saatlerindeki yavaş dalga uykusunu uzatır (Zengin & Aylaz, 2019).

Alkol, gece uyanmalarında artış, uyku etkinliğinde ve REM uykusu miktarında azalma dahil olmak üzere uyku kalitesindeki bozulmalarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Akşam alkol tüketimi gece uyanmalarını ve dolayısıyla uyku bölünmesini artırır. Üstelik, uykudaki alkole bağlı bu bozukluklar, çalışma, hafızası kapasitesi, karar verme ve dikkati sürdürme yeteneği dahil olmak üzere gündüz işleyişinde ortaya çıkan bozukluklarla ilişkilidir (Song & Walker, 2023).

Nikotin: Sigara içenlerde uyku apnesi, uyku bozuklukları, kötü uyku kalitesi (artan uyku gecikmesi, daha kısa süre ve uykuyu sürdürmede daha fazla zorluk, ayrıca gündüz uykululuğu) ve uykusuzluk gibi uyku bozuklukları riski daha yüksektir. Nikotin, uykunun düzenlenmesinde rol oynayan nörotransmitterlerin dengesini bozar. Ayrıca uyku sırasında nikotin yoksunluğu meydana gelir ve bu da uykusuzluğun başlangıcını etkiler. Araştırma çalışmalarında, akşam nikotin alımı ile bildirilen uykusuzluk oluşumu arasında önemli bir etkileşim gözlemlendi. Uykusuzluk semptomları olan bireylerde yatmadan önce nikotin alımı, uyku süresinde 40 dakikalık bir azalmayla da ilişkilendirilmiştir (Purani vd., 2019).

Fiziksel Aktivite: Uyku ve fiziksel aktivite, bilişsel işlevlerle, özellikle de yürütücü kontrol ve hafızanın pekiştirilmesiyle ilişkilidir. Ancak, fiziksel aktivitenin hedef odaklı davranışların (örn. çalışma belleği) izlenmesinden, başlatılmasından ve planlanmasından sorumlu olan yürütme-kontrol süreçleriyle nasıl ilişkili olduğu keşfedilmemiştir. Daha uzun günlük aktivite daha iyi uyku kalitesiyle ilişkilidir. Uyku kalitesi ile antrenman yoğunluğu arasında da bir ilişki gözlemlenmiştir. Orta ve yoğun fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerinde olumlu etkisi bulunurken, hafif fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerinde hiçbir etkisi yoktur (Murray vd., 2017; Wilckens vd., 2018).

Cinsiyet: Uykusuzluk/ uyku kalitesi ile cinsiyet ilişkisinin araştırıldığı pek çok çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre kadınlarda uykusuzluk /uyku kalitesinde bozulma görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (La vd., 2020; Zeng vd., 2020; B. Zhang & Wing, 2006).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise yaşlı erişkinlerde cinsiyetin insomni üzerine etkisi araştırılmış ve sonuçta kadınlarda insomni oranı daha yüksek ve dolayısıyla uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur (Korkmaz Aslan vd., 2020).

Yaş: Normatif yaşlanma, uykuya dalmak için gereken sürenin artması ve toplam uyku süresinin azalmasıyla ilişkilidir; bu nedenle yaşlı yetişkinlerin uyku kalitesi genç ve orta yaşlı yetişkinlere göre daha düşüktür (Chu vd., 2022)

Yaşlanma ile beraber değişen uyku zamanlaması (örn. daha erken yatma ve kalkma saatleri), daha uzun uyku başlangıç gecikmesi (örn. uykuya dalmak için daha uzun süre), daha kısa genel uyku süresi, artan uyku bölünmesi (yani daha fazla uyanma, uyarılma veya daha hafif uyku aşamalarına geçişle birlikte daha az konsolide uyku), daha kırılgan uyku (yani dış duyuusal uyaranlarla uyanma olasılığının daha yüksek olması), NREM uykusunun yavaş dalga uykusu miktarının azalması, NREM aşama 1 ve 2’de harcanan sürenin artması, daha kısa ve daha az NREM-REM uyku döngüsü ve gece boyunca uyanık geçirilen sürenin artması görülmektedir (Mander vd., 2017).

Çevresel Faktörler: İyi bir uyku için tutarlı uyku rutini, uyku öncesinde aktif ve uyarıcı aktivitelerden kaçınma, uyumak için yalnızca yatağı kullanmak, tutarlı uyku ve uyanma saatlerine bağlı kalmak ve hafta içi ve hafta sonu uyku düzeninin tutarlı olması gereklidir. Ayrıca uygun sıcaklık, uygun aydınlatma ve minimum gürültü seviyesi de uyku kalitesini etkilemektedir. Gürültülü, iyi karanlık olmayan bir oda, yurt ortamında yaşama, aile/çevre tarafından yapılan çalışma baskısı uyku sorunları yaşama olasılığını artırır (Fadzil, 2021; Zhou vd., 2022).

Yaşam Şekli: Vardiyalı çalışma, 24 saat toplumumuzun gereksinimlerini karşılamak için çok önemlidir. Ancak alışılmadık zamanlarda çalışmak, uyku-uyanıklık döngüsünün endojen sirkadiyen ritimle yanlış hizalanmasına neden olarak akut ve uzun vadeli olumsuz sağlık sonuçlarına neden olur. Bunun sonuçları uyku kaybı, uyku bozulması ve gündüz uyku halidir (Lecca vd., 2023).

Uzun vadede, uyku yoksunluğu ve sirkadiyen bozulma, daha yüksek stres seviyelerine ve metabolik sendrom, tip II diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığının artması gibi uzun vadeli sağlık etkilerine sahip olabilecek metabolik değişikliklere yol açar (W. Li vd., 2019)

Birçok çalışma, yalnız yaşayan insanların, hane halkı üyeleriyle yaşayanlara kıyasla daha düşük uyku kalitesine ve günlük uyku süresinin daha kısa olduğunu bildirmiştir (Griffin vd., 2020; Lee vd., 2020).

Kişisel algılanan sağlık durumu, düşük öz kontrol, algılanan stres düzeyleri, ağrı toleransı, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların uyku kalitesini kötü yönde etkilediği gösterilmiştir (Y. Wang vd., 2023). Stresi azaltmanın uyku kalitesini artırdığını destekleyen çalışmalar da vardır (Van Laethem vd., 2017)

İlaç-Madde Kullanımı: Birçok ilaç nörotransmitter ve reseptör düzeyinde etkileri nedeniyle uyku-uyanıklık döngüsünü bozmaktadır. Psikotropik ve non psikotropik ilaçların en sık yan etkilerinde insomni ve gündüz uykululuğu yer almaktadır. Uyku kalitesini bozduğu bilinen ilaçlardan bir kısmı şunlardır: anti-depresanlar, anti-psikotikler, anti-epileptikler, Parkinson ilaçları, analjezikler,

antihistaminikler, B-blokörler, α - blokörler, ACE inhibitörleri, loop diüretikleri, kortikosteroidler, teofilin (Van Gastel, 2018).

Uyku sorunları, kronik madde kullanımından kaynaklanabileceği gibi, madde kullanım bozuklukları geliştirme riskini de artırabilir. (He vd., 2020)

Ekran Maruziyeti: Akıllı telefonlar, tabletler, oyun cihazları, masaüstü bilgisayarlar veya televizyonlar gibi elektronik medyanın kullanımını içeren ekran süresi, özellikle uyku vaktine yakın bir zamanda meşguliyet oluştuğunda uyku bozukluğunun temel nedeni olarak kabul edilmektedir (McManus vd., 2021).

Yatmadan önce ekran başında geçirilen zaman yetersiz uyku olasılığını iki katına çıkarmaktadır ve yatmadan önce ekran başında geçirilen sürenin bir saate kadar azaltılması uyku miktarını artırıp gündüz performansını artırmaktadır. Genç popülasyonda ekran başında geçirilen sürenin iletişime dayalı duygusal uyarılmayı daha fazla artırdığı gözlemlenmiştir (Carter vd., 2016; Perrault vd., 2019).

2.1.6. Aile Hekimliğinde Uyku Bozuklukları

DSÖ aile hekimliğini “uygun şekilde eğitilmiş bir iş gücü tarafından sağlanan, entegre sevk sistemleriyle desteklenen ve en çok ihtiyaç duyulanlara öncelik veren, toplum ve bireyin öz güvenini ve katılımını en üst düzeye çıkaran ve sağlık teşviki, hastalık önleme, hasta bakımı, savunuculuk ve toplum gelişimi gibi diğer sektörlerle iş birliğini içeren, sosyal olarak uygun, evrensel olarak erişilebilir, bilimsel olarak sağlam birinci seviye bakım” olarak tanımlamıştır (Alti vd., 2020). Kaygı veya depresyondan muzdarip kişiler genellikle ruh hali sorunları, uyku bozuklukları veya bedensel rahatsızlıklarla aile hekimlerine başvururlar. Bu nedenle, aile hekimleri bu hastalar için ideal bir bakım sağlayıcı konumundadır. Ayrıca, psikiyatri ile ilişkili damgalanma ve psikiyatristlere sınırlı erişim nedeniyle, ruhsal sağlık sorunlarını değerlendirme ve yönetme bilgi ve becerisine sahip aile hekimleri, yaygın ruhsal bozuklukları olan kişilere bakım sağlamak için en uygun profesyonellerdir (Ng vd., 2021).

Uyku bozuklukları genel popölasyonda oldukça yaygın olup, 2021’de yapılan bir çalışmada yetişkinler arasında %10 oranında olduğu görölmektedir. Birinci basamak hastalarında ise bu oranın %10 ile %20 arasında değıştiğı görölmüştür. Uyku bozukluğu yaşayan bireyler, genellikle bu durumu birinci basamak hekimiyle paylaşmazlar. Birinci basamak hastalarının yaklaşık yarısı uykusuzluk yaşasa da, bu grubun yalnızca %25 ila %50’si uyku sorunlarını birinci basamak hekimleriyle tartışmakta, daha da küçük bir kesimi ise uykusuzluk ile ilgili tedavisi arayışına girmektedir (R. Rosenberg vd., 2021). Yapılan bir çalışmada anksiyetesi olan hastaların uykusuzlukları hakkında bir doktora danışma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (Torrens Darder vd., 2021).

Birçok hasta uyku problemlerini kendi başlarına çözmeye çalışırlar. Amerikan erişkinlerinin %9’u uyku ile ilgili semptomları çok ağırlaştığında doktora gitmekte, 3’te biri uykusuzluk ile ilgili semptomların çok önemli olmadığını düşünmektedir (Gamsızkan, 2017). Ulusal Uyku Vakfı tarafından gerçekleştirilen rastgele bir nüfus anketinde ise, birinci basamak hastalarının yaklaşık %50’sinin uykusuzluk yaşamasına rağmen, yalnızca %30’unun bu sorunu bir hekime ilettiğini ve yalnızca %6’sının uyku güçlüğü nedeniyle bir hekimden yardım aldığını ortaya koymuştur. Bu sorunu daha da karmaşık hale getiren durum ise, birinci basamak hekimlerinin uyku bozuklukları hakkında soru sorma konusunda ihmalkâr davranmalarıdır. Ulusal Uyku Vakfı’nın başka bir anketinde (n = 1,506 ABD’li yetişkin), katılımcıların %70’i klinisyenlerinin kendilerine uyku düzenleri hakkında hiç soru sormadıklarını bildirmiştir (R. P. Rosenberg vd., 2023).

2.2. İtern Hekimlik

İtern hekimlik tıp faköltesi altıncı sınıf öğrencilerinin, hekimlik uygulamalarına yönelik bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek üzere öğretim üyeleri, uzman hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte klinik karar verme süreçlerine ve uygulamalarına, nöbet tutma dâhil sağlık hizmet sunumuna aktif katılımının sağlandığı ve süresi Yükseköğretim Kurulunca belirlenen uygulamalı eğitimdir (YÖK, 2021).

Hekimlik insan sağlığı ile ilgili sorumluluk almayı gerektiren, kazanılması gereken mesleki beceriler olan, hızla değişen bilimsel verileri takip etmesi gereken, yoğun ve yorucu çalışma saatleri olan ve çoğunlukla nöbet tutulması gereken bir meslektir (Köylü & Korkut Kurtoğlu, 2022; Tat & Borlu, 2023).

Türkiye’de çalışmakta olan hekimlerin sağlık hizmeti vermelerinin yanı sıra eğitim, araştırma, idari ve akademik çalışmalar gibi başka görev ve mesuliyetlerinin olması ağır ve daha riskli çalışma şartlarına sebep olmaktadır. Bu alışma şartlarının sonucu olarak ise; hekimler stres, depresyon, tükenmişlik ve olumsuz yaşam koşullarına bağlı sağlık problemleri yaşayabilmektedirler (Aydan, 2023; Tat & Borlu, 2023).

Tıp eğitiminin zorluğu, nöbetler ve yoğun iş yükü yanı sıra tıpta uzmanlık sınavı stresi, ailelerin ve toplumun onlardan yüksek beklentisi bu dönemde mesleğe adım atacak öğrenciler için anksiyete yaratabilmektedir. Hastaların takip ve tedavisinde doğrudan sorumluluk sahibi olmaları dolayısıyla hekimlerde gelişmesi muhtemel yüksek kaygı durumunun psikolojik ve duygusal olarak yıpranmaya yol aabileceği bilinmektedir. Ruhsal bozukluklar arasında sık görülen anksiyetenin, tıp öğrencileri arasında da yaygın şekilde görülmesi ve kronikleşme eğiliminin yüksek olması; sağlık sisteminin düzenli işleyişi açısından üzerinde durulması gereken bir sorundur. Anksiyeteyi etkileyen etmenlerin araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (Kocabaş vd., 2021).

Güncel literatürde tıp öğrencileri arasındaki anksiyete (kaygı), depresyondan daha az çalışılmıştır. Kuzey Amerika dışındaki tıp öğrencileri arasında kaygı yaygınlığına ilişkin 2014 tarihli sistematik bir inceleme, 11 çalışmada %7,7 ile %65,5 arasında geniş bir yaygınlık aralığı bulmuştur. Tıp ğrencilerindeki kaygı, daha geniş bir farkındalık ve daha fazla dikkat gerektirmektedir. Akademik performansı ve mesleki gelişimi olumsuz etkileyebilir. Sonuç olarak, kaygılı tıp ğrencilerinin kronik hastalığı olan hastalara bakarken daha az empatik ve daha az hevesli oldukları bulunduğuundan hasta bakımı açısından da istenmeyen etkileri olabilir. Kaygılı doktorların düşük iş etkinliği gösterme eğiliminde olması nedeniyle hasta bakımı kalitesi düşmektedir (Tian-Ci Quek vd., 2019).

Nöbette aşırı iş yükü, stres, tek başına kalarak hastaların sorumluluğunu üstlenmek, nöbet ertesi izninin olmaması ve uykusuzluk gibi nedenlerin tükenmişlik düzeyini artırdığı söylenebilir. Ayrıca nöbet ve diğer nedenlerle çalışma saatlerinin artması, bireyin stresini arttırmakta ve kendine ayırdığı zamanı daraltmakta, bedensel ve ruhsal olarak dinlenme ihtiyacı karşılanamamaktadır (Köylü & Korkut Kurtoğlu, 2022).

İntern hekimlik klinik sınıflardan meslek hayatına geçilen, Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlanılan, hasta ve hastane personeliyle daha çok muhatap olunan mezun olduğunda gelişmiş ya da gelişmemiş bölgelerde pratisyen hekim olarak veya birinci basamakta çalışmaları gereken ve bu yüzden çoklu stres faktörlerinin eşlik ettiği bir dönemdir (Ergin vd., 2016).

2.3. Anksiyete

DSM-5'e göre, anksiyete (Fransızca: anxiété; Almanca: Angst), gelecekteki tehdidin öngörülmesi olarak tanımlanır; gerçek veya algılanan yakın tehlide verilen duygusal tepki olan korkudan (peur; Furcht) farklıdır. Kaygı, normal bir duygudur. Tehlikeli yerlerden kaçınmayı teşvik ederek hayatta kalmayı destekler. 20. yüzyıldan itibaren kaygı, psikiyatrik sınıflandırmalarda bir bozukluk olarak yer almaya başlamıştır (Crocq, 2015).

Anksiyete bozuklukları, tipik olarak aşırı uyarılma, aşırı korku ve endişe ile karakterize edilen, yaygın zihinsel sağlık bozuklukların heterojen bir kümesidir (Olthuis vd., 2016). Anksiyete bozuklukları genel olarak kaygı duygularıyla karakterize edilse de bozukluğun alt tipine bağlı olarak belirtiler farklı şekilde kendini gösterebilir. Anksiyete bozukluklarının alt tipleri arasında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluğu, özgül fobiler, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve seçici mutizm yer alır (Kandola vd., 2018).

Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozuklukların en yaygın grubunu oluşturur. Tehlikeye tepki veren beyin devrelerindeki işlev bozukluğunu içerir ve genetik faktörlerden, çevresel faktörlerden ve bunların epigenetik ilişkilerinden etkilenir.

Anksiyete bozuklukları sıklıkla birbirleriyle ve başta depresyon olmak üzere diğer ruhsal bozukluklarla ve somatik bozukluklarla birlikte görülür (Penninx vd., 2021).

Prospektif çalışmalar anksiyete bozukluklarının kronik olduğunu, yani hastaların bu rahatsızlıktan yıllarca veya on yıllarca muzdarip olabileceğini göstermektedir. Ancak bu durum anksiyete bozukluğunun hastaların kalan hayatları boyunca kalıcı olarak süreceği anlamına gelmemektedir. Anksiyete bozuklukları çocukluk, ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlar, orta yaşta zirveye ulaşır, daha sonra ileri yaşla birlikte tekrar azalma eğilimi gösterir (Bandelow & Michaelis, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2017 yılında yayınladığı bildirisinde anksiyete bozukluklarının dünya çapında tüm ruhsal ve bedensel hastalıklar arasında engelli yaşanan yılların nedeni olarak altıncı sırada, çok gelişmiş ülkelerde ise dördüncü sırada yer aldığını; dolayısıyla hastaların yaşamları üzerinde en büyük etkiye sahip kronik hastalıklar arasında olduğunu belirtmiştir (Organization, 2017). Ülkeler arasında anksiyete bozukluklarının sıklığının %3,8 ile 25 arasında değiştiği bildirilirken, kronik sağlık sorunları olan kişilerde yaygınlık oranlarının %70'e kadar çıktığı tahmin edilmektedir (Remes vd., 2016).

Anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilen birçok çevresel risk faktörü vardır, bunlar arasında erken yaşta yaşanan olumsuz çocukluk deneyimleri (örneğin, çocuk istismarı, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal), stresli yaşam olayları (aile ve evlilik çatışmaları, bozulan kişilerarası ilişkiler, iş sorunları, olumsuz fiziksel sağlık olayları, kayıp olayları, mali zorluklar, yasal meseleler ve suç meseleleri, perinatal koşullar) ve stresin kendisi bulunmaktadır (Y.-K. Kim, 2020)

Özgül fobiler dışında, anksiyetenin en yaygın görülen türleri yaygın anksiyete bozukluğu (farklı alanlarda aşırı endişe eğilimi), ayrılma kaygısı bozukluğu (önemli bağlanma figürlerinden ayrılma korkusu ve ciddi zarar beklentisi) ve sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal etkileşimler ve performans konusundaki aşırı değerlendirme kaygısı) şeklinde sıralanabilir (Rapee, 2015).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Anksiyete, stresli durumlara karşı uygun bir tepki olabilir ancak engelleyici ve kontrol edilmesi zor olduğunda patolojik bir bozukluk olarak kabul edilir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), birinci basamakta sıkça görülür. Olaylar hakkında tekrarlayan endişe, kas gerginliği, uykusuzluk ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlar ve kişisel, mesleki veya diğer işlev alanlarında önemli sıkıntı veya işlev bozukluğu vardır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların üçte birinden fazlası iş verimliliğinde azalma yaşar. YAB olan hastalar daha yüksek sağlık hizmeti kullanımı ve daha yüksek maliyet (daha sık acil servis ziyaretleri, birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretleri ve uzmanlık bakımına yönlendirme) ile daha yüksek toplam reçeteleme oranlarına sahiptir. Bu hastalar intihar girişimi riski altındadır ve eş zamanlı kardiyovasküler hastalığı olanlar daha fazla kardiyovasküler olay yaşar (miyokardiyal enfarktüs, kalp yetmezliği, serebrovasküler olaylar, geçici iskemik atak ve ölüm) (Butnorienė vd., 2015; DeMartini vd., 2019).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri DSM-5'te aşağıdaki gibidir:

A. En az 6 ay boyunca, genellikle iş veya okul performansı gibi bir dizi olay veya etkinliklerle ilgili olarak, günün çoğu gününde meydana gelen aşırı endişe ve kaygı (endişeli beklenti).

B. Bireyin endişeyi kontrol etmesi zordur.

C. Endişe ve kaygı, son 6 ay boyunca en azından bazı semptomların (altı semptomun üçünden fazlası) mevcut olduğu şekilde üç veya daha fazlasıyla ilişkilidir:

(Not: Çocuklarda sadece bir madde gereklidir.)

- Huzursuzluk veya gerginlik hissi.
- Kolayca yorgun hissetme.
- Odaklanma zorluğu veya düşüncelerin boşalması.
- Sinirlilik.
- Kas gerginliği.
- Uyku bozukluğu (uyuyamama veya uykuda kalma zorluğu veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku).

D. Endişe, kaygı veya fiziksel semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya işlev bozukluğuna neden olur.

E. Bozukluk, bir maddenin fizyolojik etkilerine (örneğin, kötüye kullanılan bir ilaç, bir ilaç) veya başka bir tıbbi duruma (örneğin, hiperteroidizm) bağlanamaz.

F. Bozukluk, başka bir ruhsal bozukluk (örneğin, panik bozuklukta panik atakları olma korkusu veya endişe, sosyal anksiyete bozukluğunda negatif değerlendirme, obsesif-kompulsif bozuklukta kirli olma veya diğer obsesyonlar, ayrılık anksiyete bozukluğunda bağlanma figürlerinden ayrılma, travmatik olayların hatırlatıcıları, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza'da kilo alma, somatik belirti bozukluğunda fiziksel şikayetler, vücut düzeltme bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, ciddi bir hastalık olduğunda hastalık anksiyete bozukluğu veya şizofreni veya sanrılı bozuklukta sanrılı inançlar içeriği) ile daha iyi açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2013)

Yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilen bazı faktörler arasında kadın cinsiyet, evli olmama durumu, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık ve yaşam stresörlerinin varlığı bulunmaktadır. Başlangıç yaşı değişkenlik gösterir ve genellikle ortanca yaş 30 civarındadır (Locke, 2015).

İlaç veya psikoterapi YAB için makul bir başlangıç tedavi seçeneğidir. Bazı çalışmalar, ilaç ve psikoterapiyi birleştirmenin orta ila şiddetli semptomları olan hastalarda daha etkili olduğu gösterilmiştir (Locke, 2015).

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu: Ayrılma kaygısı bozukluğu (AKB), en yaygın çocukluk kaygı bozukluklarından biridir. AKB genellikle çocuklarda beklenmedik bir şekilde evden veya yakın bir bağlanma figüründen ayrılık durumu olduğunda ortaya çıkar. AKB, abartılı kaygı ve aşırı endişe hali ve bağlanma figüründen veya evden ayrılma korkusu olarak kendini gösterir. Ayrılma kaygısı gelişimsel olarak çocukluk çağına uygun bir durum olmasına rağmen, uygun olmayan bir yaşta veya uygun olmayan bir bağlamda, uygunsuz yoğunlukta ortaya çıkabilir. DSM4 AKB tanısını çocuklarla ve ergenlerle sınırlamışken DSM5'te tanı ilk kez yetişkinleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Patel & Bryant, 2021).

Ayrılma kaygısı tanısı konulan çocuklarla yetişkinler arasındaki fark, dahil olan bağlanma figürlerinin türüdür. Çocuklar söz konusu olduğunda, bağlanma figürleri genellikle ebeveynler gibi yetişkinlerdir; yetişkinler ise çocuklardan, eşlerden

veya romantik partnerlerden gerçek veya beklenen ayrılık nedeniyle kaygı durumu yaşanır (Avedisova vd., 2018).

Hafif semptomlar durumunda, hastanın normal aktivitelerine dönmesine yardımcı olmak için hasta ve ebeveyn eğitimi, desteği ve cesaretlendirmesi yeterli olabilir. Tedavi gerektiğinde, önerilen birinci basamak tedavi bilişsel davranışçı terapidir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler) yaygın olarak reçete edilir ve kaygı bozukluklarının yönetiminde başarılı oldukları bilinmektedir; ancak, ayrılma kaygısı bozukluğu için FDA tarafından endikasyonu onaylanmış olan ilaç yoktur (Feriante vd., 2023).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), sosyal durumlardan yoğun korku ve kaçınma ile karakterizedir. SAB oldukça yaygındır ve SAB deneyimi olan bireylerin yaşam tatmini azalmıştır. Çalışma ortamı, okul ve genel sosyal işlevsellik dahil olmak üzere birçok alanda bozulmalara neden olur. SAB sıklıkla artan uyku işlev bozukluğuyla ilişkilidir ve bu iki tanının birlikteliği SAB'lı bireylerde semptomların şiddetinin daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Horenstein vd., 2019).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu, kişinin tanıdık olmayan kişilerin bulunduğu veya başkaları tarafından olası bir değerlendirmeye tabi tutulabilecek performans etkinliklerinin (örneğin, bir konuşma yapma) olduğu bir veya daha fazla sosyal durumdan (örneğin, yabancı biriyle konuşma veya bir partiye gitme) belirgin ve sürekli korkma durumu ile karakterizedir. SAB olan bireyler, kendilerinin utanç verici bir şekilde davranacaklarından veya anksiyete belirtileri göstereceklerinden korkarlar ve bu durumun başkaları tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilebileceğinden endişe ederler. Sonuç olarak, sosyal durumlardan kaçınma eğiliminde olurlar (Pelissolo vd., 2019).

Sosyal anksiyete bozukluğu prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olup aynı zamanda semptomlar erkeklere göre daha şiddetli olma eğilimindedir. Bu bulgunun olası bir açıklaması, öz-benlik kuramından elde edilebilir. Bu kurama göre, erkekler ve kadınlar kendilerini farklı bir şekilde kurgularlar: Erkekler genellikle bağımsız bir öz-benlik kurar ve korurlar, bu durumda diğer bireyleri kendilerinden ayrı

olarak düşünürler; kadınlar ise genellikle bağımlı bir öz-benlik kurar ve korurlar, bu durumda diğer bireylerle kendilerini bağlantılı düşünürler (Asher vd., 2017).

Bilişsel davranışçı terapi sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde ilk seçenek tedavidir. Orta-şiddetli SAB için farmakoterapi birinci basamak seçenek olarak değerlendirilir. Bilişsel davranışçı terapi hastalar tarafından etkisiz bulunduğu veya reddedildiğinde ve eşlik eden depresyon tanısında da farmokoterapi alternatif bir strateji olarak düşünülür. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) veya monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) tedavide daha sıklıkla kullanılan anti-depresanlardır (Andrews vd., 2018).

Panik Bozukluğu: Panik bozukluğu (PB), tekrarlayan ve beklenmeyen panik ataklar, ardından gelen beklentisel anksiyete ve fobik kaçınma ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur. PB'li hastaların yaklaşık %10-20'si dirençlidir ve yaşam kalitelerini ciddi şekilde etkileyen şiddetli ve kronik semptomlar gösterir. PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1-3 ile yüksek bir insidans oranına sahiptir ve klinik pratikte sıklıkla gözlenen bir bozukluktur. Aile ve ikiz çalışmaları da dahil olmak üzere çeşitli genetik ve epidemiyolojik çalışmalar, genetik faktörlerin PB patogenezinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Morimoto vd., 2020).

DSM-5' e göre panik bozukluğu kriterlerini karşılamak için, bireylerin hızlı kalp atışı, titreme, nefes darlığı, göğüs ağrısı, mide bulantısı ve ölüm korkusu gibi 13 semptomdan 4'üne sahip olması gerekir. Bir panik atak geçirdikten sonra, birey tekrarlaması konusunda endişe duyabilir veya başka bir panik atağa yol açabileceğini düşündüğü durumlardan kaçınabilir. Panik bozukluğu ayrıca, teşhis edilememiş ve kardiyak sorunlarla karıştırılan semptomlar nedeniyle olan sık acil servis ziyaretleri açısından da önemli maliyetlere yol açmaktadır (Clark vd., 2021).

Bilişsel davranışçı terapi, PB için önerilen tedavidir ve PB'nin etiyoloji ve bakımında düşüncelerin (örneğin, semptomların negatif yorumlanması) ve davranışların (kaçınma/kaçınma) rolünü vurgular (Grubbs vd., 2019). Panik

bozukluğu için trisiklik antidepresanlar, benzodiazepinler, SSRI'lar, monoamin oksidaz inhibitörleri ve SNRI'lar dahil olmak üzere çeşitli ilaç tedavi seçenekleri de mevcuttur (Chawla vd., 2022).

Özgül Fobiler: Özgül fobi, belirli bir nesne veya durumla ilişkili mantıksız korku, nesne veya durumdan kaçınma, korkunun zaman içinde devam etmesi ve korku veya kaçınmayla ilişkili klinik olarak anlamlı sıkıntı veya bozulma olarak tanımlanır. Yaşam boyu yaygınlığı kadın hastalarda erkeklere göre daha sık görülmüştür. Eğitim düzeyi düşük olan kişilerde özgül fobinin daha yaygın olduğunu gösterilmiştir. Daha düşük eğitim düzeyi genel olarak daha düşük sosyoekonomik durumun bir göstergesidir ve bu muhtemelen özellikle stres koşullarında sosyal ve fiziksel çevre üzerinde daha az kontrol olması ile ilişkili olabilir (Eaton vd., 2018).

Özgül fobiler dünya çapında özellikle çocukların ve gençlerin %20'sini etkileyen en yaygın anksiyete bozuklukları arasındadır. Genellikle maruz kalmaya dayalı BDT'nin kısa, yoğun ve konsantre biçimleriyle tedavi edilir. Maruz bırakma terapisi prosedürü tipik olarak hastayla iş birliği içinde, korkulan uyaranla yüzleşmeye yönelik aşamalı bir yaklaşımdır. Maruz kalma tipik olarak korku duyulan durumların en az kaygı uyandıranları ile başlar ve bu, korku geçinceye kadar tekrarlanır ve ardından yavaş yavaş, adım adım en kaygı uyandıran durumlara doğru ilerlenir (Jong vd., 2023).

Agorafobi: Agorafobi, kişinin kaçışının zor olduğu veya kolayca yardım bulunamadığı halka açık veya kalabalık bir yerdeyken ortaya çıkan kaygıdır. Bu durumlarda panik atak veya panik benzeri semptomların ortaya çıkabileceği korkusuyla karakterizedir. Agorafobisi olan bireyler bu nedenle bu tür durumlardan veya yerlerden kaçınmaya çalışırlar (Roest vd., 2019).

DSM-5'e göre agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu gibi diğer tanılardan bağımsız olarak ortaya çıkabilen ayrı bir tanı olarak kabul edilir. DSM-5'te bu durum, "kamusal alanların fiilen veya öngörülen şekilde açığa çıkmasıyla ilgili belirgin korku veya kaygı olarak tanımlanır; korku veya kaygı semptomları çoğu zaman beş ortak, farklı durumdan en az ikisinde ortaya çıkar." Teşhis kriterlerini

karşılama için, bireyin hem halka açık yerlere maruz kalmaktan korkması hem de davranışsal veya bilişsel değişiklikler yoluyla bu tür durumlardan kaçınmak için aktif girişimlerde bulunması gerekir. Bu korku ya da kaygı gerçekçi bir tehdit bağlamında olmamalı, sosyokültürel bağlamla açıklanamamalı ya da madde kullanımı ya da yoksunluk bağlamında ortaya çıkmamalıdır ve en az 6 ay süre ile devam etmelidir (Asmundson vd., 2014).

Agorafobi genellikle ilk olarak genç erişkinlerde tanımlanır ve ortalama tanı yaşı yirmili yaşların ortasından sonuna kadar başlar. DSM-5'e göre agorafobi genel nüfusun yaklaşık %1,7'sinde mevcuttur. Ayrıca agorafobi vakalarının çoğunun 35 yaşından önce ortaya çıktığını belirtmektedir. Geç ergenlik ve erken yetişkinlikte agorafobi geliştirme riski artmaktadır ve başlangıçtaki ortalama yaş genel olarak 17'dir (Balaram & Marwaha, 2023).

Hafif veya orta şiddette panik bozukluğu veya agorafobisi olan hastalar, yeterli semptom yönetimini sağlamak için psikoterapi ve farmakoterapi arasında seçim yapabilir. Çalışmalar genel olarak bilişsel-davranışçı terapinin hedef semptomları etkili bir şekilde ele aldığı ve hafiflettiği, diğer anksiyete semptomlarını azalttığı ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna varmıştır. Agorafobinin daha şiddetli formları olan veya psikoterapi yerine farmakoterapiyi tercih edenler için ilaç yönetimine yönelik çeşitli etkili seçenekler vardır. SSRI'lar genellikle birinci basamak tedavi olarak kabul edilir ve terapötik dozlar depresyondakiyle aynıdır (Carpenter vd., 2018).

2.3.1. Aile Hekimliğinde Anksiyete Bozuklukları

Toplumda, psikiyatrik bozukluklar açısından hayat kalitesini artırmak için, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli ilk defa 1978 Alma-Ata Bildirgesi ile yayınlanmış ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi önerilmiştir. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) birlikte hazırladıkları 'Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'nde, sıklığı giderek artan ruhsal bozuklukların erken evrede ve sistematik bir yaklaşımla,

kişinin yaşam alanına yakın bir ortamda tedavisinin en iyi sonucu ortaya çıkaracağı vurgulanmıştır (Yalçın & Öztürk, 2016).

2015 yılında yapılan bir analizde Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruların yaklaşık yarısının anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozukluklar olduğu bildirilmiştir (Üstü & Uğurlu, 2015). Avrupa’da yapılan çalışmalar da birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretlerinin yarısından fazlasının depresyon veya anksiyete ile ilişkili somatik şikayetler nedeniyle olduğunu göstermektedir (Nyberg vd., 2021). Bireyler belirtileri ruh sağlığı ile ilişkili olarak tanımlamayabilirler, bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle ruh sağlığı bozukluklarının tespit edildiği ve tanımlandığı ilk yerdir. Ayrıca psikiyatri kliniklerinde olan damgalanma hissi birinci basamakta hissedilmediği için ruh sağlığı ihtiyaçları hakkında farkındalığı olan bireyler, endişelerini ve belirtilerini birinci basamak hekimlerine daha fazla açma eğilimindedir (Corrigan vd., 2014; Nyberg vd., 2021; Shepardson vd., 2020).

Aile hekimliğinde bireyler 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında olduğu gibi sürekli doktor değişikliğine maruz kalmadığından günlük yaşamdaki sosyal problemlerini daha çok açmaktadır (Sincan, 2022; Üstü & Uğurlu, 2015). WONCA aile hekimliği bildirisinde yer alan biyopsikososyal yaklaşım ile aile hekimleri hastalarının ruhsal sorunlarını çok daha geniş çerçevede değerlendirebilmektedir (WONCA European Council, 2023). Böylece hastaların anksiyete gibi ruhsal durumlar yaşadığında bu durumların sosyal problemleri/ çevreleri ile ilişkisini daha kolay anlayabilmeleri sağlanabilmektedir (Sincan, 2022).

2.4. Tıp Öğrencilerinde Anksiyete ve Uyku Bozuklukları

Dünya çapındaki tıp okulları, hastalara yardım etmek, tıbbi bilgiyi iletirmek ve halk sağlığını geliştirmek için yetkin ve empati sahibi doktorlar yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Ancak tıp eğitimi, herhangi bir meslek arasında akademik ve duygusal açıdan en zorlu eğitim programlarından biri olarak kabul edilir ve sonuç olarak tıp öğrencilerinin eğitimlerine ayırmaları için gereken zaman ve duygusal bağlılık oldukça fazladır. Bu tür talepler ve stres, öğrencilerin psikolojik refahı

üzerinde olumsuz bir etkiye neden olur ve depresyon ve kaygıyı hızlandırabilir (Runswick vd., 2018).

Anksiyete depresyon kadar yaygın ve muhtemelen zayıflatıcı olmasına rağmen, genel popülasyonda daha az dikkat çekmiş ve sıklıkla tespit edilememekte ve yetersiz tedavi edilmektedir. Yoğun korku veya panik duygularına ek olarak, anksiyete hastaları yorgunluk, baş dönmesi, baş ağrıları, mide bulantısı, karın ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı ve idrar kaçırma gibi diğer fizyolojik semptomları da deneyimleyebilirler. Anksiyete aynı zamanda hedefe yönelik dikkati ve konsantrasyonu, çalışma hafızasını ve algısal-motor fonksiyonu bozabilir; bunların hepsi tıp öğrencilerinin ve doktorların hastalara güvenli ve etkili tıbbi bakım sağlamasını sağlayan önemli alanlardır (Moran, 2016; Quek vd., 2019; Zhu vd., 2018).

Rotenstein ve arkadaşlarının bildirdiğine göre tıp öğrencilerinin %27,2'si 47 ülkede depresyona veya depresif belirtilere maruz kalmıştır (Rotenstein vd., 2016). Diğer birçok ülke ve bölgede farklı yaygınlık sonuçları bulunmuştur ancak önceki çalışmalara göre depresyon ve anksiyetenin belirleyicileri benzerdir (Abdel Wahed & Hassan, 2017; Antoniou vd., 2016). Tıp öğrencilerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre anksiyetede yaş, cinsiyet, sınıf, etnik köken, ikamet yeri, şu anki bölümü, okul, öğrenim aşaması, okul süresi, tek çocuk olmak, okulun derecesi, mevcut bölümden memnuniyet, gelecekteki kariyere yönelik tutum, akademik baskı, sigara bağımlılığı, alkolizm, klinik staj, kişilerarası ilişkilerle başa çıkma yeteneği, ebeveynlerin eğitimi, sosyal destek faktörleri ve diğer faktörler etkilidir (Gunjal vd., 2017; S. G. Kumar vd., 2017; Shi vd., 2015; Thiemann vd., 2015; Venkatarao vd., 2015).

Yapılan bir çalışmada az uyuyan öğrencilerin depresyon, kaygı ve stres ölçeklerinde yüksek puan alma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın örnekleminde 206 tıp öğrencisinde anksiyete ve stres sırasıyla %52,6 ve %30,5 olarak bulunurken; kötü uyku alışkanlıklarının tıp öğrencileri arasında daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Abdel Wahed & Hassan, 2017). Çin'de yapılmış bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yaygınlığı sırasıyla %57,5 ve %30,8 idi. Daha büyük öğrenciler (≥ 20 yaş) daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları bulurken mali yükü olan, büyük derslerden kaynaklanan stresi olan ve uyku kalitesi kötü olan öğrenciler

arasında daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri sergilenmiştir. Fazla istihdam baskısı olan öğrenciler daha fazla kaygı belirtisi göstermiştir. Yalnız yaşayan veya sevgilileri, sınıf arkadaşları veya arkadaşlarıyla kötü ilişkileri olan öğrencilerin depresyon ve kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete belirtilerinin aile işlevselliği, sosyal destek ve başa çıkma tarzı ile oldukça anlamlı korelasyonları bulunmuştur (Shao vd., 2020). Türkiye’de intern hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ise ileri/çok ileri düzeyde depresyon sıklığı %16,12, anksiyete sıklığı %24,27 ve stres sıklığı %14,48 olarak belirlenmiştir (Pesen & Mayda, 2020). Yine Türkiye’de tıp fakültesi birinci sınıf ve intern hekimler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise anksiyetesi olan öğrencilerin %65,3’ünün, anksiyetesi olmayanların %36,5’inin uyku bozukluğu yaşamakta olduğu görülmüş olup intern hekimlerin birinci sınıf öğrencilerine göre anksiyete ve uyku bozukluğu puanları daha yüksek bulunmuştur (Er & Kurçer, 2020).

2.5. Anksiyete ve Uyku Arasındaki İlişki

Uyku, farklı popülasyonlarda sağlık ve refahın kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Yapılan birçok çalışmada düşük uyku kalitesi ile daha yüksek anksiyete ve depresyon semptomları ilişkili olduğu gösterilmiştir (Afonso vd., 2022; Genario vd., 2023; Maltseva vd., 2023).

Ergenlikteki anksiyete bozuklukları sıklıkla yetişkinlikte de devam eder ve depresyon, intihar ve madde bağımlılığı gibi diğer psikiyatrik sorunlara neden olabilir. Güney Kore’de ergenlerde yapılan bir çalışmada uyku kalitesi puanları düşük olanların hem anksiyete hem de depresyon puanları daha yüksek seyrettiği görülmüş (H. Kim vd., 2022).

Stres modern zamanların önemli bir toplumsal sorunudur. Psikolojik stresin kronik maruziyeti, çeşitli fizyolojik sistemlerin düzenlenmesinde bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (Deguchi vd., 2017). Stres serebral korteksin belirli bölgelerinde zamansız uyarılmaya neden olur ve böylece uyku kalitesini azaltır. Çin’de ergenler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise akademik stresin kötü uyku kalitesine neden

olduğu gösterilmiştir. Kaygının ise akademik strese eşlik ettiği görülmüş bu nedenle artan kaygının uyku kalitesini azalttığı ortaya çıkarılmıştır (H. Wang & Fan, 2023).

Birçok çalışma, kısa uyku süresinin kötü zihinsel sağlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir. Uyku bozuklukları birçok zihinsel sağlık bozukluğunun DSM’de ortak tanı özelliğidir. Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olan hastalar sıklıkla kısa uyku süresi yaşarlar. Ayrıca uyku süresinin intihar risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Genel popülasyonda kişinin yetersiz uyku bildirmesi ruh sağlığının önde gelen belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (Grandner, 2017).

Uyku bozuklukları genellikle psikiyatrik bozuklukları olan bireylerde daha sık tanı almaktadır. Yapılan çalışmalar da uykusuzluğun sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunduğunu göstermektedir. Uykunun ruh sağlığını etkileyebileceği düşünüldüğünde, psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak da uyku kalitesini etkileyebilir. Özellikle, uykusuzluk en sık majör depresyon veya bir anksiyete bozukluğu, özellikle de yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkilidir (Carbone vd., 2023).

Çeşitli araştırmalar uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki bulmuştur ve her birinin birbirinin gelişimine katkıda bulunduğunu ve bir sonucu olduğunu ileri sürmüştür. Uyku-uyanıklık döngüsü, anksiyete ve depresyonla ilgili sorunlarda rol oynayan nörotransmitterler ve beyin yapılarındaki anormallikler örtüşmektedir. Depresyon, anksiyete ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklara neden olan aynı patofizyolojik mekanizmalar uykusuzluğa veya hipersomniye de neden olabilir (Alvaro vd., 2013).

Anksiyete bozuklukları olan yetişkinlerde düşük uyku kalitesi görülür. Gece paniği, uyku apnesi olan hastalarda sıklıkla görülür ve hastaları panik bozuklukları geliştirmeye yatkın hale getirebilir, bu da uykusuzluğa neden olabilir. Ayrıca uyku bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterlerinden biridir. Semptomlar arasında uyku bozukluğu, uykuya dalmada veya uykuda kalmada zorluk ve huzursuz, tatmin edici olmayan uyku bulunur (Khurshid, 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. Bu çalışmada kullanılan Kesitsel Tarama Modeli, zamansal tarama modeli çeşitlerindendir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi (AYBÜ)'nde tek merkezli bir çalışma olarak yapılmış olup, araştırmanın veri toplama aşaması Haziran 2023- Eylül 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışma, AYBÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı, derslikleri, atölyeleri, laboratuvarları, toplantı salonları, intern hekimlerin eğitim-öğretim aldıkları alanlarda uygulanmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2023-2024 yılı Eğitim-Öğretim Döneminde eğitim gören eğitim gören 300 AYBÜ Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencisi oluşturmaktadır. Bu rakamlara AYBÜ Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri ile görüşülerek ulaşılmıştır. Bilinen popülasyonda sıklığı bilinmeyen durum için %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile minimum örneklem büyüklüğü 169 kişi olarak hesaplandı. Tarihler arasında 235 öğrenciye ulaşıldı. Ulaşılan kişilerin 14'ünde bilinen psikiyatrik hastalık vardı. 2 kişi de ise uyku bozukluğu tanısı mevcuttu. Bu nedenle 16 öğrenci çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan toplam katılımcı sayısı 219 oldu. Çalışmaya katılanlara çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama yapıldı, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu verildi ve onamları alındı (Ek-1).

3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri:

- AYBÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören Dönem-6 öğrencisi olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Anketteki bütün sorulara tam olarak cevap vermek

3.3.2. Dışlama Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak
- Ölçekleri eksik doldurmak
- Bilinen uyku bozukluğu tanısı olması
- Bilinen psikiyatrik hastalık tanısı olması

3.4. Araştırmanın Uygulanması

3.4.1. Verinin Toplanması

Araştırmada, verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formundan yararlanılmıştır. Katılımcılara anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Görüşme yapılan katılımcılar, çalışmanın amacı, metodu ve önemine ilişkin bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onam imzalayan bütün katılımcılara, oluşturulan Sosyodemografik Veri Anketi, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Kullanılan anketler anonim olup kullanımı izne tabi değildir, araştırmacı tarafından orijinal kaynaklara atıfta bulunulmuştur (Beck vd., 1988; Buysse vd., 1989). Anketin yanıtlanma süresi yaklaşık 15 dakikadır.

3.5. Anket Formu

Anket formu toplamda 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, boy-kilo, medeni durum); bilinen kendisinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık ve uyku bozukluğu olup olmadığı; yaşadıkları yerler, gelir düzeyleri; sigara-alkol-kafeinli içecek kullanım durumları ve gün içerisinde hangi saatlerde kullandıkları; gece yatmadan önce yemek yeme, tablet-TV-telefon kullanımı; düzenli egzersiz yapma durumu, yaşanan mekânın aydınlık seviyesi sorgulanmıştır. İlk bölüm devamında en çok kaygılanılan durumlar ve uyku kalitelerini en çok bozan durumlar da birden fazla yanıt verilebilecek şekilde sorgulanmıştır. İkinci bölüm PUKİ (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi), üçüncü bölüm ise Beck Anksiyete Ölçeğinden oluşmaktadır.

3.5.1. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilen PUKİ, bir ay boyunca uyku kalitesini ve uyku zorluklarını değerlendiren kendi kendine uygulanan bir ankettir (örneğin, geçtiğimiz ay içinde, araba kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktivitelere katılırken uyanık kalmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız?). Toplam 24 soru içerir. Bu soruların 19'u kendini değerlendirme sorusudur, beşi bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. İndeksin puanı hesaplanırken bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorular hesaplama dahil edilmez. İndeks, her biri 0 ile 3 arasında puanlanan yedi bileşenden oluşan toplam 19 maddeyi içerir: uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku verimliliği, uyku bozuklukları, uyku ilaçlarının kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu. Yedi bileşen puanı, 0 ile 21 arasında değişen bir aralıkta nihai bir bileşik genel puana özetlenir. 5'in üzerindeki bir genel PUKİ puanı, tüm yaş grupları için uyku kalitesinin düşük olduğunu gösterir ve uyku bozukluğu vakalarını belirlemede %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgüllük sağlar (Schmickler vd., 2023).

PUKİ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Ağargün, 1996).

3.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından depresyon semptomlarından bağımsız olarak anksiyete semptomlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Beck vd., 1988). 21 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların son haftalarını etkileyen 21 kaygı semptomunu içerir. Bireyler maddelere 4 puanlık likert ölçeğinde yanıt verirler (Hiçbiri, Hafif, Orta, Şiddetli). Toplam puan, tüm maddelerin toplamıdır ve 0 ile 63 arasında değişir; daha yüksek puan daha fazla kaygıyı gösterir (Bagheri vd., 2021; Toledano-Toledano vd., 2020).

Beck Anksiyete ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Avcı ve arkadaşları tarafından 120 denekten oluşan 40'ar kişilik üç ayrı denek grubuyla yürütölmüştür (Gümüş Avcı, 1995).

4. BULGULAR

4.1. İstatistiksel Analizler

Cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, aylık gelir durumu, alkol-sigara kullanımı gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan Yaş, BKİ (boy kilo indeksi), PUKİ puanı, BAÖ puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama $\pm$ SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

Yaşanan yer, aylık gelir durumu, alkol kullanım durumu gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) puanı ve Beck Anksiyete Ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu.

Cinsiyet, medeni durum gibi iki gruplu değişkenlerin Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) puanı ve Beck Anksiyete Ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş, BKİ ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) puanı ve Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi. Ayrıca Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) puanı ile Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında yapılan korelasyon analizinde de spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.2. Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin %45,7'si (n=100) erkek, %54,3'ü (n=119) kadındır. Bireylerin %4,6'sı (n=10) evli, %95,4'ü (n=209) bekar (Tablo 4.2.1.). Bireylerin yaş ortalamasının 23,89±0,93 yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin boy ortalaması 171,12±8,89 cm, kilo ortalaması 68,37±15,44 kg, BKİ ortalaması 23,13±3,64 kg/m²'dir. (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.1 Bireylerin cinsiyet ve medeni durumları

		n (sayı)	yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	100	45,7
	Kadın	119	54,3
Medeni Durum	Evli	10	4,6
	Bekar	209	95,4

Tablo 4.2.2 Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümleri

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
Yaş (yıl)	23,89±0,93	24,0 (21-27)
Boy (cm)	171,12±8,89	170,0 (150-190)
Kilo (kg)	68,37±15,44	65,0 (40-126)
BKİ (kg/m ²)	23,13±3,64	22,9 (15,4-35,6)

Ailede psikiyatrik hastalığı olan 19 birey (%8,7) bulunmaktadır. “Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?” sorusuna bireylerin %82,6'sı (n=181) hayır, %17,4'ü (n=38) evet yanıtı vermiştir.

Bireylerin %12,3'ü (n=27) yurttan, %52,1'i (n=114) ailesi ile, %21,9'u (n=48) arkadaşı/arkadaşları ile, %13,7'si (n=30) tek başına yaşamaktadır.

Aylık gelir durumlarına baktığımızda bireylerin %22,4'ü (n=49) kesinlikle yeterli, %35,6'sı (n=78) yeterli, %36,5'i (n=80) kısmen yeterli, %5,5'i (n=12) yetersiz olduğu belirtmiştir.

Gece yatmadan önce yemek yiyen 89 birey (%40,6), teknolojik alet kullanan 213 birey (%97,3) olduğu belirlenmiştir.

Düzenli egzersiz yapan 90 birey (%41,1) bulunmaktadır.

“Uyurken odanın aydınlık seviyesi nasıldır” sorusuna bireylerin %77,5'i (n=170) karanlıkta uyurum, %0,5'i (n=1) ışık açık uyurum, %4,6'sı (n=10) gece lambası ile uyurum, %17,4'ü (n=38) elimde olmayan sebeplerle loş ışıkta uyurum yanıtını vermiştir.

Sabahları dinlenmiş uyanan 96 birey (%43,8) tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin %5,0'inin (n=11) uyku düzeni çok iyi, %29,2'sinin (n=64) iyi, %46,1'inin (n=101) orta, %14,2'sinin (n=31) kötü, %5,5'inin (n=12) çok kötüdür (Tablo 4.2.3.).

Sigara kullanan 49 birey (%22,4) bulunmakta ve ortalama günde $3,15 \pm 2,53$ paket/yıl sigara içmektedir. Gece yatmadan önce sigara içen 34 birey (%15,5) tespit edilmiş ve bu bireyler ortalama $30,56 \pm 20,84$ dakika önce içmektedir (Tablo 4.2.5.). Bireylerin %68,9'u (n=151) alkol kullanmamakta, %1,5'i (n=3) sıklıkla, %2,7'si (n=6) haftada birkaç gün, %26,9'u (n=59) ayda birkaç gün alkol kullanmaktadır. Kafeinli içecek tüketiminde ise bireylerin %66,6'sı (n=146) her gün mutlaka, %27,9'u (n=61) haftada birkaç kez, %1,8'i (n=4) ayda birkaç kez tüketmekte iken, %3,7'si (n=8) kafeinli içecek tüketmemektedir. “Kafeinli içecekleri genellikle günün hangi saatlerinde içersiniz?” sorusuna bireylerin %23,7'si (n=50) genellikle sabahları, %10,9'u (n=23) genellikle akşam 18:00'den sonra, %53,1'i (n=112) genellikle gün içerisinde yayılmış şekilde, %12,3'ü (n=26) hem sabah hem akşam yanıtını vermiştir (Tablo 4.2.4.)

Tablo 4.2.3 Bireylerin Uyku ve Anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	200	91,3
	Var	19	8,7
Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?	Hayır	181	82,6
	Evet	38	17,4
Yaşanılan Yer	Yurtta yaşıyorum	27	12,3
	Ailemle yaşıyorum	114	52,1
	Arkadaşımla/ Arkadaşlarımla evde yaşıyorum/ yaşıyoruz	48	21,9
	Tek başıma yaşıyorum	30	13,7
Aylık Gelir	Kesinlikle yeterli	49	22,4
	Yeterli	78	35,6
	Kısmen yeterli	80	36,5
	Yetersiz	12	5,5
Gece Yatmadan Önce Yemek Yeme	Hayır	130	59,4
	Evet	89	40,6
Gece Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanımı	Hayır	6	2,7
	Evet	213	97,3
Düzenli Egzersiz Yapma	Hayır	129	58,9
	Evet	90	41,1
Odanın Aydınlık Seviyesi	Karanlık	170	77,5
	Işık açık uyurum	1	0,5
	Gece lambası ile uyurum	10	4,6
	Elimde olmayan sebeplerle loş ışıktayım	38	17,4
Sabahları Dinlenmiş Uyanma	Hayır	123	56,2
	Evet	96	43,8
Uyku Düzeni	Çok iyi	11	5,0
	İyi	64	29,2
	Orta	101	46,1
	Kötü	31	14,2
	Çok kötü	12	5,5

Tablo 4.2.4 Bireylerin sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketim durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanım Durumu	Hayır	170	77,6
	Evet	49	22,4
Gece Yatmadan Önce Sigara İçme Durumu	Hayır	185	84,5
	Evet	34	15,5
Alkol Kullanımı	Hayır	151	68,9
	Evet sıklıkla	3	1,5
	Evet, haftada birkaç gün	6	2,7
	Evet, ayda birkaç gün	59	26,9
Kafeinli İçecek Tüketim Sıklığı	Tüketmem	8	3,7
	Her gün mutlaka	146	66,6
	Haftada birkaç kez	61	27,9
	Ayda birkaç kez	4	1,8
Kafeinli İçecekleri Genellikle Günün Hangi Saatlerinde İçersiniz?	Genellikle sabahları	50	23,7
	Genellikle akşam 18:00'den sonra	23	10,9
	Genellikle gün içerisinde yayılmış şekilde	112	53,1
	Hem sabah hem akşam	26	12,3

Tablo 4.2.5 Sigara içen bireylerin paket/yıl hesaplanması ve yatmadan kaç dakika önce sigara içtikleri

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
İçilen Sigara Miktarı (paket/yıl)	3,15±2,53	2,0 (1-10)
Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçersiniz?	30,56±20,84	30,0 (1-90)

“Genel olarak sizi en çok kaygılandıran durum nedir?” Sorusuna 135 birey TUS sınavı, 113 birey mezuniyet sonrası atanacağım yer, 99 birey acil serviste çalışmak, 75 birey nöbet tutmak, 83 birey ekonomik kaygılar, 23 birey kronik hastalık, 47 birey ailesel durumlar, 19 birey ise diğer durumlar olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6 “Genel olarak sizi en çok kaygılandıran durum nedir?” Sorusuna verilen yanıtların dağılımı

“Genel olarak sizi en çok kaygılandıran durum nedir?”	Sayı (n)	Yüzde (%)
TUS Sınavı	135	61,6
Mezuniyet sonrası atanacağım yer	113	51,6
Acil serviste çalışmak	99	45,2
Nöbet tutmak	75	34,2
Ekonomik kaygılar	83	37,9
Kronik hastalık	23	10,5
Ailesel durumlar	47	21,5
Diğer	19	8,7

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

“Sizce uyku kalitenizi en çok bozan durum hangisidir?” Sorusuna 136 birey yatmadan önce telefon/TV/tablet vb. ile meşgul olmak, 8 birey yatmadan önce ders çalışmak, 26 birey yatağın/ortamın rahat olmaması, 43 birey ortamın aydınlık olması, 48 birey ortamın sıcak ya da soğuk olması, 46 birey yatmadan önce bir şeyler yemek, 7 birey yatmadan önce sigara içmek, 52 birey yatmadan birkaç saat önce kafeinli içecek tüketmek, 3 birey alkol tüketmek, 125 birey gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak, 18 birey kalabalık bir evde/ yurtta yaşıyor olmak, 73 birey nöbet tutmak, 7 birey kronik hastalık, 11 birey depresyon, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak, 9 birey seyahat etmek, 29 birey uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak, 30 birey kötü rüyalar görmek, 13 birey diğer durumlar olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.7.).

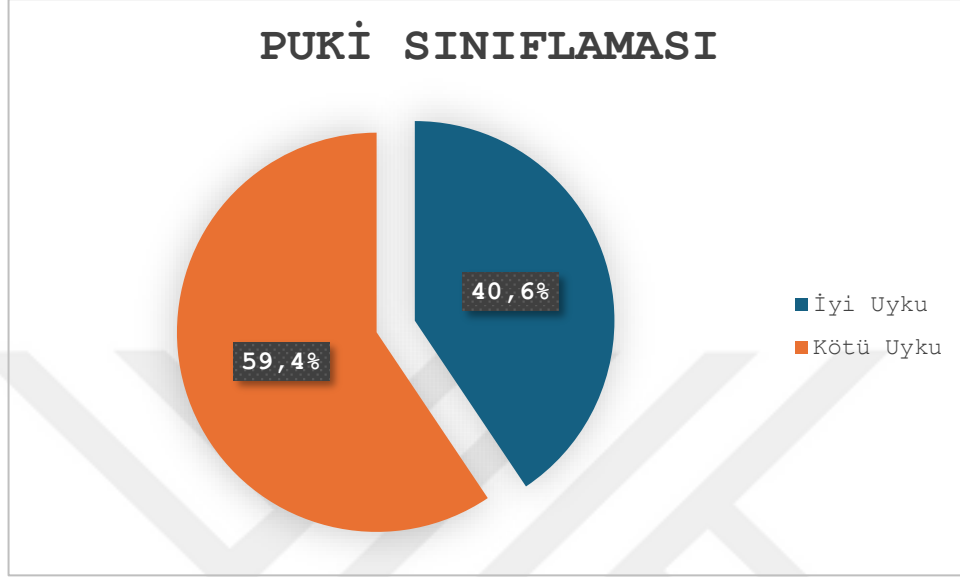
Tablo 4.2.7 “Sizce uyku kalitenizi en çok bozan durum hangisidir?” Sorusuna verilen yanıtların dağılımı

“Sizce uyku kalitenizi en çok bozan durum hangisidir?”	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatmadan önce telefon/TV/tablet vb. ile meşgul olmak	136	62,1
Yatmadan önce ders çalışmak	8	3,7
Yatağın/ortamın rahat olmaması	26	11,9
Ortamın aydınlık olması	43	19,6
Ortamın sıcak ya da soğuk olması	48	21,9
Yatmadan önce bir şeyler yemek	46	21,0
Yatmadan önce sigara içmek	7	3,2
Yatmadan birkaç saat önce kafeinli içecek tüketmek	52	23,7
Alkol tüketmek	3	1,4
Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak	125	57,1
Kalabalık bir evde/ yurtta yaşıyor olmak	18	8,2
Nöbet tutuyor olmak	73	33,3
Kronik hastalık	7	3,2
Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak	11	5,0
Seyahat etmek	9	4,1
Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak	29	13,2
Kötü rüyalar görmek	30	13,7
Diğer	13	5,9

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Bireylerin öznel uyku kalitesi skor ortalaması $1,40 \pm 0,72$, uyku latansı skor ortalaması $1,50 \pm 0,97$, uyku süresi skor ortalaması $0,85 \pm 1,01$, alışılmış uyku etkinliği skor ortalaması $0,31 \pm 0,71$, uyku bozukluğu skor ortalaması $1,18 \pm 0,54$, uyku ilaç kullanımı skor ortalaması $0,08 \pm 0,41$, gündüz işlev bozukluğu skor ortalaması ise $1,25 \pm 0,95$ 'tir. Ayrıca bireylerin toplam PUKİ skoru ortalaması $6,59 \pm 3,36$ 'dır. Minimum PUKİ skoru 0,0 iken, maksimum PUKİ skorunun 20,0 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.8.). Ayrıca bireylerin PUKİ de sorgulanan günlük ortalama uyku süresi 6,73 bulunmuştur. Medyan değer ise 7'dir.

Toplam PUKİ puanı 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanı 5 ve altında olanların uyku kalitesi "iyi" olarak değerlendirilirken, 5'in üzerinde olanların uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %40,6'sının (n=89) uyku kalitesi iyi, %59,4'nün (n=130) uyku kalitesi kötüdür (Şekil 4.2.1)



Şekil 4.2.1 PUKİ Sınıflaması Dağılımı

Tablo 4.2.8 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
Öznel Uyku Kalitesi	1,40±0,72	1,0 (0-3)
Uyku Latansı	1,50±0,97	1,0 (0-3)
Uyku Süresi	0,85±1,01	1,0 (0-3)
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,31±0,71	0,0 (0-3)
Uyku Bozukluğu	1,18±0,54	1,0 (0-3)
Uyku İlaç Kullanımı	0,08±0,41	0,0 (0-3)
Gündüz İşlev Bozukluğu	1,25±0,95	1,0 (0-3)
Toplam PUKİ Skoru	6,59±3,36	6,0 (0-20)

“Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?” sorusuna hayır yanıtını veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 6,15±3,11, evet yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 8,66±3,78’dir. “Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?”

sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,812$, $p<0,001$). Aylık gelir durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,896$, $p=0,031$). Aylık geliri durumu için kesinlikle yeterli diyen bireylerin PUKİ puan ortalaması $5,61\pm3,41$, yeterli diyenlerin $6,40\pm3,46$, kısmen yeterli diyenlerin $7,30\pm3,27$, yetersiz diyenlerin $7,08\pm2,06$ olduğu belirlenmiştir. Gece yatmadan önce yemek yemeyen bireylerin PUKİ puan ortalaması $5,80\pm2,76$, gece yatmadan önce yemek yiyen bireylerin PUKİ puan ortalaması $7,74\pm3,81$ 'dir. Gece yatmadan önce yemek yeme durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,698$, $p<0,001$). Ayrıca gece yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,377$, $p=0,017$). Gece yatmadan önce teknolojik alet kullanan bireylerin PUKİ puan ortalaması kullananlar göre daha yüksektir.

Sabahları dinlenmiş uyanmayan bireylerin PUKİ puan ortalamasının $7,51\pm3,46$, sabahları dinlenmiş uyanan bireylerin PUKİ puan ortalamasının $5,41\pm2,84$ olduğu belirlenmiştir. Sabahları dinlenmiş uyanma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=4,744$, $p<0,001$). Uyku düzenine göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=59,075$, $p<0,001$). Uyku düzeni çok iyiden çok kötüye gittikçe PUKİ puan ortalaması artmaktadır.

Diğer değişkenlerin PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.9.'da özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre PUKİ puanları ile "Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?", "Aylık Gelir", "Gece Yatmadan Önce Yemek Yeme", "Gece Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanımı", "Sabahları Dinlenmiş Uyanma", "Uyku Düzeni" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.9.- Tablo 4.2.10.).

Tablo 4.2.9 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

		PUKİ ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Cinsiyet	Erkek	6,55±3,45	7,0 (0-19)	z=0,176	0,860
	Kadın	6,62±3,30	6,0 (0-20)		
Medeni Durum	Evli	6,70±4,32	7,5 (1-14)	z=0,139	0,890
	Bekar	6,58±3,32	6,0 (0-20)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	6,64±3,36	6,0 (0-20)	z=0,933	0,351
	Var	6,11±3,43	6,0 (2-17)		
Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?	Hayır	6,15±3,11	6,0 (0-16)	z=3,812	<0,001
	Evet	8,66±3,78	8,0 (4-20)		

Tablo 4.2.9 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

		PUKİ ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Yaşanılan Yer	Yurtta yaşıyorum	7,07±3,49	6,0 (1-14)	$\chi^2=1,921$	0,589
	Ailemle yaşıyorum	6,40±3,55	6,0 (0-20)		
	Arkadaşım/Arkadaşlarımla evde yaşıyorum/ yaşıyoruz	6,81±2,68	7,0 (2-16)		
	Tek başıma yaşıyorum	6,50±3,59	6,0 (0-15)		
Aylık Gelir	Kesinlikle yeterli	5,61±3,41	5,0 (0-13)	$\chi^2=8,896$	0,031
	Yeterli	6,40±3,46	5,5 (2-19)		
	Kısmen yeterli	7,30±3,27	7,0 (2-20)		
	Yetersiz	7,08±2,06	8,0 (2-9)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.2.10 Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

			PUKİ ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
			Ort±SS	Medyan (Min- Max)	Z	p
Sigara Kullanım Durumu	Hayır		6,41±3,26	6,0 (0-20)	z=1,290	0,197
	Evet		7,22±3,66	7,0 (1-17)		
Gece Yatmadan Önce Sigara İçme Durumu	Hayır		6,44±3,27	6,0 (0-20)	z=1,163	0,245
	Evet		7,38±3,77	7,0 (2-17)		
Gece Yatmadan Önce Yemek Yeme	Hayır		5,80±2,76	6,0 (0-16)	z=3,698	<0,001
	Evet		7,74±3,81	7,0 (2-20)		
Gece Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanımı	Hayır		3,17±2,86	3,5 (0-6)	z=2,377	0,017
	Evet		6,69±3,33	6,0 (0-20)		
Düzenli Egzersiz Yapma	Hayır		6,92±3,42	7,0 (1-20)	z=1,600	0,110
	Evet		6,11±3,24	6,0 (0-16)		
Sabahları Dinlenmiş Uyanma	Hayır		7,51±3,46	8,0 (1-20)	z=4,744	<0,001
	Evet		5,41±2,84	5,0 (0-16)		

z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4.2.10 Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

		PUKİ ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Alkol Kullanımı	Hayır	6,64±3,34	6,0 (0-20)	$\chi^2=2,344$	0,310
	Evet, haftada birkaç gün	8,67±5,05	8,0 (2-17)		
	Evet, ayda birkaç gün	6,14±3,03	6,0 (1-13)		
Kafeinli İçecek Tüketim Sıklığı	Tüketmem	5,50±5,68	4,0 (0-16)	$\chi^2=6,058$	0,109
	Her gün mutlaka	6,64±3,01	6,0 (0-17)		
	Haftada birkaç kez	6,82±3,77	7,0 (1-20)		
	Ayda birkaç kez	3,50±2,52	3,0 (1-7)		
Kafeinli İçecekleri Genellikle Günün Hangi Saatlerinde İçersiniz?	Genellikle sabahları	7,26±3,69	7,0 (1-20)	$\chi^2=3,169$	0,366
	Genellikle akşam 18:00'den sonra	5,91±2,83	6,0 (1-12)		
	Genellikle gün içerisinde yayılmış şekilde	6,39±3,10	6,0 (1-19)		
	Hem sabah hem akşam	7,08±3,33	6,5 (0-17)		
Odanın Aydınlık Seviyesi	Karanlık	6,46±3,07	6,0 (0-16)	$\chi^2=3,862$	0,277
	Gece lambası ile uyurum	7,20±2,30	6,0 (5-11)		
	Elimde olmayan sebeplerle loş ışıkta uyurum	6,74±4,38	6,5 (1-20)		
Uyku Düzeni	Çok iyi	3,64±2,46	4,0 (0-8)	$\chi^2=59,075$	<0,001
	İyi	5,44±2,89	5,0 (0-16)		
	Orta	6,21±2,51	6,0 (1-12)		
	Kötü	8,94±3,19	8,0 (2-19)		
	Çok kötü	12,58±3,60	11,5 (9-20)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

PUKİ Puanı ile Yaş, BKİ, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.11.).

Tablo 4.2.11 PUKİ Puanı ile Yaş, BKİ, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme arasındaki ilişki

	YAŞ	
	r	p
Yaş	0.132	0,051
BKİ	-0.048	0,483
İçilen Sigara Miktarı	0.002	0,991
Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçersiniz?	0.001	0,995

r: Spearman İlişki Katsayısı

En çok kaygılandığı durum acil serviste çalışmak olan bireylerin PUKİ puan ortalaması $7,22\pm3,61$, olmayan bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,07\pm3,06$ 'dır. En çok kaygılandığı durum acil serviste çalışmak olma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,020$, $p=0,043$). Ayrıca en çok kaygılandığı durum nöbet tutmak olma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,500$, $p=0,012$). En çok kaygılandığı durum nöbet tutmak olan bireylerin PUKİ puan ortalaması olmayan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 4.2.12.).

Tablo 4.2.12 *En Çok Kaygılanılan Durumlara Göre PUKİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması*

	Hayır		Evet		Test İstatistiği	
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
TUS Sınavı	6,56±3,67	6,5 (0-19)	6,61±3,17	6,0 (0-20)	z=0,162	0,872
Mezuniyet sonrası atanacağım yer	6,32±3,38	6,0 (0-19)	6,84±3,33	7,0 (1-20)	z=1,151	0,250
Acil serviste çalışmak	6,07±3,06	6,0 (0-16)	7,22±3,61	7,0 (1-20)	z=2,020	0,043
Nöbet tutmak	6,12±3,09	6,0 (0-16)	7,49±3,68	7,0 (1-20)	z=2,500	0,012
Ekonomik kaygılar	6,43±3,44	6,0 (0-19)	6,84±3,23	7,0 (1-20)	z=0,846	0,397
Kronik hastalık	6,49±3,11	6,0 (0-17)	7,43±5,07	7,0 (0-20)	z=0,552	0,581
Ailesel durumlar	6,47±3,32	6,0 (0-19)	7,04±3,51	6,0 (1-20)	z=0,852	0,394
Diğer	6,53±3,31	6,0 (0-19)	7,21±3,94	7,0 (3-20)	z=0,564	0,573

z: Mann Whitney U Testi

Uyku kalitesini bozma durumu “Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak” olan bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,97 \pm 3,07$, olmayan bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,09 \pm 3,68$ ’dir. Uyku kalitesini bozma durumu “Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak” olma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,656$, $p=0,008$). Ayrıca Uyku kalitesini bozma durumu nöbet tutuyor olma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,201$, $p=0,028$). Uyku kalitesinin bozan durum nöbet tutmak olan bireylerin PUKİ puan ortalaması olmayan bireylere göre daha yüksektir. Uyku kalitesini bozma durumu “Kötü rüyalar görmek” olan bireylerin PUKİ puan ortalaması $8,47 \pm 3,93$, olmayan bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,29 \pm 3,17$ ’dir. Uyku kalitesini bozma durumu “Kötü rüyalar görmek” olma durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,941$, $p=0,003$) (Tablo 2.4.13.).

Tablo 4.2.13 *Uyku Kalitesini Bozma Durumlara Göre PUKİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması*

	Hayır		Evet		Test İstatistiği	
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
Yatmadan önce telefon/TV/tablet vb. ile meşgul olmak	6,90±4,14	6,0 (0-20)	6,40±2,78	6,0 (1-17)	z=0,378	0,706
Yatmadan önce ders çalışmak	6,58±3,37	6,0 (0-20)	6,75±3,24	7,5 (1-12)	z=0,391	0,696
Yatağın/ortamın rahat olmaması	6,63±3,15	6,0 (0-20)	6,31±4,69	4,0 (1-19)	z=1,438	0,150
Ortamın aydınlık olması	6,60±3,28	6,0 (0-19)	6,56±3,70	6,0 (0-20)	z=0,146	0,884
Ortamın sıcak ya da soğuk olması	6,49±3,17	6,0 (0-19)	6,96±3,98	6,5 (1-20)	z=0,457	0,647
Yatmadan önce bir şeyler yemek	6,71±3,25	6,0 (0-20)	6,15±3,77	6,0 (0-19)	z=1,137	0,256
Yatmadan önce sigara içmek	6,51±3,28	6,0 (0-20)	8,86±5,21	7,0 (4-17)	z=1,021	0,307
Yatmadan birkaç saat önce kafeinli içecek tüketmek	6,60±3,49	6,0 (0-20)	6,56±2,95	6,5 (1-17)	z=0,218	0,828
Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak	6,09±3,68	5,0 (0-19)	6,97±3,07	7,0 (0-20)	z=2,656	0,008
Kalabalık bir evde/ yurtta yaşıyor olmak	6,55±3,38	6,0 (0-20)	7,06±3,26	6,5 (2-14)	z=0,677	0,498
Nöbet tutuyor olmak	6,16±3,11	6,0 (0-17)	7,44±3,69	7,0 (2-20)	z=2,201	0,028
Kronik hastalık	6,54±3,35	6,0 (0-20)	8,14±3,58	7,0 (3-12)	z=1,228	0,220
Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak	6,48±3,26	6,0 (0-19)	8,73±4,54	7,0 (5-20)	z=1,602	0,109
Seyahat etmek	6,52±3,33	6,0 (0-20)	8,11±4,04	8,0 (3-17)	z=1,263	0,206
Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak	6,46±3,34	6,0 (0-20)	7,41±3,43	7,0 (2-19)	z=1,385	0,166
Kötü rüyalar görmek	6,29±3,17	6,0 (0-19)	8,47±3,93	8,0 (3-20)	z=2,941	0,003
Diğer	6,59±3,42	6,0 (0-20)	6,54±5,77	6,0 (3-11)	z=0,145	0,885

z: Mann Whitney U Testi

Bireylerin BAÖ puanı ortalamasının $9,63 \pm 8,45$ olduğu belirlenmiştir. Minimum BAÖ puanı 0,0 iken, maksimum BAÖ puanı 61,0'dır (Tablo 2.4.14.).

Tablo 4.2.14 Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
Beck Anksiyete Ölçeği	9,63 $\pm$ 8,45	8,0 (0-61)

Erkek bireylerin BAÖ puan ortalaması $8,11 \pm 6,72$, kadın bireylerin BAÖ puan ortalaması $10,91 \pm 9,51$ 'dir. Cinsiyete göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,495$, $p=0,013$). Aile psikiyatrik hastalığı bulunmayan bireylerin BAÖ puan $9,38 \pm 8,59$, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin BAÖ puan $12,32 \pm 6,45$ 'tir. Ailede psikiyatrik hastalık olma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,336$, $p=0,019$).

Sigara kullanmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması $9,05 \pm 8,71$, sigara kullanan bireylerin BAÖ puan ortalaması $11,65 \pm 7,22$ 'dir. Sigara kullanım durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,035$, $p=0,002$). Ayrıca gece yatmadan önce sigara içme durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,419$, $p=0,016$). Gece yatmadan önce sigara içen bireylerin BAÖ puan ortalaması içmeyenlere göre daha yüksektir. Kafeinli içecek tüketmeyen bireylerin BAÖ puan ortalaması $6,25 \pm 5,80$, her gün mutlaka tüketenlerin $10,34 \pm 8,05$, haftada birkaç kez tüketenlerin $8,72 \pm 9,59$, ayda birkaç kez tüketenlerin $4,50 \pm 5,74$ olduğu belirlenmiştir. Kafeinli içecek tüketim sıklığına göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,819$, $p=0,032$). Ayrıca “Kafeinli İçecekleri Genellikle Günün Hangi Saatlerinde İçersiniz?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,147$, $p=0,027$). Hem sabah hem akşam kafeinli içecek tüketen bireylerin BAÖ $12,08 \pm 6,39$, genellikle sabahları tüketen bireylerin $10,88 \pm 12,18$, gün içerisinde yayılmış şekilde tüketen bireylerin $9,21 \pm 6,83$, genellikle akşam 18:00'den sonra tüketen bireylerin $7,39 \pm 8,00$ olduğu belirlenmiştir.

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,693$, $p=0,007$). Düzenli egzersiz yapan bireylerin BAÖ puan ortalaması yapmayanlara göre daha düşüktür. Uyku düzenine göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,929$, $p=0,018$). Uyku düzeni çok iyiden çok kötüye gittikçe BAÖ puan ortalaması artmaktadır.

Diğer değişkenlerin BAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 2.4.15.'de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre BAÖ puanları ile "Cinsiyet", "Ailede Psikiyatrik Hastalık", "Aylık Gelir", "Sigara Kullanım Durumu", "Gece Yatmadan Önce Sigara İçme Durumu", "Kafeinli İçecek Tüketim Sıklığı", "Kafeinli İçecekleri Genellikle Günün Hangi Saatlerinde İçersiniz?" "Gece Yatmadan Önce Yemek Yeme", "Gece Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanımı", "Düzenli Egzersiz Yapma" "Sabahları Dinlenmiş Uyanma", "Uyku Düzeni" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2.4.15.-2.4.16.).

Tablo 4.2.15 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		BECK ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Cinsiyet	Erkek	8,11±6,72	6,0 (0-33)	z=2,495	0,013
	Kadın	10,91±9,51	9,0 (0-61)		
Medeni Durum	Evli	12,50±7,69	14,5 (1-23)	z=1,533	0,125
	Bekar	9,49±8,48	8,0 (0-61)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	9,38±8,59	7,5 (0-61)	z=2,336	0,019
	Var	12,32±6,45	12,0 (3-28)		
Yaşanılan Evde Uyku Problemi Yaşayan Var Mı?	Hayır	9,04±7,62	8,0 (0-57)	z=1,780	0,075
	Evet	12,42±11,36	9,0 (1-61)		

z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4.2.15 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

		BECK ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Yaşanılan Yer	Yurtta yaşıyorum	9,48±7,18	9,0 (0-31)	$\chi^2=0,160$	0,984
	Ailemle yaşıyorum	9,65±8,45	8,0 (0-61)		
	Arkadaşım/Arkadaşlarımla evde yaşıyorum/yaşıyoruz	9,17±6,89	9,0 (0-33)		
	Tek başıma yaşıyorum	10,43±11,59	6,0 (0-57)		
Aylık Gelir	Kesinlikle yeterli	7,86±6,45	7,0 (0-31)	$\chi^2=8,593$	0,035
	Yeterli	8,44±6,42	7,0 (0-27)		
	Kısmen yeterli	12,09±10,73	9,5 (0-61)		
	Yetersiz	8,25±7,01	6,0 (1-28)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.2.16 Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		BECK ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z	p
Sigara Kullanım Durumu	Hayır	9,05±8,71	7,0 (0-61)	z=3,035	0,002
	Evet	11,65±7,22	11,0 (0-36)		
Gece Yatmadan Önce Sigara İçme Durumu	Hayır	9,18±8,47	8,0 (0-61)	z=2,419	0,016
	Evet	12,06±8,02	11,5 (3-36)		
Gece Yatmadan Önce Yemek Yeme	Hayır	8,94±7,05	8,0 (0-36)	z=0,937	0,349
	Evet	10,64±10,12			
Gece Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanımı	Hayır	3,33±2,42	3,0 (0-7)	z=2,467	0,014
	Evet	9,81±8,49			
Düzenli Egzersiz Yapma	Hayır	10,79±9,29	9,0 (0-61)	z=2,693	0,007
	Evet	7,97±6,78			
Sabahları Dinlenmiş Uyanma	Hayır	11,33±9,54	9,0 (0-61)	z=3,476	0,001
	Evet	7,46±6,20			

z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4.2.16 Bireylerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek durumlar, sigara, alkol ve kafeinli içecek tüketimi ile Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması(devamı)

		BECK ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Alkol Kullanımı	Hayır	9,13±8,82	7,0 (0-61)	$\chi^2=4,762$	0,092
	Evet, haftada birkaç gün	12,89±9,76	9,0 (3-33)		
	Evet, ayda birkaç gün	10,42±7,15	10,0 (0-31)		
Kafeinli İçecek Tüketim Sıklığı	Tüketmem	6,25±5,80	4,5 (0-16)	$\chi^2=8,819$	0,032
	Her gün mutlaka	10,34±8,05	9,0 (0-57)		
	Haftada birkaç kez	8,72±9,59	6,0 (0-61)		
	Ayda birkaç kez	4,50±5,74	3,0 (0-12)		
Kafeinli İçecekleri Genellikle Günün Hangi Saatlerinde İçersiniz?	Genellikle sabahları	10,88±12,18	7,0 (0-61)	$\chi^2=9,147$	0,027
	Genellikle akşam 18:00'den sonra	7,39±8,00	5,0 (0-33)		
	Genellikle gün içerisinde yayılmış şekilde	9,21±6,83	8,5 (0-31)		
	Hem sabah hem akşam	12,08±6,39	13,0 (2-23)		
Odanın Aydınlık Seviyesi	Karanlık	9,25±7,85	8,0 (0-57)	$\chi^2=3,528$	0,317
	Gece lambası ile uyurum	12,20±8,94	10,5 (1-28)		
	Elimde olmayan sebeplerle loş ışıktayurum	10,32±10,59	7,0 (0-61)		
Uyku Düzeni	Çok iyi	7,45±5,56	6,0 (0-18)	$\chi^2=11,929$	0,018
	İyi	7,61±6,05	6,5 (0-30)		
	Orta	9,12±6,80	9,0 (0-33)		
	Kötü	13,71±11,17	11,0 (0-57)		
	Çok kötü	16,17±17,12	10,5 (1-61)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile Yaş, BKİ, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2.4.17.).

Tablo 4.2.17 Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile Yaş, BKİ, İçilen Sigara Miktarı ve Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçme arasındaki ilişki

	YAŞ	
	r	p
Yaş	-0.007	0,920
BKİ	-0.081	0,232
İçilen Sigara Miktarı	0.036	0,808
Yatmadan Kaç Dk. Önce Sigara İçersiniz?	-0.124	0,484

r: Spearman İlişki Katsayısı

En çok kaygılandığı durum mezuniyet sonrası atanacağı yer olan bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puan ortalaması $10,28 \pm 8,18$, olmayan bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puan ortalaması $8,93 \pm 8,72$ 'dir. En çok kaygılandığı durum mezuniyet sonrası atanacağı yer olma durumuna göre bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,041$, $p=0,041$). Ayrıca en çok kaygılandığı durum ekonomik kaygılar olma durumuna göre bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,380$, $p=0,017$). En çok kaygılandığı durum ekonomik kaygılar olan bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puan ortalaması olmayan bireylere göre daha yüksektir. En çok kaygılandığı durum ailesel durumlar olma durumuna göre bireylerin Beck Anksiyete Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,422$, $p=0,015$) (Tablo 2.4.18.).

Tablo 4.2.18 *En Çok Kaygılanılan Durumlara Göre Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması*

	Hayır		Evet		Test İstatistiği	
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
TUS Sınavı	9,56±8,86	8,5 (0-57)	9,67±8,22	8,0 (0-61)	z=0,367	0,714
Mezuniyet sonrası atanacağım yer	8,93±8,72	7,0 (0-57)	10,28±8,18	9,0 (0-61)	z=2,041	0,041
Acil serviste çalışmak	9,00±8,23	7,0 (0-57)	10,39±8,69	9,0 (0-61)	z=1,563	0,118
Nöbet tutmak	9,38±7,92	8,0 (0-57)	10,11±9,44	8,0 (0-61)	z=0,186	0,853
Ekonomik kaygılar	8,66±7,77	7,0 (0-57)	11,22±9,29	9,0 (0-61)	z=2,380	0,017
Kronik hastalık	9,06±6,89	8,0 (0-36)	14,52±16,09	10,0 (0-61)	z=1,054	0,292
Ailesel durumlar	8,95±7,84	7,0 (0-57)	12,13±10,09	10,0 (0-61)	z=2,422	0,015
Diğer	9,47±7,86	8,0 (0-57)	11,32±13,39	8,0 (0-61)	z=0,266	0,791

z: Mann Whitney U Testi

Uyku kalitesini bozma durumu “Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak” olan bireylerin BAÖ puan ortalaması 10,83±8,95, olmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması 8,03±7,50’dir. Uyku kalitesini bozma durumu “Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak” olma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir (z=3,187, p=0,001). Ayrıca Uyku kalitesini bozma durumu “Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak” olma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir (z=3,018, p=0,003). Uyku kalitesinin bozan durum Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak olan bireylerin BAÖ puan ortalaması olmayan bireylere göre daha yüksektir. Uyku kalitesini bozma durumu “Kötü rüyalar görmek” olan bireylerin BAÖ puan ortalaması 15,23±14,23, olmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması 8,74±6,77’dir. Uyku kalitesini bozma durumu “Kötü rüyalar görmek” olma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir (z=2,941, p=0,003). Uyku

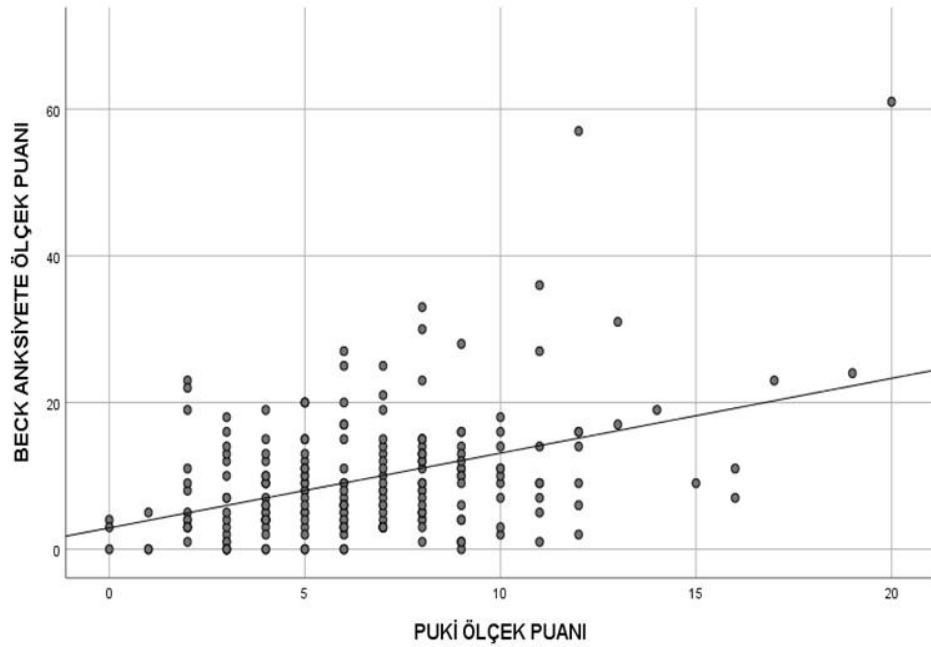
kalitesini bozma durumu “Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak” olan bireylerin BAÖ puan ortalaması $11,90 \pm 7,21$, olmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması $9,28 \pm 8,59$ ’dur. Uyku kalitesini bozma durumu “Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak” olma durumuna göre bireylerin BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,340$, $p=0,019$) (Tablo 2.4.19.).

Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile PUKİ Ölçek Puanı puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.320$, $p<0,001$) (Tablo 2.4.20.).

Tablo 4.2.20 Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile PUKİ Ölçek Puanı arasındaki ilişki

	PUKİ Ölçek Puanı	
	r	p
Beck Anksiyete Ölçek Puanı	0.320	<0,001

r: Spearman İlişki Katsayısı



Şekil 4.2.2 Beck Anksiyete Ölçek Puanı ile PUKİ Ölçek Puanı korelasyon grafiği

Tablo 4.2.19 Uyku Kalitesini Bozma Durumlara Göre Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Hayır		Evet		Test İstatistiği	
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
Yatmadan önce telefon/TV/tablet vb. ile meşgul olmak	10,17±10,48	8,0 (0-61)	9,30±6,96	8,0 (0-33)	z=0,220	0,826
Yatmadan önce ders çalışmak	9,73±8,54	8,0 (0-61)	7,13±5,44	4,5 (1-16)	z=0,791	0,429
Yatağın/ortamın rahat olmaması	9,71±8,69	8,0 (0-61)	9,04±6,53	7,0 (0-24)	z=0,101	0,920
Ortamın aydınlık olması	9,15±7,69	8,0 (0-57)	11,58±10,94	9,0 (0-61)	z=1,175	0,240
Ortamın sıcak ya da soğuk olması	9,19±7,72	8,0 (0-57)	11,19±10,61	9,0 (0-61)	z=0,912	0,362
Yatmadan önce bir şeyler yemek	9,90±8,64	9,0 (0-61)	8,61±7,70	6,5 (0-33)	z=1,155	0,248
Yatmadan önce sigara içmek	9,61±8,51	8,0 (0-61)	10,14±6,99	9,0 (4-23)	z=0,431	0,666
Yatmadan birkaç saat önce kafeinli içecek tüketmek	9,62±8,89	8,0 (0-61)	9,65±6,91	7,5 (0-27)	z=0,552	0,581
Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak	8,03±7,50	6,0 (0-33)	10,83±8,95	9,0 (0-61)	z=3,187	0,001
Kalabalık bir evde/ yurtta yaşıyor olmak	9,62±8,59	8,0 (0-61)	9,78±6,86	9,0 (0-27)	z=0,434	0,665
Nöbet tutuyor olmak	9,36±8,11	8,0 (0-57)	10,18±9,14	9,0 (0-61)	z=0,651	0,515
Kronik hastalık	9,34±7,77	8,0 (0-61)	18,29±19,58	16,0 (0-57)	z=1,072	0,284
Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak	9,19±7,79	7,5 (0-57)	17,91±14,86	12,0 (9-61)	z=3,018	0,003
Seyahat etmek	9,67±8,54	8,0 (0-61)	8,78±6,51	7,0 (2-23)	z=0,159	0,874
Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak	9,28±8,59	7,0 (0-61)	11,90±7,21	10,0 (1-33)	z=2,340	0,019
Kötü rüyalar görmek	8,74±6,77	7,0 (0-36)	15,23±14,23	12,5 (0-61)	z=2,714	0,007
Diğer	9,73±8,42	8,5 (0-61)	8,00±9,18	5,0 (0-36)	z=1,239	0,215

z: Mann Whitney U Testi

5. TARTIŞMA

Uyku, bir insanın hayatının üçte birini kaplar, ancak iş ve yaşamın artan temposuyla birlikte uyku bozukluklarının görülme sıklığı her yıl artmaktadır. Günümüzde yükseköğrenim kurumlarının karşılaştığı önemli zorluklardan biri, üniversite öğrencileri arasında uyku bozukluğu sorunudur. Son kanıtlar, tıp öğrencilerinin gecelik ortalama 6,3 saatlik uyku süresiyle yetersiz uykuyla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ortalama uyku süresi 6,7 bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların PUKİ puan ortalaması $6,59 \pm 3,36$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda 5'in üzerindeki değerler anormal kabul edilmiştir. Katılımcıların %59,4'nün uyku kalitesi kötüdür. Isparta'da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da PUKİ puan ortalaması 9.03 ± 4.21 (Saygın, 2016), Düzce' de 4-5-6. sınıf tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada 5.2 ± 2.7 (Mayda vd., 2012), Sakarya'da tüm tıp fakültesi dönemlerine yapılan bir çalışmada $5,7 \pm 2,3$ (Erdoğan vd., 2018), İstanbul'da tıp fakültesi 1 ve 6. Sınıflara yapılan bir çalışmada da $7,34 \pm 3,95$ (Güllüoğlu vd., 2020) bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesinde tıp fakültesi dönem 6 öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da katılımcıların %77 sinin uyku kalitesinin bozuk olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Büke vd., 2019). Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada PUKİ ortalaması $7,11 \pm 3,84$ yaygınlığı %76 bulunmuştur (Almojali vd., 2017). Maheshwari ve arkadaşlarının Pakistan'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada da kötü uyku kalitesine sahip öğrenci oranı %64,24 olarak belirlenmiştir (Maheshwari & Shaukat, 2019). Yunanistan'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da PUKİ puan ortalaması $6,6 \pm 3,25$ olarak bulunmuş ve bu çalışmada da olduğu gibi özellikle son sınıf tıp öğrencilerinde daha kötü uyku kalitesi görülmüştür (Eleftheriou vd., 2021).

Bu çalışmada katılımcıların Beck anksiyete ölçek (BAÖ) puan ortalaması $9,63 \pm 8,45$ olarak bulunmuştur ve üst sınır 7 olarak kabul edilmiştir. Bursa' da tıp fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada BAÖ puan ortalaması 10.66 ± 8.65 (Taneri vd., 2016), benzer bir şekilde Elmas'ın yaptığı bir çalışmada da 9.28 ± 7.72 bulunmuştur (Elmas, 2012). Mısır'da yapılan bir çalışmada ise bizim

çalışmamızdan farklı olarak BAÖ puan ortalaması $24,2 \pm 13,1$ bulunmuş ve bu yüksekliğin nedeninin Mısır'da tıp eğitim sisteminde değişiklik yapılmasıyla alakalı olabileceği söylenmiştir (Ebrahim vd., 2024).

Bireylerin deneyimlediği stres olaylarının hipotalamus-hipofiz-adrenal bez aksının aktivasyonu yoluyla anksiyete semptomlarını artıracak ve uyku bozukluğuna yol açacağı bildirilen Huang ve arkadaşlarının Çin'de Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada algılanan stres düzeyi, anksiyete ve uyku kalitesi arasında doğrudan bağlantı görülmüştür (Huang vd., 2024). Yine yapılan diğer araştırmalar, anksiyete bozukluklarının uyku bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir; yapılan bir çalışmada, geçen ayki madde kullanımını ve ruh hali bozukluklarını ekarte ettikten sonra anksiyete bozukluklarının bildirilen uyku bozuklukları olasılığında üç ila dört kat artışla ilişkili olduğunu bulunmuştur (Horenstein vd., 2019). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2024 yılında yapılan bir tez çalışmasında ise acil serviste çalışan intern hekimlerin PUKİ puanları ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü korelasyon görülmüştür (Meral, 2024). Bizim çalışmamızda da hedeflenen ana konu olan intern hekimlerin uyku kaliteleri ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki, yapılan araştırmalara benzer bir şekilde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre PUKİ skorları arttıkça BAÖ puanlarının arttığı görülmüştür. Yunanistan'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde PUKİ den elde edilmiş veriler ve anksiyete düzeylerinin pozitif yönlü korelasyonu olduğu görülmüştür (Eleftheriou vd., 2021). Tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise kötü uyku çeken kişilerin bizim çalışmamızda da olduğu gibi daha yüksek sıklıkta kaygı bildirdiği gösterilmiştir (Chen vd., 2022). Yapılan bu çalışmalar ve bizim çalışmamıza dayanılarak uyku kalitesinin anksiyete düzeyini artırdığı ve tersi durumunda anksiyete düzeylerinde yükselme olmasının da uyku kalitesini bozduğu söylenebilir.

Çalışmamızda PUKİ den bağımsız sorguladığımız uyku düzeni ve sabahları dinlenmiş olarak uyanma durumu sonucu ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre uyku düzeni iyiden kötüye gittikçe anksiyete düzeyinin arttığı görülmüş ve sabahları dinlenmiş olarak uyanmayan bireylerde de anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızın ana hipotezlerinden olan uyku kalitesi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda intern hekimlerin gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanması, nöbet tutuyor olması ve kötü rüyalar görmesi uyku kalitelerini en çok bozan durumlar arasında görülmüş ve bu üç durumu işaretleyenlerin PUKİ puanları işaretlemeyenlere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan birkaç çalışmada gün içerisinde yaşanan durumlar hakkında kaygılanmak/ yatakta olumsuz düşünceler içerisinde olmak gibi durumlar uyku kalitesini en çok bozan durumlar arasında görülmüştür (Gümüştakım vd., 2020; Sarısaltık & Girgin, 2024). Takano ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da olumsuz düşünceler hakkında kaygılanmanın uyku kalitesini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (Takano vd., 2014).

Uyku kalitenizi en çok bozan durum nedir sorusuna en yüksek verilen cevaplardan olan yatmadan önce telefon/TV/tablet vb. ile meşgul olmak durumu ile PUKİ puanları karşılaştırılmasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ancak sosyodemografik veri anketinde sorgulanan gece yatmadan önce tablet/TV/telefon meşguliyeti ile PUKİ puanları arasında anlamlı ilişki vardır. Bu durumun nedeni uyku kalitelerini en çok bozan durumların çok fazla alt seçenek içermesi ve birden fazla seçenek işaretlemeleri dolayısıyla sosyodemografik veri anketinde olduğu gibi dikkat çekmemesinden olabilir. Vietnam’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada benzer bir şekilde yatmadan önce elektronik alet kullanımının PUKİ puanlarını artırdığı görülmüş ancak bu çalışmada katılımcıların elektronik aletleri yatmadan önce kaç dakika kullandıkları, yatağın neresinde bulundurdıkları gibi sorularla ayrıntılandırılmıştır (Pham vd., 2021). Yapılan bir çalışmada elektronik aletlerle geçirilen sürenin 30 dk ve altında olmasının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemediği görülmüştür (Alshobaili & AlYousefi, 2019).

Fransa’ da 695 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızda da olduğu gibi kötü uyku kalitesi olanlar ile kötü rüyalar görme sıklığı arasında anlamlı ilişki görülmüştür (Faccini vd., 2023). Kötü rüyalar ve kabuslar, uyku bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, akut stres reaksiyonları ve travma sonrası stres bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik durumlarla ilişkilendirilmiştir ve bu bozuklukların genellikle akut fazında görülmüşlerdir (CampBell vd., 2022). Amerika Birleşik

Devletleri'nde yapılan bir çalışmada daha yüksek stres seviyelerine sahip kişilerde kabus ve kabus temalarının olasılığının arttığı gösterilmiştir (Mota vd., 2020). Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise anksiyetenin kötü rüyalar görme üzerine aracılık etkisi gösterilmiştir (L.-G. Zhang vd., 2023).

Lübnan'da son sınıf tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada %37'sinin uyku kalitelerinin oldukça kötü veya çok kötü olduğu ortaya konulmuş ve bizim çalışmamızda da olduğu gibi nöbet usulü çalışmak ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Chahine vd., 2023).

Çalışmamızda genel olarak sizi en çok kaygılandıran durumlar nedir sorusunda en yüksek oranlar sırasıyla TUS (%61,6), mezuniyet sonrası atanacağım yer (%51,6), acil serviste çalışmak (%45,2), nöbet tutmak (%34,2) olarak bulunmuştur. Ülkemizde tıp fakültesi 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da en çok kaygı duydukları alanların çalışmamızda olduğu gibi uzmanlık/TUS konuları, atanacağı yerin belirsizlik/istemediği bir yer olması, acil hastalarla tek başına baş etme ile ilgili olduğu bulunmuştur (Ergin vd., 2016). Bu çalışmada bizim çalışmamızda kullanılan Beck anksiyete ölçeği kullanılmamış olsa da en çok kaygılanan nedenler benzer görülmüştür. Nöbet usulü çalışan 175.543 kişi üzerinde Çin'de yapılan bir kohort çalışmasında anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Xu vd., 2023).

Çalışmamızdaki en çok kaygılanılan durumlardan acil serviste çalışmak ve nöbet tutmak durumları ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada özellikle hekimlerin anksiyete düzeyleri oldukça yüksek bulunurken PUKİ puanları da artmıştır (Şayık vd., 2022). Buna göre acil serviste çalışmak veya nöbet tutmak çok daha az personelle daha fazla iş yükü olması ve getirdiği stresle beraber anksiyete düzeylerini artırıp buna bağlı olarak uyku kalitelerinde de bozulmaya yol açmış gibi gözükmektedir. TUS ve mezuniyet sonrası atanacağım yer durumları ile PUKİ puanları arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durumun nedeni kaygılanılan bu durumların henüz deneyimlenmemiş olması olabilir.

Katılımcıların yaşadıkları evde uyku problemi yaşayan biriyle yaşaması ile PUKİ skorları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde özellikle uyku apne

sendromu ve beraberinde horlaması olan kişilerin kendi uyku kalitelerinin bozuk olması yanında oda arkadaşları/ yatak partnerlerinin de uyku kalitelerinin bozuk olduğu gösterilmiştir (Friedman vd., 2020). Bizim çalışmamızda oda/yatak arkadaşının hangi tip uyku bozukluğuna sahip olduğu sorgulanmamış olup, çalışmanın sınırlılıklarındandır. Katılımcılara PUKİ den bağımsız uyku kalitelerini ve sabahları dinlenmiş olarak uyanma durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda uyku kaliteleri için %65,8 i orta-çok kötü şeklinde işaretleme yaparken sabahları dinlenmiş olarak uyanma durumunu %43'ü işaretlemiştir. PUKİ puanı ile katılımcıların bağımsız değerlendirmeleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı çıkmıştır.

Çalışmamızda aylık geliri yetersiz olarak belirten kişilerin uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir tez çalışmasında da daha düşük gelir belirten kişilerde uyku kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (Ari, 2022). Bu durumun nedeni olarak ekonomik faktörlerin stres düzeylerini yükseltmesi, bunun sonucunda uyku kalitesini bozması ve/veya düşük ekonomik düzey nedeniyle uyunan yatak ve çevrenin yeterli olmaması olabilir. Ayrı bir çalışmada bu durum sorgulanabilir.

Çalışmamızda yatmadan önce yemek yiyen bireylerin PUKİ puanı daha yüksek çıkmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Malezya'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer bir şekilde gece yemek yemenin uyku kalitesini yüksek oranda bozduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada öğrencilerin gece yeme davranışını daha çok uyanık kalmak istemeleri ve/veya ders çalışmak için yaptıkları gösterilmiştir (Ikram, 2024).

Bireylerin sigara kullanım durumu ve gece yatmadan önce sigara kullanmaları ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 2 öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde sigara içimi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Kiyak vd., 2019). Bizim çalışmamızda ve Kiyak ve arkadaşlarının çalışmasındaki durumun tersine Çin' de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada özellikle daha üst sınıftaki öğrenci olmanın ve sigara içmenin kötü uyku kalitesi ile yüksek anlamda ilişkili olduğu gösterilmiştir (L. Zhang vd., 2022). Üniversite öğrencileri arasında uyku kalitesi belirleyicileri literatür taraması yapılan bir çalışmada

sigara-alkol-kafein tüketiminin çoğunlukla uyku kalitesini bozduğu gösterilmiş ve fiziksel egzersizin uyku kalitesini artırdığı sonucuna da varılmıştır (F. Wang & B  r  , 2021). Bizim   alışmamızda alkol tüketiminin uyku kalitesi üzerine etkisi olmadığı sonucu çıkmıştır. Bu durum total alkol kullanan sayısının kullanmayanlara göre daha düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir. Düzenli egzersiz yapanlarda Wang ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da uyku kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilerin boy-kilo indeksleri (BK  ) ile uyku kaliteleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Buna göre BK   arttıkça uyku kalitelerinin düştüğü görülmüştür. Benzer bir şekilde Brezilya’da yapılan bir çalışmada da artan BK   ile katılımcıların uyku kalitesinin kötüleştiği sonucuna varılmıştır (Fusco vd., 2020).

Çalışmamızda katılımcıların BA   puanları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınların anksiyete puanlarının erkeklere oranla daha yüksek çıktığı görülmüştür. Tıp fakültesi   ğrencilerinin anksiyete düzeylerinin küresel yaygınlığının değerlendirildiği bir meta-analizde kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek bir anksiyete yaygınlığına sahip olduğu bulunurken, çalışmamızdan farklı olarak anksiyete düzeyleri ile cinsiyet farkı açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tian-Ci Quek vd., 2019). Başka bir çalışmada bizim çalışmamızı destekler nitelikte kadın cinsiyette anksiyete oranları erkek cinsiyete göre daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Jestin vd., 2023). Bu durumun nedeni kadınların her ay yaşadığı menstrual siklus nedenli hormonal değişimlerle açıklanabilir (Farhane-Medina vd., 2022).

Ailesinde tanı almış psikiyatrik hastalığı olan katılımcılarda anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Tıp   ğrencilerinin depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerini araştıran bir meta analizde de ailesinde depresyon ve kaygı    k  s   olan öğrenciler arasında depresyon ve kaygı yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur (Mao vd., 2019). Bu durum depresyon anksiyete gibi ruhsal bozuklukların artan stres seviyesi nedeniyle yalnızca bireyin kendisini değil çevresini de olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Kişilerin sigara kullanım durumu, kafein tüketimi ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Etiyopya’da tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada sigara içen öğrencilerin sigara içmeyenlere kıyasla anksiyete yaşama olasılığının 3,5 kat daha fazla arttığı sonucuna varılmıştır (Asfaw vd., 2021). Birleşik Arap Emirlikleri’nde yapılan bir çalışmada ise daha fazla kafein ve enerji içeceği tüketmenin uyku kalitesini azaltacağı ve dolayısıyla yüksek kaygı ile sonuçlanacağını bildirmiştir (Jirjees vd., 2024).

Orta ila şiddetli düzeyde fiziksel aktivite, üniversite hayatı boyunca anksiyete geliştirmeye karşı koruyucu bir faktör olabileceği sonucuna varılan Mofatteh’in çalışması (Mofatteh, 2020) gibi bizim çalışmamızda da düzenli egzersiz yapan katılımcıların anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ancak yapılan bazı çalışmalarda özellikle orta-yüksek şiddette egzersizin bireylerde yeme bozukluğu, hasta olma korkusu ve egzersiz bağımlılığı gibi durumlara neden olarak anksiyete düzeylerini artırabildiği görülmüştür (Ceci vd., 2022; Türker vd., 2021) Çalışmamızda intern hekimlerin egzersiz düzeni ayrıntılı sorgulanmamıştır buna rağmen anksiyete oranlarında azalma olmasının nedeni sağlık bilgi düzeylerinin daha yüksek olması ve daha bilinçli egzersiz yapmaları nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda gece yatmadan önce teknolojik alet kullanımı ile anksiyete düzeylerinin arttığı görülmüştür. Ekran süreleri ile ilgili yapılan çalışmalarda teknolojik alet kullanım süresi arttıkça dikkatin azalttığı, yararsız-olumsuz düşünceleri ve stres seviyelerini artırdığı ve buna bağlı olarak anksiyete düzeylerinin arttığı sonucuna varılmıştır (Nakshine vd., 2022; Tang vd., 2021). Bizim çalışmamızda geçirilen ekran süresi sorgulanmamış olmasına rağmen yine de artan anksiyete düzeyleri ile uyumludur. Özellikle son yıllarda internetin ve sosyal medyanın oldukça yaygınlaşması artan teknolojik alet kullanımı ile anksiyete düzeylerinde artış olmaktadır ve yapılan çalışma sayısı da artmaktadır ancak önleyici tedbirler ve bu durumun önüne geçilmesi açısından çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Beck anksiyete ölçeğinden bağımsız olarak katılımcılara yöneltilen sizi en çok kaygılandıran durumlar nedir sorusu sonucu BAÖ ile korelasyonu olan ve en çok işaretlenen durumlar mezuniyet sonrası atanacağım yer, ailesel durumlar ve ekonomik kaygılar olarak bulunmuştur. Bir çalışmada gelir durumunun düşük olması sonucu

anksiyetenin arttığı belirlenmiştir (M. Li vd., 2019). Başka bir çalışmada ise aile üyeleriyle iyi kurulmuş ve destekleyici bir ilişkiye sahip olmak anksiyete gelişimine karşı koruyucu bir faktör olabileceği sonucuna varılmıştır (Mofatteh, 2020). Türkiye’de yapılan bir çalışmada mezuniyet sonrası dönem hakkında kaygı duyma oranının tıp fakültesi öğrencileri arasında yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (YeniÇeri vd., 2007). Yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada son sınıf öğrencilerinde yüksek gelecek kaygısı olduğu öne sürülmüştür (Kocabaş vd., 2021).

PUKİ den bağımsız sorgulanan uyku kalitesini bozma durumlarından deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak ile BAÖ puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişki ortaya çıkmıştır. Deprem gibi doğal afetler hakkında kaygılanma durumu yapılan bir çalışmada sorgulanmış ve özellikle daha önce depremi deneyimleyen kişilerde daha fazla olmak üzere anksiyete oranında artışa neden olduğu sonucuna varılmıştır (Karakiş & Karaaziz, 2024). Demirbaş’ın 6 Şubat depremi sonrası etkilenen kişiler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %24 ünün şiddetli düzeyde anksiyetesi olduğu sonucuna varmışlardır (Demirbaş, 2023). Bizim çalışmamızda kişilerin depremden veya doğal afetlerden etkilenim durumu sorgulanmamıştır bu nedenle net bir sonuca varmak mümkün değildir. Başka bir çalışmada bu durum sorgulanabilir.

Yine PUKİ den bağımsız sorgulanan uyku kalitesini bozma durumlarından kötü rüyalar hakkında kaygılanmak, gün içinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak ve uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak durumları ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Campbell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kötü rüyalar görmenin anksiyete ve yanı sıra bir dizi psikiyatrik hastalığa neden olabileceği ve ayrıca uyku kalitesini bozabileceği sonucuna varılmıştır (CampBell vd., 2022). Yaşanan olumsuzluklar hakkında tekrarlayan düşüncelerin kaygı seviyelerini artırdığı literatürde bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Espinosa vd., 2022; Schäfer vd., 2017). Eliş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada geceleri sık tuvalete kalkan bireylerde uyku kalitesinin bozuk olduğu sonucuna varılmış, ayrıca uyku kalitesi bozuk olan bireylerde anksiyete oranlarında artış olabileceği söylenmiştir (Eliš & Balci Akpınar, 2021).

Çalışmanın sınırlılıklarından biri tartışmada da belirtildiği üzere bizim ana konumuz intern hekimlerin uyku kalitelerini ölçmek ve uyku kalitesi ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktı. PUKİ skorundan bağımsız sorguladığımız dinlenmiş olarak uyanma durumunun anksiyete puanları arttıkça azaldığı ve genel olarak uyku kalitesini değerlendirme durumunun ise anksiyete puanı arttıkça yükseldiği görülmüştür. Bu durum sonucunda uyku kalitesinin anksiyeteyi, anksiyetenin de uyku kalitesini etkileyebileceği sonucuna varılabiliyor olsa da hangisinin sebep hangisinin sonuç olduğuna dair daha çok veriye ve ayrıntılı istatistiksel değerlendirmeye ihtiyaç vardır.

Bir diğer sınırlılık ise katılımcılara yöneltilen iki anketin sorguladığı zaman diliminin birbirinden farklı olmasıdır. PUKİ kişilerin son 1 aydaki uyku kalitelerini sorgularken BAÖ ise son 1 haftadaki anksiyete düzeylerini sorgulamaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1) İntern hekimlerle ilgili sonuçlar ve intern hekimlere önerilerimiz:

1a-İntern Hekimlerle ilgili sonuçlar şu şekildedir:

- Çalışmamızda AYBÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin yarısından fazlasının uyku kalitesi kötü çıkmış olup total anksiyete skor ortalaması da üst sınıırın üzerindedir ve uyku kalitesi kötüleştikçe anksiyete düzeylerinin de arttığı görülmektedir.
- İnternlerin sık kaygı duydukları durumlar TUS sınavı, nöbet tutmak, acil serviste çalışmak ve mezuniyet sonrası atanılacak yerlerdir. Bu durumlardan nöbet tutmak ve acil serviste çalışmak uyku kalitesini bozmaktadır.
- Tablet-telefon-TV gibi elektronik alet kullanımları uyku kalitelerini etkilemezken anksiyete düzeylerini artırmaktadır.
- Kötü rüyalar görmek, deprem gibi doğal afetler, gece sık tuvalete kalkmak internlerin anksiyete puanlarını arttırmaktadır. Kötü rüyalar görmek aynı zamanda uyku kalitelerini de bozmaktadır.
- Sigara kullanımı ile BAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sigara kullanımı arttıkça BAÖ puanları artmaktadır.

1b-İntern Hekimlere önerilerimiz şu şekildedir:

- Uyku kalitesi ve anksiyete düzeyleri; sorgulanan ailesel durumlar, sosyo-ekonomik düzey, sigara-kafein tüketimi, BKİ artması gibi durumlardan olumsuz yönde ve düzenli egzersizden olumlu yönde etkilenmektedir. Bu

durumun önüne geçilmesi için intern hekimlerin uyku kalitelerini bozan durumlar hakkında bilinçlendirilmesi ve anksiyete düzeylerinin azaltılması için egzersiz, sağlıklı beslenme gibi önerilerde bulunulması gerekmektedir. Gerekirse aile hekimleri biyopsikososyal açıdan ayrıntılı değerlendirilip önleyici tedbirler hakkında bilgilendirilmelidirler.

- Sağlık sisteminin 24 saat boyunca verilmesi elzem olduğundan nöbet tutulması kaçınılmazdır bu nedenle intern hekimlerin nöbet öncesinde ve sonrasında uyku kalitesini bozan durumlara daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir.
- Tablet-telefon-TV bağımlılığı hakkında gerekirse destek almaları önerilmektedir. Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde dijital ekranları aşırı kullanmak, zihninin dış uyaranlarla oldukça kolay ilişki kurmasına ve dikkat eksikliğine neden olabilir. (Nakshine vd., 2022)
- Çok sık kötü rüyalar gören ve sık tuvalete kalkan bireylerin profesyonel destek almaları gerekebileceğinden öncelikle aile hekimleri tarafından muayene edilip gerekli görülürse psikiyatri, iç hastalıkları, üroloji gibi kliniklere sevkı önerilir. Deprem gibi doğal afetler nedeniyle anksiyete yaşayan bireylere deprem konusunda bilgilendirilip gerekirse eğitimlere katılmaları deprem öncesinde yapılması gereken hazırlıkları ve deprem sırasında yapılması gerekenleri öğrenmeleri önerilir. Eğer anksiyete düzeylerinde azalma görülmezse profesyonel destek almaları önerilir.
- Sigara bağımlılığı gün geçtikçe artmakta olup birçok hastalığın öncüsü olmuştur. Bu nedenle intern hekimlerin bağımlılık konusunda farkındalıkları artırılmalıdır. Gerekirse sigara bırakma konusunda ayrıntılı değerlendirme yapılması için sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelidir.

2) Topluma önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

- Çalışmamız toplumun çok kısıtlı bir alanını kapsamakta olsa bile özellikle uyku kalitesinin bozulması çok sayıda hastalıkla ilişkilendirildiğinden topluma uyku hijyeni konusunda bilinçlendirme yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda kişilerin uyku ile ilgili semptomlarını hekime açma konusunda daha çekingen davrandıkları görüldüğünden herhangi bir şikayetle aile hekimine başvuran hastanın uyku semptomları açısından sorgulanması, gerekirse bu konuda bilgilendirilmesi önerilir.
- Anksiyete düzeyinde artış özellikle Dünya’da ve Türkiye’de ölümlerin en sık sebebi olan kardiyovasküler hastalıklarla çokça ilişkilendirildiğinden bu konuda daha fazla hassasiyet göstermeleri gerekirse profesyonel destek almaları önerilmektedir. Geçmiş yıllara göre kişilerin psikiyatrik muayeneyi stigma (işaretlenme) olarak görmeleri azalmış olmasına rağmen hala toplumun bir kısmı bu semptomlarını anlatmaktan çekinmekte ve bir kısmı da önemsememektedir. Hekimler bu konuda başvuran hastaları rahatlatmalı tedavi almazsa yaşam kalitelerinin ve hatta sağlık durumlarının bozulabileceğinden bahsetmelidirler.
- Toplumda ilaç dışı takviye edici gıdalar, vitaminler ve bitkisel karışımların kullanımı son yıllarda oldukça artmıştır. Bu durum kişilerde karaciğer ve böbrek hasarı yapmasının yanında anksiyete düzeylerini artırabilir ve uyku kalitelerinde de bozulmalara yol açabilir. Özellikle uyku bozukluklarını tedavi etmede bilinçsiz kullanılan bitkisel içeriklerin kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir. Toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi elzemdir.

2) Aile Hekimlerine Önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

- Kişilerin ilk temas noktası olması nedeniyle Aile hekimlerine önerimiz ise özellikle gözden kaçan, konsantrasyon bozukluğuna yol açıp iş gücü kaybına bile yol açabilen kötü uyku kalitesi ve anksiyete semptomlarının daha fazla

sorgulanması ve aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan biyo-psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesidir.

- Ruhsal bozukluklar doktora ulaşması en zor hastalık grubu olup sürekli takip gerektirir. Birinci basamakta daha erken fark edilen bu tanılar daha az maliyetle belki de sadece önerilerle bile tedavi edilebilecek durumdadır. Ayrıca aile hekimleri toplumun sağlık eğitimi yönünden gelişmesi yönünde de sorumlu olduğundan gelen hastaları bu durumlar hakkında bilgilendirebilir ve gerekirse Toplum Sağlığı Merkezlerince aile hekimleri tarafından eğitimler düzenlenebilir.
- Koruyucu hekimlik sağlığın teşviki ve geliştirilmesini amaçlayan aile hekimlerinin en önemli fonksiyonlarından biridir. Yalnızca hastalığın oluşmasını önlemekle kalmaz aynı zamanda oluşan hastalıkların komplikasyonlarının önlenmesi için de önemlidir. Koruyucu hekimlikte önemli olan hastalıkların riskinin ve sıklığının belirlenmesi ve klinik uygulamalar, davranışsal ve sosyal müdahaleler ile hastalıkların ve komplikasyonların gelişmesi önlenir. Aile hekimleri uygun uyku süresi, uyku hijyeni, ruhsal iyilik hali hakkında bilgilendirilmelidirler. Gerekirse bu durumlarla ilgili rehberler oluşturulmalıdır. Böylece koruyucu hekimlik gereksinimlerinden olan toplumun sağlıklı uykuya ve ruhsal iyilik haline teşvik edilmesi ve daha erken dönemde bu hastalıkların teşhis edilmesi sağlanmalıdır.
- Toplumun tamamından sorumlu olan aile hekimleri çocukluk çağından itibaren hastalarını takip edebildiğinden özellikle bu dönemlerde anksiyete semptomları, anksiyetenin önlenmesi ve uyku hijyeni hakkında eğitimler vermeye başlayabilirler. Özellikle adolesan dönemde ortaya çıkan hormonal değişimler nedeni ile anksiyete ve uyku bozuklukları çok daha sık görülmektedir. Bu nedenle birinci basamakta ruhsal değerlendirmenin bir bütün olarak yapılması ve uyku bozukluklarının da değerlendirmeye dahil edilmesi önerilir.

- WONCA tarafından Asya Pasifik Bölgesi'ndeki aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçları üzerine yapılan bir ankette, katılımcıların %32'si ruh sağlığı eğitimi almanın önemli bir ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir (P. Kumar vd., 2019) Bu nedenle aile hekimlerine özellikle sık görülen ruhsal bozukluklardan olan uyku kalitesi ve anksiyete gibi hastalıklar, önleyici tedbirler ve koruyucu hekimlik yönünden eğitimler verilmelidir.

4) Karar verici sağlık profesyonellerine ve yöneticilere önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

- İntern hekimlerin uyku kalitesi ve anksiyete düzeylerinin özellikle düzenli egzersiz ile normal sınırlarda olduğu görüldüğünden öğrencilerin eğitim aldıkları yerlere egzersiz-yürüyüş yapabilecekleri alanlar yapılması önerilir.
- Bir çalışmada bağlı oldukları üniversiteden sosyal anlamda destek alan tıp fakültesi öğrencilerinin daha az stresli hissedip sigara bağımlılığı gibi durumlardan uzaklaştıkları, anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Mofatteh, 2020). Bu nedenle üniversite içerisindeki sosyal faaliyetlerin artırılması önerilmektedir.
- 2020 yılında yayınlanan tıp eğitimi için ulusal çekirdek müfredat programında (UÇEP) hekimin psikolojik ve sosyal iyilik hali gibi konular yer almakta olup bu konularla ilgili olarak intern hekimlere kendi kendine ruh sağlığını güçlendirme faaliyetleri ile ilgili daha fazla eğitim verilmelidir. Nitekim intern hekimler toplumun sağlığından sorumlu birer hekim adayı olduklarından öncelikle kendi psikolojik ve sosyal iyilik halleri iyileştirilmelidir.
- Teknolojinin gelişmesiyle yapay zekâ gündeme gelmeye başlamıştır. Özellikle son yıllarda daha fazla kullanılmakta olan giyilebilir cihazlara entegre edilen sistemlerle basit uyku kalitesi, nabız, solunum sayısı, derinliği ve saturasyon gibi veriler kullanılarak stres düzeyleri ve dolayısıyla anksiyete düzeyleri

hakkında ve uyku kaliteleri hakkında bilgi sahibi olunabilir. Bu cihazlar daha da geliştirilerek kişilerin bu durumlar hakkında hastalık ortaya çıkmadan bilgilenmeleri ve gerekirse hekimlerine başvurmaları sağlanabilir.



7. KAYNAKLAR

- AASM. (2023). | *Clinical Resources* | *International Classification of Sleep Disorders*. American Academy of Sleep Medicine – Association for Sleep Clinicians and Researchers. <https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/>
- Abdel Wahed, W. Y., & Hassan, S. K. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.01.005>
- Adir, Y., Humbert, M., & Chaouat, A. (2021). Sleep-related breathing disorders and pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal*, 57(1), 2002258. <https://doi.org/10.1183/13993003.02258-2020>
- Afonso, P., Fonseca, M., & Teodoro, T. (2022). Evaluation of anxiety, depression and sleep quality in full-time teleworkers. *Journal of Public Health*, 44(4), 797-804. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab164>
- Ağargün, M. Y. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin gecerligi ve guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
- Al-Khani, A. M., Sarhandi, M. I., Zaghloul, M. S., Ewid, M., & Saquib, N. (2019). A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia. *BMC Research Notes*, 12(1), 665. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4713-2>
- Allen, R. P., Chen, C., Garcia-Borreguero, D., Polo, O., DuBrava, S., Miceli, J., Knapp, L., & Winkelman, J. W. (2014). Comparison of Pregabalin with

- Pramipexole for Restless Legs Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 370(7), 621-631. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1303646>
- Almojali, A. I., Almalki, S. A., Alothman, A. S., Masuadi, E. M., & Alaqeel, M. K. (2017). The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 7(3), 169. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2017.04.005>
- Alshobaili, F. A., & AlYousefi, N. A. (2019). The effect of smartphone usage at bedtime on sleep quality among Saudi non- medical staff at King Saud University Medical City. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6), 1953-1957. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_269_19
- Alti, E., Mereu, A., & Donaldson, L. (2020). Community and Primary Care. İçinde *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (ss. 365-374). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_26
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American psychiatric association.
- Anaclet, C., & Fuller, P. M. (2017). Brainstem regulation of slow-wave-sleep. *Current Opinion in Neurobiology*, 44, 139-143. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2017.04.004>
- Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, L., Marwat, O., Rapee, R., & Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian & New*

Zealand Journal of Psychiatry, 52(12), 1109-1172.

<https://doi.org/10.1177/0004867418799453>

Antoniou, A.-S., Cooper, C. L., & Davidson, M. J. (2016). Levels of job dissatisfaction and work-related stressors experienced by medical doctors in Greek hospitals.

Journal of Compassionate Health Care, 3(1), 4.

<https://doi.org/10.1186/s40639-016-0021-z>

Ari, A. A. (2022). *Hemşirelik Öğrencilerinde Uyku Kalitesi, Depresyon ve İlişkili Faktörler*. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, sağlık bilimleri fakültesi.

Asfaw, H., Fekadu, G., Tariku, M., & Oljira, A. (2021). Anxiety and Stress Among Undergraduate Medical Students of Haramaya University, Eastern Ethiopia.

Neuropsychiatric Disease and Treatment, 17, 139-146.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S290879>

Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1-12.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>

Asmundson, G. J. G., Taylor, S., & A. J. Smits, J. (2014). Panıc Disorder And Agoraphobia: An Overview And Commentary On Dsm-5 Changes: Review:

Panic Disorder and Agoraphobia. *Depression and Anxiety*, 31(6), 480-486.

<https://doi.org/10.1002/da.22277>

Avedisova, A. S., Arkusha, I. A., & Zakharova, K. V. (2018). Separation anxiety disorder in adults—A new diagnostic category. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*

im. S.S. Korsakova, 118(10), 66.

<https://doi.org/10.17116/jnevro201811810166>

Aydan, S. (2023). *Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi*. 3(26), 895-920.

- Azagra-Calero, E., Espinar-Escalona, E., Barrera-Mora, Jm., Llamas-Carreras, Jm., & Solano-Reina, E. (2012). Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). Review of the literature. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, e925-e929. <https://doi.org/10.4317/medoral.17706>
- Bagheri, Z., Noorshargh, P., Shahsavar, Z., & Jafari, P. (2021). Assessing the measurement invariance of the 10-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale and Beck Anxiety Inventory questionnaires across people living with HIV/AIDS and healthy people. *BMC Psychology*, 9(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00546-1>
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2023). Agoraphobia. İçinde *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Barbato, G. (2021). REM Sleep: An Unknown Indicator of Sleep Quality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12976. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412976>
- Bargiotas, P., & Bassetti, C. L. (2017). Sleep-related movement disorders and disturbances of motor control. *Current Opinion in Neurology*, 30(4), 405-415. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000466>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.

- Bitners, A. C., & Arens, R. (2020). Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung*, 198(2), 257-270. <https://doi.org/10.1007/s00408-020-00342-5>
- Borbély, A. A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: A reappraisal. *Journal of Sleep Research*, 25(2), 131-143. <https://doi.org/10.1111/jsr.12371>
- Breen, D. P., Högl, B., Fasano, A., Trenkwalder, C., & Lang, A. E. (2018). Sleep-related motor and behavioral disorders: Recent advances and new entities. *Movement Disorders*, 33(7), 1042-1055. <https://doi.org/10.1002/mds.27375>
- Butnorienė, J., Bunevicius, A., Saudargienė, A., Nemeroff, C. B., Norkus, A., Cicienienė, V., & Bunevicius, R. (2015). Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *International Journal of Cardiology*, 190, 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.04.122>
- Buyse, 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. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Büke, M., Kavaklı, D., Sabur, R. E., Öztürk, Ö., Gökçe, A., Küçük, Ş., Omar, N., Adıgüzel, N., Akşit, S., & Doğan, B. G. (2019). *Bir Tıp Fakültesi Dönem V Öğrencilerinin Uyku Kalitesi ve İlişkili Özellikler, Ankara*. 3. International 21. National Public Health Congress.

- CampBell, T., Hurwitz, A., Bartel, R., Rose, R., Dean, J., & Markle, T. (2022). COVID-19 nightmare response and stress: A new Mexico sample based survey. *Sleep Medicine*, 99, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.07.008>
- Carbone, E. A., Menculini, G., De Filippis, R., D'Angelo, M., De Fazio, P., Tortorella, A., & Steardo, L. (2023). Sleep Disturbances in Generalized Anxiety Disorder: The Role of Calcium Homeostasis Imbalance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4431. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054431>
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., & Paradkar, M. S. (2016). Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 170(12), 1202. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2341>
- Ceci, F., Di Carlo, F., Burkauskas, J., Salone, A., De Luca, I., Cicconcelli, D., Giorgetti, V., La Fratta, I., Todaro, A., Simonato, P., Martinotti, G., di Giannantonio, M., & Corazza, O. (2022). Physical Activity and Exercise Addiction During the Covid-19 Pandemic in Italy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00815-z>
- Chahine, S., Kassem, J., Wanna, S., Almawy, E., Matar, H., & Salameh, P. (2023). Assessment of Sleep Among Lebanese University Medical Trainees During Clinical Years and Association With Shifts, Psychological Stress, and Fatigue.

- The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 25(5), 48938.
<https://doi.org/10.4088/PCC.23m03492>
- Chawla, N., Anothaisintawee, T., Charoenrungrueangchai, K., Thaipisuttikul, P., McKay, G. J., Attia, J., & Thakkinstian, A. (2022). Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*, 376, e066084.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066084>
- Chen, J., Tuersun, Y., Yang, J., Xiong, M., Wang, Y., Rao, X., & Jiang, S. (2022). Association of depression symptoms and sleep quality with state-trait anxiety in medical university students in Anhui Province, China: A mediation analysis. *BMC Medical Education*, 22(1), 627. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03683-2>
- Chu, H. S., Oh, J., & Lee, K. (2022). The Relationship between Living Arrangements and Sleep Quality in Older Adults: Gender Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3893.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19073893>
- Clark, A. E., Goodwin, S. R., Marks, R. M., Belcher, A. M., Heinlein, E., Bennett, M. E., & Roche, D. J. O. (2021). A Narrative Literature Review of the Epidemiology, Etiology, and Treatment of Co-Occurring Panic Disorder and Opioid Use Disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 17(4), 313-332.
<https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1965407>
- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 35-38.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>

- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- De Vivo, L., Bellesi, M., Marshall, W., Bushong, E. A., Ellisman, M. H., Tononi, G., & Cirelli, C. (2017). Ultrastructural evidence for synaptic scaling across the wake/sleep cycle. *Science*, 355(6324), 507-510.
<https://doi.org/10.1126/science.aah5982>
- Deguchi, Y., Iwasaki, S., Ishimoto, H., Ogawa, K., Fukuda, Y., Nitta, T., Mitake, T., Nogi, Y., & Inoue, K. (2017). Relationships between temperaments, occupational stress, and insomnia among Japanese workers. *PLOS ONE*, 12(4), e0175346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175346>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), ITC49.
<https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Demirbaş, H. (2023). *Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası depremzedelerde posttravmatik stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygınlığının araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]*.
- Dopheide, J. A., PharmD, BCPP, & FASHP. (2020). Insomnia overview: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *The American Journal of Managed Care*, 26(Suppl 4), S76-S84. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42769>
- Drakatos, P., Marples, L., Muza, R., Higgins, S., Gildeh, N., Macavei, R., Dongol, E. M., Nesbitt, A., Rosenzweig, I., Lyons, E., d'Ancona, G., Steier, J., Williams, A. J., Kent, B. D., & Leschziner, G. (2019). NREM parasomnias: A treatment

- approach based upon a retrospective case series of 512 patients. *Sleep Medicine*, 53, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.021>
- Duffy, J. F., Abbott, S. M., Burgess, H. J., Crowley, S. J., Emens, J. S., Epstein, L. J., Gamble, K. L., Hasler, B. P., Kristo, D. A., Malkani, R. G., Rahman, S. A., Thomas, S. J., Wyatt, J. K., Zee, P. C., & Klerman, E. B. (2021). Workshop report. Circadian rhythm sleep–wake disorders: Gaps and opportunities. *Sleep*, 44(5), zsaa281. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa281>
- Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., & Miloyan, B. (2018). Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 678-686. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)
- Ebrahim, O. S., Sayed, H. A., Rabei, S., & Hegazy, N. (2024). Perceived stress and anxiety among medical students at Helwan University: A cross-sectional study. *Journal of Public Health Research*, 13(1), 22799036241227891. <https://doi.org/10.1177/22799036241227891>
- Eleftheriou, A., Rokou, A., Arvaniti, A., Nena, E., & Steiropoulos, P. (2021). Sleep Quality and Mental Health of Medical Students in Greece During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9, 775374. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.775374>
- Eliş, T., & Balci Akpınar, R. (2021). Uyku Bozukluğu Yaşayan Bireylerin Yakınmalarının ve Uykuyu Etkileyen Durumların İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.688314>
- Elmas, Ü. (2012). 5. Ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Er, T., & Kurçer, M. A. (2020). Tıp Fakültesi 1. Ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve Anksiyete Düzeyleri. 3(21), 201-209.

- Erdoğan, N., Karabel, M. P., Tok, Ş., Güzel, D., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Medical Journal*, 8(2), 395-403. <https://doi.org/10.31832/smj.413752>
- Ergin, A., Uzun, S. U., & Topaloğlu, S. (2016). *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sürekli Kaygı ve Mesleki Kaygı Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Etkenler* (3(3), 16-21.).
- Espinosa, F., Martin-Romero, N., & Sanchez-Lopez, A. (2022). Repetitive Negative Thinking Processes Account for Gender Differences in Depression and Anxiety During Adolescence. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15(2), 115-133. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00133-1>
- Fabbri, M., Beracci, A., Martoni, M., Meneo, D., Tonetti, L., & Natale, V. (2021). Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1082. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031082>
- Faccini, J., Joshi, V., Graziani, P., & Del-Monte, J. (2023). Beliefs about sleep: Links with ruminations, nightmare, and anxiety. *BMC Psychiatry*, 23, 198. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04672-5>
- Fadzil, A. (2021). Factors Affecting the Quality of Sleep in Children. *Children*, 8(2), 122. <https://doi.org/10.3390/children8020122>
- Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 00368504221135469. <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>

- Feriante, J., Torrico, T. J., & Bernstein, B. (2023). Separation Anxiety Disorder. İçinde *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>
- Friedman, M., Gillespie, M. B., Shabdiz, F. A., Hiltzik, D. H., Meyer, T. A., Ahn, J., Catalano, P. J., & Joseph, N. J. (2020). A new office-based procedure for treatment of snoring: The S.I.Le.N.C.E. study. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 5(1), 24-30. <https://doi.org/10.1002/lio2.348>
- Fusco, S. de F. B., Amancio, S. C. P., Pancieri, A. P., Alves, M. V. M. F. F., Spiri, W. C., & Braga, E. M. (2020). Anxiety, sleep quality, and binge eating in overweight or obese adults. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54, e03656.
- Gamsizkan, Z. (2017). *İnsomnia; Tanımı, Sınıflaması ve Birinci Basamakta İnsomnia Yönetimi*. 19(2), 48-50.
- Garcia-Borreguero, D., & Cano-Pumarega, I. (2017). New concepts in the management of restless legs syndrome. *BMJ*, j104. <https://doi.org/10.1136/bmj.j104>
- Garcia-Borreguero, D., Silber, M. H., Winkelmann, J. W., Högl, B., Bainbridge, J., Buchfuhrer, M., Hadjigeorgiou, G., Inoue, Y., Manconi, M., Oertel, W., Ondo, W., Winkelmann, J., & Allen, R. P. (2016). Guidelines for the first-line treatment of restless legs syndrome/Willis–Ekbom disease, prevention and treatment of dopaminergic augmentation: A combined task force of the IRLSSG, EURLSSG, and the RLS-foundation. *Sleep Medicine*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.017>
- Genario, R., Gil, S., Oliveira-Júnior, G., Leitão, A. E., Franco, T., Dos Santos Sales, R. C., Ferriolli, E., Busse, A. L., Filho, W. J., Gualano, B., & Roschel, H.

- (2023). Sleep quality is a predictor of muscle mass, strength, quality of life, anxiety and depression in older adults with obesity. *Scientific Reports*, 13(1), 11256. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37921-4>
- Göktaş Dörtüoğlu, B. (2017). Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası ile İlgili Düşünceleri, Kariyer Seçimleri ve Etkileyen Faktörler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 16(50), 12-21. <https://doi.org/10.25282/ted.346397>
- Grandner, M. A. (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012>
- Griffin, S. C., Williams, A. B., Ravyts, S. G., Mladen, S. N., & Rybarczyk, B. D. (2020). Loneliness and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Open*, 7(1), 205510292091323. <https://doi.org/10.1177/2055102920913235>
- Grubbs, K. M., Broussard, J. D., Hiatt, E. L., Beason-Smith, M. A., & Teng, E. J. (2019). Importance of knowledge in the behavioural treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 611-615. <https://doi.org/10.1017/S135246581900002X>
- Gunjal, S., Pateel, D. G. S., & Parkar, S. (2017). Dental Anxiety among Medical and Paramedical Undergraduate Students of Malaysia. *International Journal of Dentistry*, 2017, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2017/4762576>
- Guo, D., Thomas, R. J., Liu, Y., Shea, S. A., Lu, J., & Peng, C.-K. (2022). Slow wave synchronization and sleep state transitions. *Scientific Reports*, 12(1), 7467. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11513-0>
- Güllüoğlu, M. A., Kaya, M., Özdemir, K. U., & Şalva, T. (2020). Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen

Faktörler. *Maltepe Tıp Dergisi*, 12(2), 27-33.

<https://doi.org/10.35514/mtd.2020.26>

Gümüş Avcı, M. (1995). *Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Ege Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı].

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=Ku3odNwAShA8Zv-sVMjfQQ&no=Ku3odNwAShA8Zv-sVMjfQQ>

Gümüştakım, R. Ş., Kuş, C., & Uzkar, M. (2020). Daytime Sleepiness and Sleep Hygiene in Medical Faculty Students. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 7(1), 52-62. <https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2020.94940>

Haghighatdoost, F., Karimi, G., Esmailzadeh, A., & Azadbakht, L. (2012). Sleep deprivation is associated with lower diet quality indices and higher rate of general and central obesity among young female students in Iran. *Nutrition*, 28(11-12), 1146-1150. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.04.015>

He, H., Tang, J., Liu, T., Hao, W., & Liao, Y. (2020). Gender Differences in Sleep Problems Among Drug Users. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 808. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00808>

Horenstein, A., Morrison, A. S., Goldin, P., Ten Brink, M., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2019). Sleep quality and treatment of social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(4), 387-398. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1617854>

Huang, W., Wen, X., Li, Y., & Luo, C. (2024). Association of perceived stress and sleep quality among medical students: The mediating role of anxiety and depression symptoms during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1272486. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1272486>

- Ikram, E. H. K. (2024). *Night eating and its relationship with BMI, stress, sleep quality and duration of study among university students*. 79.
- Irwin, M. R. (2015). Why Sleep Is Important for Health: A Psychoneuroimmunology Perspective. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 143-172. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115205>
- Jestin, M., Sharma, S., Jhaveri, D., Mitchell, B., Micciche, D., Venkataraman, V., & Lambert, K. (2023). Mental health differences in medical students based on curriculum and gender. *BMC Medical Education*, 23, 971. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04946-2>
- Jirjees, F., Odeh, M., Al-Haddad, A., Ass'ad, R., Hassanin, Y., Al-Obaidi, H., Kharaba, Z., Alfoteih, Y., & Alzoubi, K. H. (2024). Test anxiety and coping strategies among university students an exploratory study in the UAE. *Scientific Reports*, 14, 25835. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59739-4>
- Jong, R. D., Hofs, A., Lommen, M. J. J., Van Hout, W. J. P. J., Jong, P. J. D., & Nauta, M. H. (2023). Treating specific phobia in youth: A randomized controlled microtrial comparing gradual exposure in large steps to exposure in small steps. *Journal of Anxiety Disorders*, 96, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102712>
- K. Pavlova, M., & Latreille, V. (2019). Sleep Disorders. *The American Journal of Medicine*, 132(3), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.021>
- Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 63. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0923-x>

- Karakiş, S., & Karaaziz, M. (2024). Türkiye’de Deprem Kaygısı, Anksiyete, Stres Ve Depresyon İlişkisinin Psikolojik Esneklik Açısından İncelenmesi. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12511620>
- Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 241-260. <https://doi.org/10.17827/aktd.346010>
- Khan, Z., & Trotti, L. M. (2015). Central Disorders of Hypersomnolence. *Chest*, 148(1), 262-273. <https://doi.org/10.1378/chest.14-1304>
- Khurshid, K. A. (2018). Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: An Update. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15(3-4), 28.
- Kim, H., Kim, S. H., Jang, S.-I., & Park, E.-C. (2022). Association Between Sleep Quality and Anxiety in Korean Adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 55(2), 173-181. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.498>
- Kim, J., Gulati, T., & Ganguly, K. (2019). Competing Roles of Slow Oscillations and Delta Waves in Memory Consolidation versus Forgetting. *Cell*, 179(2), 514-526.e13. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.08.040>
- Kim, J. H., Elkhadem, A. R., & Duffy, J. F. (2022). Circadian Rhythm Sleep–Wake Disorders in Older Adults. *Sleep Medicine Clinics*, 17(2), 241-252. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.02.003>
- Kim, Y.-K. (Ed.). (2020). *Anxiety Disorders: Rethinking and Understanding Recent Discoveries* (C. 1191). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0>
- Kiyak, Y. S., Coşkun, Ö., & Budakoğlu, İ. (2019). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 Öğrencilerinin Algılanan Öğrenme Düzeyleri, Uyku Kaliteleri Ve

- İçecek Tüketimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 18(56), 56-65. <https://doi.org/10.25282/ted.557649>
- Kocabaş, S., Ersoy, S., Ersoy, A. H., & Pala, E. (2021). Anxiety and Occupational Anxiety Level of Final Year Medical Students Who Attend a Course for Medical Board Exam. *Turkish Journal of Family Practice*. <https://doi.org/10.5222/tahd.2021.39974>
- Korkmaz Aslan, G., İnci, F. H., & Kartal, A. (2020). The prevalence of insomnia and its risk factors among older adults in a city in Turkey's Aegean Region. *Psychogeriatrics*, 20(1), 111-117. <https://doi.org/10.1111/psyg.12464>
- Köylü, E., & Korkut Kurtoğlu, Y. (2022). Burnout Syndrome and related factors among medical school interns and physicians at Kutahya Health Sciences University Faculty of Medicine. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 3-11. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00103>
- Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep Medicine Reviews*, 28, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.005>
- Kumar, P., Larrison, C., Rodrigues, S. B., & McKeithen, T. (2019). Assessment of general practitioners' needs and barriers in primary health care delivery in Asia Pacific region. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 1106-1111. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_46_19
- Kumar, S. G., Kattimani, S., Sarkar, S., & Kar, S. S. (2017). Prevalence of depression and its relation to stress level among medical students in Puducherry, India. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 86-90. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_45_15

- La, Y. K., Choi, Y. H., Chu, M. K., Nam, J. M., Choi, Y.-C., & Kim, W.-J. (2020). Gender differences influence over insomnia in Korean population: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(1), e0227190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227190>
- Lecca, R., Figorilli, M., Casaglia, E., Cucca, C., Meloni, F., Loscerbo, R., De Matteis, S., Cocco, P., & Puligheddu, M. (2023). Gender and Nightshift Work: A Cross Sectional Study on Sleep Quality and Daytime Somnolence. *Brain Sciences*, 13(4), 607. <https://doi.org/10.3390/brainsci13040607>
- Lee, Y.-H., Chang, Y.-C., Chiang, T., Liu, C.-T., & Shelley, M. (2020). Living Arrangements and Sleep-Related Outcomes Among Older Adults in China: A Panel Analytic Approach. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(2), 111-126. <https://doi.org/10.1177/0091415019852777>
- Lévy, P., Kohler, M., McNicholas, W. T., Barbé, F., McEvoy, R. D., Somers, V. K., Lavie, L., & Pépin, J.-L. (2015). Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15015. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.15>
- Li, J., Vitiello, M. V., & Gooneratne, N. S. (2018). Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>
- Li, M., Li, W.-Q., & Li, L. M. W. (2019). Sensitive Periods of Moving on Mental Health and Academic Performance Among University Students. *Frontiers in Psychology*, 10, 1289. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01289>
- Li, W., Chen, Z., Ruan, W., Yi, G., Wang, D., & Lu, Z. (2019). A meta-analysis of cohort studies including dose-response relationship between shift work and the risk of diabetes mellitus. *European Journal of Epidemiology*, 34(11), 1013-1024. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00561-y>

- Libman, E., Fichten, C., Creti, L., Conrod, K., Tran, D.-L., Grad, R., Jorgensen, M., Amsel, R., Rizzo, D., Baltzan, M., Pavilanis, A., & Bailes, S. (2016). Refreshing Sleep and Sleep Continuity Determine Perceived Sleep Quality. *Sleep Disorders*, 2016, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2016/7170610>
- Liguori, I., Russo, G., Curcio, F., Bulli, G., Aran, L., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., Bonaduce, D., & Abete, P. (2018). Oxidative stress, aging, and diseases. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 757-772. <https://doi.org/10.2147/CIA.S158513>
- Locke, A. B. (2015). *Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults*. 91(9).
- Lokhandwala, S., & Spencer, R. M. C. (2022). Relations between sleep patterns early in life and brain development: A review. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 56, 101130. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2022.101130>
- Lyons, M. M., Bhatt, N. Y., Pack, A. I., & Magalang, U. J. (2020). Global burden of sleep-disordered breathing and its implications. *Respirology*, 25(7), 690-702. <https://doi.org/10.1111/resp.13838>
- Magnon, V., Dutheil, F., & Vallet, G. T. (2021). Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. *Scientific Reports*, 11(1), 19267. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98736-9>
- Maheshwari, G., & Shaukat, F. (2019). Impact of Poor Sleep Quality on the Academic Performance of Medical Students. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.4357>
- Maltseva, M., Schubert-Bast, S., Zöllner, J. P., Bast, T., Mayer, T., Von Spiczak, S., Ruf, S., Trollmann, R., Wolff, M., Hornemann, F., Klotz, K. A., Jacobs, J., Kurlemann, G., Neubauer, B. A., Polster, T., Syrbe, S., Bertsche, A.,

- Bettendorf, U., Kluger, G., ... Strzelczyk, A. (2023). Sleep quality, anxiety, symptoms of depression, and caregiver burden among those caring for patients with Dravet syndrome: A prospective multicenter study in Germany. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 18(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02697-3>
- Mander, B. A., Winer, J. R., & Walker, M. P. (2017). Sleep and Human Aging. *Neuron*, 94(1), 19-36. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004>
- Mao, Y., Zhang, N., Liu, J., Zhu, B., He, R., & Wang, X. (2019). A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Medical Education*, 19, 327. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1744-2>
- Mattis, J., & Sehgal, A. (2016). Circadian Rhythms, Sleep, and Disorders of Aging. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 27(4), 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2016.02.003>
- Mayda, A. S., Kasap, H., Yildirim, C., Yilmaz, M., Ertan, D., Erten, R., Gül, A. H., Gül, G., Karakaya, H., & Kasirgaf, F. (2012). 4-5-6. *Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu Sıklığı*.
- McCarter, S. J., Hagen, P. T., St. Louis, E. K., Rieck, T. M., Haider, C. R., Holmes, D. R., & Morgenthaler, T. I. (2022). Physiological markers of sleep quality: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 64, 101657. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101657>
- McManus, B., Underhill, A., Mrug, S., Anthony, T., & Stavrinos, D. (2021). Gender moderates the relationship between media use and sleep quality. *Journal of Sleep Research*, 30(4), e13243. <https://doi.org/10.1111/jsr.13243>

- Meral, Ö. (2024). *İntörn Doktorların Acil Servis Stajı Başlangıcındaki Ve Sonundaki Anksiyete ve Uyku Skorlarının Karşılaştırılması*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Miller, J. N., & Berger, A. M. (2016). Screening and assessment for obstructive sleep apnea in primary care. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.09.005>
- Mofatteh, M. (2020). Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health*, 8(1), 36-65. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021004>
- Moran, T. P. (2016). *Anxiety and Working Memory Capacity: A Meta-Analysis and Narrative Review*.
- Morimoto, Y., Ono, S., Kurotaki, N., Imamura, A., & Ozawa, H. (2020). Genetic and epigenetic analyses of panic disorder in the post-GWAS era. *Journal of Neural Transmission*, 127(11), 1517-1526. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02205-y>
- Morin, C. M., Drake, C. L., Harvey, A. G., Krystal, A. D., Manber, R., Riemann, D., & Spiegelhalder, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15026. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.26>
- Mota, N. B., Weissheimer, J., Ribeiro, M., de Paiva, M., Avilla-Souza, J., Simabucuru, G., Chaves, M. F., Cecchi, L., Cirne, J., Cecchi, G., Rodrigues, C., Copelli, M., & Ribeiro, S. (2020). Dreaming during the Covid-19 pandemic: Computational assessment of dream reports reveals mental suffering related to fear of contagion. *PLoS ONE*, 15(11), e0242903. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242903>

- Murray, K., Godbole, S., Natarajan, L., Full, K., Hipp, J. A., Glanz, K., Mitchell, J., Laden, F., James, P., Quante, M., & Kerr, J. (2017). The relations between sleep, time of physical activity, and time outdoors among adult women. *PLOS ONE*, 12(9), e0182013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182013>
- Nakshine, V. S., Thute, P., Khatib, M. N., & Sarkar, B. (2022). Increased Screen Time as a Cause of Declining Physical, Psychological Health, and Sleep Patterns: A Literary Review. *Cureus*, 14(10), e30051. <https://doi.org/10.7759/cureus.30051>
- Ng, R. M. K., Chan, T. F., Herrman, H., & Dowrick, C. (2021). What do psychiatrists think about primary mental health competencies among family doctors? A WPA–WONCA global survey. *BJPsych International*, 18(1), 18-22. <https://doi.org/10.1192/bji.2020.32>
- Nyberg, J., Henriksson, M., Wall, A., Vestberg, T., Westerlund, M., Walser, M., Eggertsen, R., Danielsson, L., Kuhn, H. G., Åberg, N. D., Waern, M., & Åberg, M. (2021). Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 617. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03618-z>
- O’Callaghan, F., Muurlink, O., & Reid, N. (2018). Effects of caffeine on sleep quality and daytime functioning. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 11, 263-271. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S156404>
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V., & Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation’s sleep quality

- recommendations: First report. *Sleep Health*, 3(1), 6-19.
<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
- Organization, W. H. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (WHO/MSD/MER/2017.2). Article WHO/MSD/MER/2017.2. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- Patel, A. K., & Bryant, B. (2021). Separation Anxiety Disorder. *JAMA*, 326(18), 1880.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.17269>
- Pelissolo, A., Abou Kassm, S., & Delhay, L. (2019). Therapeutic strategies for social anxiety disorder: Where are we now? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(12), 1179-1189. <https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1666713>
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Perrault, A. A., Bayer, L., Peuvrier, M., Afyouni, A., Ghisletta, P., Brockmann, C., Spiridon, M., Hulo Vesely, S., Haller, D. M., Pichon, S., Perrig, S., Schwartz, S., & Sterpenich, V. (2019). Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep*, 42(9), zsz125. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz125>
- Pesen, A., & Mayda, A. S. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Medical Journal*.
<https://doi.org/10.31832/smj.673120>

- Pham, H. T., Chuang, H.-L., Kuo, C.-P., Yeh, T.-P., & Liao, W.-C. (2021). Electronic Device Use before Bedtime and Sleep Quality among University Students. *Healthcare*, 9(9), 1091. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091091>
- Platon, A. L., Stelea, C. G., Boișteanu, O., Patrascanu, E., Zetu, I. N., Roșu, S. N., Trifan, V., & Palade, D. O. (2023). An Update on Obstructive Sleep Apnea Syndrome—A Literature Review. *Medicina*, 59(8), 1459. <https://doi.org/10.3390/medicina59081459>
- Purani, H., Friedrichsen, S., & Allen, A. M. (2019). Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. *Addictive Behaviors*, 90, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.023>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., Denberg, T. D., & for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Quek, Tam, Tran, Zhang, Zhang, Ho, & Ho. (2019). The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
- Quick, V., Byrd-Bredbenner, C., Shoff, S., White, A. A., Lohse, B., Horacek, T., Colby, S., Brown, O., Kidd, T., & Greene, G. (2016). Relationships of Sleep Duration With Weight-Related Behaviors of U.S. College Students. *Behavioral Sleep Medicine*, 14(5), 565-580. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1065411>

- Rapee, R. M. (2015). Nature and psychological management of anxiety disorders in youth. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(3), 280-284. <https://doi.org/10.1111/jpc.12856>
- Rasch, B., & Born, J. (2013). About Sleep's Role in Memory. *Physiological Reviews*, 93(2), 681-766. <https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2012>
- Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rémi, J., Pollmächer, T., Spiegelhalder, K., Trenkwalder, C., & Young, P. (2019). Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0681>
- Roach, M., Juday, T., Tuly, R., Chou, J. W., Jena, A. B., & Doghramji, P. P. (2021). Challenges and opportunities in insomnia disorder. *International Journal of Neuroscience*, 131(11), 1058-1065. <https://doi.org/10.1080/00207454.2020.1773460>
- Roest, A. M., Vries, Y. A., Lim, C. C. W., Wittchen, H., Stein, D. J., Adamowski, T., Al-Hamzawi, A., Bromet, E. J., Viana, M. C., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Caldas-de-Almeida, J. M., Kawakami, N., Lépine, J. P., ... On behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2019). A comparison of *DSM -5* and *DSM -IV* agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety*, 36(6), 499-510. <https://doi.org/10.1002/da.22885>
- Rosenberg, R., Citrome, L., & Drake, C. L. (2021). Advances in the Treatment of Chronic Insomnia: A Narrative Review of New Nonpharmacologic and

- Pharmacologic Therapies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 2549-2566. <https://doi.org/10.2147/NDT.S297504>
- Rosenberg, R. P., Benca, R., Doghramji, P., & Roth, T. (2023). A 2023 Update on Managing Insomnia in Primary Care: Insights From an Expert Consensus Group. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 25(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.22nr03385>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316(21), 2214. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
- Runswick, O. R., Roca, A., Williams, A. M., Bezodis, N. E., & North, J. S. (2018). The effects of anxiety and situation-specific context on perceptual–motor skill: A multi-level investigation. *Psychological Research*, 82(4), 708-719. <https://doi.org/10.1007/s00426-017-0856-8>
- Sarisaltık, A., & Girgin, Ş. (2024). Sleep quality level and sleep hygiene in medical students. *The Journal of Turkish Family Physician*, 15(1), 15-25. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.24.00115>
- Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*, 146(5), 1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(02), 307-349. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>

- Saygın, M. (2016). Investigation of Sleep Quality and Sleep Disorders in Students of Medicine. *Turkish Thoracic Journal*, 17(4), 132-140.
<https://doi.org/10.5578/ttj.30513>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46, 261-276.
- Schmickler, J. M., Blaschke, S., Robbins, R., & Mess, F. (2023). Determinants of Sleep Quality: A Cross-Sectional Study in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2019.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20032019>
- Schormair, B., Zhao, C., Bell, S., Tilch, E., Salminen, A. V., Pütz, B., Dauvilliers, Y., Stefani, A., Högl, B., Poewe, W., Kemlink, D., Sonka, K., Bachmann, C. G., Paulus, W., Trenkwalder, C., Oertel, W. H., Hornyak, M., Teder-Laving, M., Metspalu, A., ... Wilson, C. H. (2017). Identification of novel risk loci for restless legs syndrome in genome-wide association studies in individuals of European ancestry: A meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 16(11), 898-907.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30327-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30327-7)
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101556.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
- Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients*, 14(9), 1912. <https://doi.org/10.3390/nu14091912>

- Semelka, M. (2016). *Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea in Adults*. 94(5).
- Shaha, D. (2023). Insomnia Management: A Review and Update. *The Journal of Family Practice*, 72(06 Supp). <https://doi.org/10.12788/jfp.0620>
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Kong, L., & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychology*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>
- Shepardson, R. L., Minnick, M. R., & Funderburk, J. S. (2020). Anxiety interventions delivered in primary care behavioral health routine clinical practice. *Families, Systems, & Health*, 38(2), 193-199. <https://doi.org/10.1037/fsh0000493>
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y., & Wang, L. (2015). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 10(3), e0119916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119916>
- Sincan, S. (2022). Aile Hekimliğinde Kişiler Arası Danışmanlık Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 13(3), 22-26.
- Singh, A. (2021, Mart 9). *How Much Sleep Do You Need?* Sleep Foundation. <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>
- Song, F., & Walker, M. P. (2023). Sleep, alcohol, and caffeine in financial traders. *PLOS ONE*, 18(11), e0291675. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291675>
- St. Louis, E., Frey, L., University of Colorado, Denver, Colorado, Britton, J., Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, Hopp, J., University of

- Maryland, Baltimore, Maryland, Korb, P., University of Colorado, Denver, Colorado, Koubeissi, M., George Washington University, Washington, District of Columbia, Lievens, W., University of Alabama, Birmingham, Alabama, Pestana-Knight, E., & Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio. (2016). *Electroencephalography (EEG): An Introductory Text and Atlas of Normal and Abnormal Findings in Adults, Children, and Infants*. American Epilepsy Society. <https://doi.org/10.5698/978-0-9979756-0-4>
- St-Onge, M.-P., Mikic, A., & Pietrolungo, C. E. (2016). Effects of Diet on Sleep Quality. *Advances in Nutrition*, 7(5), 938-949. <https://doi.org/10.3945/an.116.012336>
- Sun, S.-Y., & Chen, G.-H. (2022). Treatment of Circadian Rhythm Sleep–Wake Disorders. *Current Neuropharmacology*, 20(6), 1022-1034. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210907122933>
- Şayık, D., Açıkgöz, A., & Kaya, Ş. (2022). Anxiety and Sleep Quality Levels of Emergency Medical Personnel and Factors Affecting Them During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 9(1), 27-36. <https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2021.20982>
- Takano, K., Sakamoto, S., & Tanno, Y. (2014). Repetitive Thought Impairs Sleep Quality: An Experience Sampling Study. *Behavior Therapy*, 45(1), 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.004>
- Taneri, P. E., Akış, N., & Sarandöl, A. (2016). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(1), 23-27.
- Taneri, P. E., Akış, N., & Sarandöl, A. (2016). *Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı*. 1(42), 23-27.

- Tang, S., Werner-Seidler, A., Torok, M., Mackinnon, A. J., & Christensen, H. (2021). The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 86, 102021. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102021>
- Tat, A. N., & Borlu, A. (2023). İntörn Hekimlerin Tıbbi Başarı Öz Yeterlik İnançlarının ve Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 22(68), 18-28. <https://doi.org/10.25282/ted.1284425>
- TEMED. (2019). OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği* • 2019. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf?a=1
- Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., & Barclay, S. (2015). Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association With Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 335-342.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014>
- Tian-Ci Quek, T., Wai-San Tam, W., X. Tran, B., Zhang, M., Zhang, Z., Su-Hui Ho, C., & Chun-Man Ho, R. (2019). The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
- Tingting, X., Danming, Y., & Xin, C. (2018). Non-surgical treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 275(2), 335-346. <https://doi.org/10.1007/s00405-017-4818-y>

- Toledano-Toledano, F., Moral De La Rubia, J., Domínguez-Guedea, M. T., Nabors, L. A., Barcelata-Eguiarte, B. E., Rocha-Pérez, E., Luna, D., Leyva-López, A., & Rivera-Rivera, L. (2020). Validity and Reliability of the Beck Anxiety Inventory (BAI) for Family Caregivers of Children with Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7765. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217765>
- Torrens Darder, I., Argüelles-Vázquez, R., Lorente-Montalvo, P., Torrens-Darder, M. D. M., & Esteva, M. (2021). Primary care is the frontline for help-seeking insomnia patients. *European Journal of General Practice*, 27(1), 286-293. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1960308>
- Trenkwalder, C., Allen, R., Högl, B., Paulus, W., & Winkelmann, J. (2016). Restless legs syndrome associated with major diseases: A systematic review and new concept. *Neurology*, 86(14), 1336-1343. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002542>
- Trotti, L. M. (2017). Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. *Restless Legs Syndrome*.
- Trotti, L. M. (2020). Central Disorders of Hypersomnolence. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 26(4), 890-907. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000883>
- Troynikov, O., Watson, C. G., & Nawaz, N. (2018). Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of Thermal Biology*, 78, 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.jtherbio.2018.09.012>
- Türker, Ü., Yilmaz, A. K., Bostancı, Ö., & Şebin, K. (2021). COVID-19 PANDEMİSİNDE SPOR BİLİMLERİ ALANLARINDAKİ YÜKSEKÖĞRETİM

ÖĞRENCİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE EGZERSİZ
BAĞIMLILIĞI. 23(4).

- Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2015). Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Medical Journal*, 15(4).
<https://doi.org/10.17098/amj.94639>
- Van Gastel, A. (2018). Drug-Induced Insomnia and Excessive Sleepiness. *Sleep Medicine Clinics*, 13(2), 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.02.001>
- Van Laethem, M., Beckers, D. G. J., Dijksterhuis, A., & Geurts, S. A. E. (2017). Stress, fatigue, and sleep quality leading up to and following a stressful life event. *Stress and Health*, 33(4), 459-469. <https://doi.org/10.1002/smi.2730>
- Venkatarao, E., Iqbal, S., & Gupta, S. (2015). Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian Journal of Medical Research*, 141(3), 354. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.156571>
- Von Bernhardt, R., Bernhardt, L. E., & Eugén, J. (2017). What Is Neural Plasticity? İçinde R. Von Bernhardt, J. Eugén, & K. J. Muller (Ed.), *The Plastic Brain* (C. 1015, ss. 1-15). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2_1
- Walsh, S. M., Forward, C. L., & Flaherty, G. T. (2022). Parasomnias during TRANS-MERIDIAN and LONG-DISTANCE travel: Critical literature review and clinical practice recommendations. *Journal of Sleep Research*, 31(6), e13672.
<https://doi.org/10.1111/jsr.13672>
- Wang, F., & Bíró, É. (2021). Determinants of sleep quality in college students: A literature review. *EXPLORE*, 17(2), 170-177.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.003>

- Wang, H., & Fan, X. (2023). Academic Stress and Sleep Quality among Chinese Adolescents: Chain Mediating Effects of Anxiety and School Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2219. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032219>
- Wang, Y., Dai, X., Zhu, J., Xu, Z., Lou, J., & Chen, K. (2023). What complex factors influence sleep quality in college students? PLS-SEM vs. fsQCA. *Frontiers in Psychology*, 14, 1185896. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1185896>
- Wilckens, K. A., Erickson, K. I., & Wheeler, M. E. (2018). Physical Activity and Cognition: A Mediating Role of Efficient Sleep. *Behavioral Sleep Medicine*, 16(6), 569-586. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1253013>
- WONCA European Council. (2023). *WONCA EUROPE 2023 Edition. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE.*
- Xu, M., Yin, X., & Gong, Y. (2023). Lifestyle Factors in the Association of Shift Work and Depression and Anxiety. *JAMA Network Open*, 6(8), e2328798. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.28798>
- Yalçın, B. M. Y., & Öztürk, O. Ö. (2016). The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 250. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.271331>
- YeniÇeri, N., Mevsim, V., Özçakar, N., Özcan, S., Güldal, D., & Başak, O. (2007). *Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması.*
- YeniOcak Tunç, A., & Yapıcı, G. (2019). Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 17(2), 153-168. <https://doi.org/10.20518/tjph.423636>

- Yiallouris, A., Tsioutis, C., Agapidaki, E., Zafeiri, M., Agouridis, A. P., Ntourakis, D., & Johnson, E. O. (2019). Adrenal Aging and Its Implications on Stress Responsiveness in Humans. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 54. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00054>
- Yoshihi, M., Okada, S., Wang, T., Kitajima, T., & Makikawa, M. (2021). Estimating Sleep Stages Using a Head Acceleration Sensor. *Sensors*, 21(3), 952. <https://doi.org/10.3390/s21030952>
- YÖK, Y. Ö. K. (2021). Resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/06/20210617-2.htm. *Yüksek Öğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği*, 31514.
- Zeng, L.-N., Zong, Q.-Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y.-F., Ng, C. H., Chen, L.-G., & Xiang, Y.-T. (2020). Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 577429. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.577429>
- Zengin, L., & Aylaz, R. (2019). The effects of sleep hygiene education and reflexology on sleep quality and fatigue in patients receiving chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 28(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13020>
- Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: A secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(6), 1117-1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>
- Zhang, B., & Wing, Y.-K. (2006). Sex Differences in Insomnia: A Meta-Analysis. *Sleep*, 29(1), 85-93. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.1.85>
- Zhang, L., Zheng, H., Yi, M., Zhang, Y., Cai, G., Li, C., & Zhao, L. (2022). Prediction of sleep quality among university students after analyzing lifestyles, sports

- habits, and mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 927619.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.927619>
- Zhang, L.-G., Cheng, L.-F., Wang, T.-T., Wang, L.-L., Zhou, S.-J., Luo, Y.-H., & Chen, J.-X. (2023). Chain mediating effect of insomnia, depression, and anxiety on the relationship between nightmares and cognitive deficits in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 322, 2-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.047>
- Zhou, Y., Bo, S., Ruan, S., Dai, Q., Tian, Y., & Shi, X. (2022). Deteriorated sleep quality and influencing factors among undergraduates in northern Guizhou, China. *PeerJ*, 10, e13833. <https://doi.org/10.7717/peerj.13833>
- Zhu, B., Fu, Y., Liu, J., & Mao, Y. (2018). Modeling the Dynamics and Spillovers of the Health Labor Market: Evidence from China's Provincial Panel Data. *Sustainability*, 10(2), 333. <https://doi.org/10.3390/su10020333>
- Zisapel, N. (2018). New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *British Journal of Pharmacology*, 175(16), 3190-3199. <https://doi.org/10.1111/bph.14116>

8. EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi AYBÜ Tıp Fak. Aile Hekimliği AD. Araştırma Görevlisi Elif Keskin tarafından yürütülen **"Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Dönem-6 öğrencilerinin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin araştırılması "** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı:AYBÜ Tıp Fakültesi intern hekimlerinin uyku kalitelerini etkileyen faktörlerin araştırılması ve anksiyete ile korelasyonun değerlendirilmesi
- Araştırmanın İçeriği: İntern hekimlerin mesleğe hazırlık yaptıkları bu stresli dönemde nöbet tutmak, Tıpta Uzmanlık Sınavı'na(TUS) hazırlanmak, hasta sorumluluğu almak gibi durumlarda uyku kalitelerinin ve anksiyete düzeylerinin etkilenip etkilenmediği ve bunların birbirleri ile olan ilişkisi anket çalışması ile değerlendirilip, istatistiksel çalışmalarla ortaya konacaktır.
- Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 01.06.2023-31.08.2023
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Yaklaşık olarak 300 kişi
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): AYBÜ Tıp Fakültesi bünyesinde bulunan derslikler, atölyeler, laboratuvarlar, toplantı salonları, intern hekimlerin eğitim-öğretim aldıkları alanlar

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Elif
Keskin

AYBU ETİK Form



Ek-2. Sosyodemografik Veri Anketi

1. Cinsiyetiniz nedir?
 - a. Kadın
 - b. Erkek
- 2) Kaç yaşındasınız?:
- 3) Boyunuz ve kilonuz nedir?.....cm.....kg
- 4) Medeni durumunuz : Evli ☐ , Bekar ☐
- 5) Bilinen psikiyatrik bir hastalığınız var mı ?
 - a) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
 - b) Hayır
- 6) Ailenizde bilinen psikiyatrik hastalığı olan var mı?
 - a) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
 - b) Hayır
- 7) Bilinen uyku ile ilgili tanı almış bir hastalığınız var mı?
 - a) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
 - b) Hayır
- 8) Yaşadığınız evde uyku problemi yaşayan var mı ?
 - a. Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
 - b. Hayır
- 9) Yaşadığınız yeri nasıl tanımlarsınız?
 - a) Yurtta yaşıyorum.
 - b) Ailemle yaşıyorum
 - c) Arkadaşımla/ Arkadaşlarımla evde yaşıyorum/yaşıyoruz
 - d) Tek başıma yaşıyorum.
- 10) Aylık geliriniz hayatınızı idame ettirmeniz için yeterli mi? (Ailenizden aldığınız destek/burslar/devlet kredileri/intern hekim ödemesi vs)
 - a) Kesinlikle yeterli
 - b) Yeterli
 - c) Kısmen yeterli
 - d) Yetersiz
- 11) Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 13. soruya geçin.)
 - a) Evet (Günde paket/yıl)
 - b) Hayır

c) Daha önce yıl, günde..... paket kullandım.
yıldır/aydır kullanmıyorum.

12) Gece yatmadan önce sigara içer misiniz?

- a) Evet (yatmadan dk önce)
- b) Hayır

13) Alkol kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

- a) Hayır
- b) Evet, sıklıkla
- c) Evet, haftada birkaç gün
- d) Evet, ayda birkaç gün

13) Kafeinli içecekleri (çay, kahve, enerji içeceği, kola vs) ne sıklıkla tüketirsiniz?

- a) Kafeinli içecek tüketmem
- b) Her gün mutlaka içerim
- c) Haftada birkaç kez içerim
- d) Ayda birkaç kez içerim

14) Kafeinli içecekleri genellikle günün hangi saatlerinde içersiniz?

- a) Genellikle sabahları içerim
- b) Genellikle akşam 18:00 dan sonra içerim
- c) Genellikle gün içerisinde yayılmış bir şekilde içerim
- d) Hem sabah hem akşamları içerim

15) Gece yatmadan önce yemek yer misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

16) Gece yatmadan önce akıllı telefon, tablet, bilgisayar, TV kullanır mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

17) Düzenli egzersiz yapar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

18) Uyurken odanızın aydınlık seviyesi nasıldır?

- a) Karanlıktır
- b) Işık açık uyurum

- c) Gece lambası ile uyurum
- d) Elimde olmayan sebeplerle loş ışıktayurum (Dış ortam ışığı, ince perde vs.)

19) Sabahları dinlenmiş olarak uyanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

20) Genel olarak uyku düzeninizi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü
- e) Çok kötü

21) Genel olarak sizi en çok kaygılandıran durum nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. TUS sınavı
- b. Mezuniyet sonrası atanacağım yer
- c. Acil serviste çalışmak
- d. Nöbet tutmak
- e. Ekonomik kaygılar
- f. Kronik hastalık
- g. Ailesel durumlar
- h. Diğer (lutfen belirtiniz.....)

22) Sizce uyku kalitenizi en çok bozan durum hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Yatmadan önce akıllı telefon/tablet/bilgisayar/TV ile meşgul olmak
- b) Yatmadan önce ders çalışmak
- c) Yatağın/ortamın rahat olmaması
- d) Ortamın aydınlık olması
- e) Ortamın gereğinden fazla sıcak ya da soğuk olması
- f) Yatmadan önce bir şeyler yemek
- g) Yatmadan önce sigara içmek
- h) Yatmadan birkaç saat önce kafeinli içecek tüketmek
- ı) Alkol tüketmek
- i) Gün içerisinde yaşanan olumsuz durumlar hakkında kaygılanmak
- j) Kalabalık bir evde/ yurtta yaşıyor olmak

- k) Nöbet tutuyor olmak
- l) Kronik hastalık (lütfen belirtiniz.....)
- m) Deprem, tsunami vb. doğal afetler nedeniyle kaygılanmak
- n) Seyahat etmek
- o) Uyuduktan sonra sık tuvalete kalkmak
- p) Kötü rüyalar görmek
- r) Diğer (lütfen belirtiniz.....)



Ek-3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐	☐	☐	☐
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	☐	☐	☐	☐
c	Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐
d	Rahat bir şekilde nefes alı veremediniz	☐	☐	☐	☐
e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐	☐	☐	☐
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐
h	Ağrı duydunuz	☐	☐	☐	☐
i	Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐	Çok iyi	☐	Oldukça iyi	☐	Oldukça kötü	☐	Çok kötü
--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐	Hiç	☐	Haftada 1'den az	☐	Haftada 1 - 2 kez	☐	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐	Hiç	☐	Haftada 1'den az	☐	Haftada 1 - 2 kez	☐	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐	Hiç problem oluşturmadı	☐	Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐	Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	☐	Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

☐	Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	☐	Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
☐	Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	☐	Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐
e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐

Ek-4. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1 Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2 Sıcak/ ateş basmaları	0	1	2	3
3 Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4 Gevşeyememe	0	1	2	3
5 Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6 Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7 Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8 Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	0	1	2	3
9 Dehşete kapılma	0	1	2	3
10 Sinirlilik	0	1	2	3
11 Boğuluyormuş gibi olma hissi	0	1	2	3
12 Ellerde titreme	0	1	2	3
13 Titreklik	0	1	2	3
14 Kontrolü kaybetme duygusu	0	1	2	3
15 Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16 Ölüm korkusu	0	1	2	3
17 Korkuya kapılma	0	1	2	3
18 Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19 Baygınlık	0	1	2	3
20 Yüzün kızarması	0	1	2	3
21 Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0	1	2	3

