



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AYDIN İLİ EFELER İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE  
BAŞVURAN BİREYLERDE UYKU BOZUKLUĞU PREVALANSI  
VE DEPRESYON RİSKİYLE İLİŞKİSİ

HAZIRLAYAN

Dr. Gizem KAHRAMAN AK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Melda DİBEK

AYDIN-2024

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde bana her zaman destek olan, tez hazırlama sürecinde bana yol gösterici olan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Melda Dibek'e,

Asistanlığım süresince her konuda desteklerini ve katkılarını benden esirgemeyen anabilim dalımızın kıymetli hocaları Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz, Prof. Dr. Serpil Demirağ ve yakın zamanda emekli olan Prof. Dr. Okay Başak'a,

Asistanlığın bana kazandırdığı ve ömür boyu dostum olarak kalacak olan, hayatımda gördüğüm en adaletli ama bir o kadar da yufka yürekli olan canım dostum Dr. Candan Çalış Bozdağ'a,

İlk tanıdığım andan beri enerjisine, sabrına, iyi kalbine hayran olduğum, her zaman yanımda olan en büyük destekçim, güler yüzlü sevgilim, en büyük şansım, biricik hayat arkadaşım Veysel Efe Ak'a

Eşimle birlikte hayatıma giren, beni kendi kızlarından ayırt etmeyen sevgili kayınpederim Ersin Ak, kayınvalidem Figen Ak ve bana ablalığı tattıran kız kardeşim Yağmur Ak'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, evlatları olmaktan gurur duyduğum, yaşamım boyunca her zaman sevgilerini yanımda hissettiğim, her şartta beni destekleyen, beni bugünlere getiren canım annem Leyla Kahraman ve bana zorluklarla mücadele etmeyi öğreten canım babam Hayati Kahraman'a sonsuz teşekkür ederim.

İyi ki varsınız ve iyi ki sizin kızınızım...

Saygılarımla

# İÇİNDEKİLER

|  |           |
|--|-----------|
| TEŞEKKÜR.....  | i         |
| TABLOLAR DİZİNİ.....                                 | iv        |
| KISALTMALAR DİZİNİ.....                              | v         |
| ÖZET.....  | vi        |
| ABSTRACT .....                                       | vii       |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>                        | <b>1</b>  |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                        | <b>3</b>  |
| 2.1. Uyku ve Uyku Fizyolojisi.....                   | 3         |
| 2.2. Uyku Kalitesi Kavramı.....                      | 4         |
| 2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Uyku Kalitesi .....     | 4         |
| 2.3. Uykuyu Etkileyen Faktörler .....                | 4         |
| 2.4. Uyku Bozuklukları.....                          | 7         |
| 2.5. Uyku Hijyeni.....                               | 8         |
| 2.6. Uyku ve Depresyon.....                          | 9         |
| 2.7.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ..... | 10        |
| 2.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....              | 10        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                      | <b>12</b> |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                          | 12        |
| 3.2. Araştırmanın Yeri .....                         | 12        |
| 3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....    | 12        |
| 3.4. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....          | 13        |
| 3.5. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri.....        | 13        |
| 3.6. Çalışmadan Dışlama Kriterleri .....             | 13        |
| 3.7. Verilerin Toplanması.....                       | 13        |
| 3.7.1. Beck Depresyon Ölçeği .....                   | 13        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....                                 | 14        |
| 3.8. İstatiksel Değerlendirmeler.....  | 15        |
| 3.9. Araştırmanın İzinleri .....   | 15        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>  | <b>16</b> |
| 4.1. Tanımlayıcı Veriler .....   | 16        |
| 4.2. Katılımcıların Depresyon ve Sosyodemografik Özellikleri İlişkisi .....  | 20        |
| 4.3. Katılımcıların PUKI Puanı ile Sosyodemografik Özellikleri İlişkisi..... | 22        |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>  | <b>25</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>  | <b>33</b> |
| <b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>   | <b>40</b> |
| Ek 1: Veri Toplama Formu .....   | 40        |
| Ek 2: Etik Kurul Onayı .....   | 43        |
| Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi .....                                 | 44        |

## TABLolar DİZİNİ

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....                             | 17 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Alışkanlık Durumları .....  | 18 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Grupları .....                       | 18 |
| <b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Değerlendirmesi .....            | 20 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların BDÖ Puan Kategorisi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisi.....  | 21 |
| <b>Tablo 4.6.</b> Katılımcıların BDÖ Puan Kategorisi ile Alışkanlık Durumu İlişkisi.....           | 22 |
| <b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların PUKI Puan Kategorisi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisi..... | 23 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların PUKI Puan Kategorisi ile Alışkanlık Durumu İlişkisi.....          | 24 |
| <b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların BDÖ puanı ile PUKI Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....            | 24 |

## KISALTMALAR DİZİNİ

|               |   |
|---------------|---|
| <b>ASM</b>    | : Aile Sağlığı Merkezi                                  |
| <b>BDÖ</b>    | : Beck Depresyon Ölçeği                                 |
| <b>DSM</b>    | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| <b>EEG</b>    | : Elektroensefalogram                                   |
| <b>ICSD</b>   | : International Classification of Sleep Disorders       |
| <b>KOAH</b>   | : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı                   |
| <b>NHANES</b> | : National Health and Nutrition Examination Survey      |
| <b>NREM</b>   | : Non Rapid Eye Movement                                |
| <b>PUKI</b>   | : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi                      |
| <b>REM</b>    | : Rapid Eye Movement                                    |
| <b>TAPES</b>  | : Turkish Adult Population Epidemiology of Sleep        |
| <b>TÜİK</b>   | : Türkiye İstatistik Kurumu                             |

## ÖZET

### Aydın İli Efeler İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Uyku Bozukluğu Prevalansı ve Depresyon Riskiyle İlişkisi

**Giriş ve Amaç:** Birinci basamağa başvuran bireylerin %46-69'unda uyku bozukluğu şikayeti bulunmaktadır. Aydın ili Efeler İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde görülen uyku bozukluğu sıklığını tanımlamak ve olası depresyon riskiyle ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel-analitik tipteki bu çalışmanın evrenini Aydın ili Efeler ilçesinde yaşayan 18-65 yaş arasında birinci basamak aile sağlığı merkezine başvuran bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü Epi Info 7.2.5.0 programı kullanılarak 262 kişi olarak hesaplandı. Çalışma 01.09.2023 – 01.11.2023 tarihleri arasında Aydın ili Efeler İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 280 kişiyle yüz yüze görüşülerek yapıldı. Psikiyatrik hastalık tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri toplama formu, Beck Depresyon ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 18.0 veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı.

**Bulgular:** : Katılımcıların yaş ortalaması 38,52±13,81 yıl olup %50,7'si erkek, %49,3'ü kadındı. Katılımcıları Beck Depresyon Ölçeği'ne göre gruplandırdığımızda %65,4'ünde minimal düzeyde, %32,1'inde ise hafif düzeyde depresyon tespit edildi. Katılımcıların %49,6'sı uyku kalitelerini oldukça iyi olarak değerlendirdi. Katılımcıların uyku sürelerini sorduğumuzda sadece %8,9'u 7 saat ve üzeri uyuyordu. Düzenli spor yapma durumu, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,001$ ). Katılımcıların yaşları ile BDÖ puan ve PUKİ puan ortalaması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde; yaş ile depresyon arasında ilişki saptanmazken, PUKİ toplam puanı ile arasında anlamlı ilişki tespit edildi ( $p<0,001$ ). BDE puanları ile PUKİ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon saptandı ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda araştırmada uyku kalitesi kötü olanların oranı %71,8 bulunmuştur. Uyku bozukluklarının erken tanı ve tedavisi; hastalık yükünü azaltabilir, sağlık maliyetlerini düşürebilir, iş verimliliğini yükseltebilir ve bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. Özellikle depresyon ve benzer psikiyatrik rahatsızlıklar uyku kalitesinden sıklıkla etkilenmektedir. Bu nedenle her iki rahatsızlığın tek başına varlığında diğlerinin varlığının araştırılmasının fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, Erişkin, Uyku Kalitesi

## ABSTRACT

### **Prevalence of Sleep Disorders and Their Relationship with Depression Risk in Individuals Applying to Family Health Centers in Efeler District, Aydın Province**

**Introduction and Purpose:** Between 46-69% of individuals who apply to primary care report complaints of sleep disorders. This study aims to define the frequency of sleep disorders in individuals aged 18-65 who apply to Family Health Centers in the Efeler District of Aydın province and to determine its relationship with the potential risk of depression.

**Method:** The population of this cross-sectional analytical study consists of individuals aged 18-65 who apply to primary care family health centers in the Efeler district of Aydın province. The sample size was calculated as 262 using the Epi Info 7.2.5.0 program. The study was conducted between 01.09.2023 and 01.11.2023 with 280 individuals who applied to Family Health Centers in the Efeler District of Aydın and agreed to participate in the study. Individuals diagnosed with psychiatric disorders were excluded. Participants were administered a sociodemographic data collection form, the Beck Depression Inventory, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. The obtained data were entered into the SPSS 18.0 database for statistical evaluation.

**Results:** The average age of the participants was  $38.52 \pm 13.81$  years, with 50.7% being male and 49.3% female. According to the Beck Depression Inventory, 65.4% of the participants had minimal levels of depression, while 32.1% had mild levels. About 49.6% of the participants rated their sleep quality as quite good. When asked about their sleep duration, only 8.9% reported sleeping 7 hours or more. There was a significant relationship between regular exercise, smoking, and the presence of chronic illness with sleep quality ( $p < 0.001$ ). In evaluating the relationship between participants' ages and their average scores on the Beck Depression Inventory and Pittsburgh Sleep Quality Index, no relationship was found between age and depression, but a significant relationship was found with the total PSQI score ( $p < 0.001$ ). A significant positive correlation was found between the BDI scores and the total PSQI scores ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In our study, the rate of those with poor sleep quality was found to be 71.8%. Early diagnosis and treatment of sleep disorders can reduce disease burden, lower healthcare costs, increase work efficiency, and improve individuals' quality of life. Especially depression and similar psychiatric disorders are often affected by sleep quality. Therefore, we believe that investigating the presence of the other disorder when one is present would be beneficial.

**Keywords:** Depression, Adult, Sleep Quality

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, düzenli aralıklarla gerçekleşen ve kişinin dış dünya ile geçici olarak iletişiminin kesildiği, ancak komadan farklı olarak farklı uyarıcılarla uyanabilen bilinçsiz bir durumdur (1). Uyku süreci, vücudun çeşitli evrelerden geçtiği bir süreçtir. İyi bir uyku, bu evrelerin yeterli ve dengeli bir şekilde gerçekleşmesiyle ilişkilendirilir (2).

Uyku bozuklukları, ilk kez 1979'da dört temel gruba ayrılmıştır. Daha sonra 1991 yılında "Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD)" adı altında yayımlanmıştır. ICSD-3'te uyku bozuklukları; "İnsomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomnolensin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar, uyku ile ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları" olarak 7 kategoride incelenmiştir (3). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5'te ise, "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" kategorisi altında, insomnia, hipersomnia, narkolepsi, solunumla ilgili uyku bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomniler, huzursuz bacak sendromu, madde/ilaç kaynaklı uyku bozukluğu ve diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış uyku bozuklukları bulunmaktadır (4).

Uyku bozukluğu, santral sinir sistemi işlevlerini etkiler. Uzun süreli uykusuzluk; vücut ısısı düzenlenmesinde, endokrin ve immün sistem işleyişinde bozulmalara neden olabilmektedir. Her bireyin uyku düzeni belli dönemlerde bozulabilmektedir. Fiziksel ve ruhsal değişikliklerin de uyku düzenine etkisi büyüktür. Birçok rahatsızlıkta uyku bozukluğu semptomları olabilir ve doğrudan uyku bozukluğu teşhisi koydurmaz, ileri araştırma gerektirir (5).

Dünya çapında yapılan araştırmalara göre insanların yaklaşık %50'si zaman zaman uykusuzluk şikayeti yaşamaktadır. Ülkemizde ise nüfusun yaklaşık %22'sinin uyku bozukluğu şikayeti olduğu belirlenmiştir. Uyku bozukluğu yaşayanların %50'si uykuya dalmada sorun yaşadığını, %44'ü uykuyu sürdürmede sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Geriye kalan %6'sı ise hiç uyuyamadığını ifade etmiştir. Bu veriler, uyku sorunlarının toplumda yaygın olduğunu ve çeşitli zorluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir (6).

Birinci basamağa başvuran bireylerin %46 ila %69'u uyku bozukluğu şikayeti bildirmektedir. Uyku bozukluğunun, yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra hipertansiyon, obezite, insülin direnci, diyabet gibi birçok kronik hastalığın ve bazı psikiyatrik rahatsızlıkların seyrinde olumsuz etkilerin olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur (7). Güney Kore'de yapılan 23.878 katılımcılı çalışmada uyku bozukluğunun; inme ve iskemik kalp hastalığı riskinde bir artışa yol açtığı gösterilmiştir (8). Hollanda'da 8.860 katılımcıyla yapılan bir araştırmada uyku bozukluğunun vücut kütle indeksinde ve obezite prevalansında artışa neden olduğu saptanmıştır (9).

Uyku bozukluğunun, depresyonun bir semptomu olarak görülebilirken aynı zamanda majör depresyon riskinde artışta öncü olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (10). Tokat ilinde birinci basamağa başvuran 18 yaş üzeri 265 katılımcı üzerinde yapılan bir araştırmada, depresyonun uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur. Katılımcıların %13,6'sı yaşamlarının bir döneminde psikiyatrik bir hastalık tanısı almıştır ve bu grubun %72,2'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olanlar arasında ise kötü uyku kalitesi oranı %41,5 olarak bulunmuştur (11). Kronik uyku bozuklukları yaşayan bireylerde depresif duygu durumu, yaşam kalitesinde azalma, artmış kaza riski ve sağlık hizmetlerine başvuru sayısında artış ile ilişkilendirilmiştir. Uyku bozukluklarıyla ilgili belirtileri olan bireylerin sadece %20'sinden azına doğru teşhis konulmakta ve çok azının tedavisi yapılmaktadır (12).

Buradan hareketle, çalışmamızda Aydın ili Efeler ilçesi aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde uyku bozukluğu sıklığını tanımlamayı ve olası depresyon riskiyle ilişkisini saptamayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Uyku ve Uyku Fizyolojisi

Beynin göreceli olarak dinlendiği ve öncelik olarak iç uyaranlara yanıt verdiği aktif bir bilinçsizlik durumudur. Bu durum, kişinin bilinçsizliğinden uyandırılmadığı komadan farklıdır ve hafiften derine kadar değişen farklı aşamalardan oluşur. Araştırmalardan elde edilen sonuçlar, uyku sürecini genellikle iki ana bölüme ayırmaktadır. İnsanlar her gece, ardı sıra gelen iki farklı uyku tipini deneyimlerler (13).

Uyku, kas hareketleri ve beyin elektriksel aktiviteler gibi faktörlere dayanarak iki temel kategoriye ayrılmıştır: REM ve NREM uyku. Genellikle önce NREM uykuya başlayıp ardından REM uykusuna geçerek, günde ortalama 4-5 periyot şeklinde meydana gelir. Her periyotun süresi 90-120 dakika arasındadır. Toplam uykunun %75-80'i NREM uyku iken, kalan %20-25'i REM uykusunu oluşturur (13).

REM uykusu, beyin elektriksel aktivitesinin uyanıklıkla benzer olduğu, hızlı göz hareketleriyle belirlenen ve pek dinlendirici olmayan, beyin aktivitesinin yüksek olduğu ve rüyaların yaşandığı bir uyku evresidir. Normalde REM uykusunun süresi 5 ila 30 dakika arasındadır. Uykunun başlangıcında süre kısadır ve kişinin yorgunluk seviyesine bağlı olarak hatta tamamen ortadan kalkabilir. Ancak uyku ilerledikçe dinlenme sürecinde REM uyku süresi artar. Bu evrede, çizgili kas tonusu genellikle azalır, nabız ve solunum hızı düzensizleşir. Beyin aktivitesi ise %20 oranında artar (13).

NREM, yavaş dalga uykusu olarak bilinir ve dinlendirici bir uyku evresidir. Bu evrede, kan basıncı, bazal metabolizma ve solunum hızı gibi fizyolojik aktivitelerde azalmalar gözlemlenir. Ayrıca, NREM uyku kendi içinde üç aşamaya ayrılır. İlk aşama olan NREM evre 1, kolaylıkla uyanabilen sığ bir uyku aşamasıdır ve EEG'de ritmik alfa dalgaları bulunur. NREM evre 2 ise daha derin bir uyku sağlar ve uyanmak daha zordur; bu evre uykunun yaklaşık %50'sini oluşturur. Son olarak, NREM evre 3, yüksek voltaj ve yavaş dalga frekansı ile belirginleşir ve en derin uyku aşamasını oluşturur (13).

## **2.2. Uyku Kalitesi Kavramı**

Yetişkinler için, gecelik uyku süresi en az yedi saat uyumak gereklidir (14). Uyku kalitesinin değerlendirilmesi, uykuya dalma süresi, gece boyunca uyanıklık süresi ve sıklığı, uyku evrelerinin dağılımı ve gün içindeki kestirme uykular gibi faktörlere dayanır. İyi uyku kalitesi, uyumadan önce 30 dakikadan az sürede uykuya dalmayı ve gecede bir kez veya hiç uyanmamayı veya uyanmaların 20 dakikadan kısa sürmesini içerir (15).

### **2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Uyku Kalitesi**

Türkiye’de yapılan "Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi" (TAPES) araştırmasına göre, kötü uyku kalitesinin yaygınlığı %21,8 (Kadınlar için %26,3, Erkekler için %17,0) olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, uykululuk sıklığının ise %5,4 olduğu tespit edilmiştir (Kadınlar için %5,8, Erkekler için %5,1). Aynı çalışmada katılımcıların %47,6’sı, çalışılan günlerde yedi saat ve daha az uyuduğunu rapor etmiştir (16). Türkiye’de Mersin’de yapılan çalışmada ise 400 yetişkin katılımcı üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların %53,2’sinin kötü uyku kalitesi yaşadığı bulunmuştur (17). Ayrıca, 2012 yılında İzmir’de öğrencilerle yapılan çalışmada, %59 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduğunu ve öğrencilerin yaklaşık %65’i günde 6-7 saat arasında uyuduğunu belirtmiştir (18).

Fransa’da 25 ile 45 yaş arasındaki bireylerin %18’inin günlük olarak 6 saatten az uyuduğu belirlenmiştir (19). Aynı şekilde, 2008 yılında ABD’de yapılan çalışmaya katılan yetişkinlerin ise yaklaşık %29’unun gecede yedi saatten az uyudukları rapor edilmiştir (20).

### **2.3. Uykuyu Etkileyen Faktörler**

Yaş ilerledikçe, uyku başlangıç gecikmesi, NREM uyku süresi ve gece uyanmalarında artış görülürken, uyku süresi, uyku verimliliği, kısa dalga uykusu ve REM uykusu oranı azalır (21). Cinsiyete göre uyku durumuna baktığımızda, kadınlar genellikle kısa uyku sürelerine, daha sık gündüz uykusuna ve uykusuzluğa eğilimlidirler. Bununla birlikte, uyku apnesi genellikle erkeklerde daha yaygındır (22).

Uykuyu etkileyen önemli faktörlerden biri sirkadiyen ritimdir. Sirkadiyen ritim, ışığa son derece duyarlıdır ve egzersiz, sosyal aktivite ve sıcaklık gibi diğer çevresel etkenlerden de etkilenir. Gün ışığı, sirkadiyen ritmi uyanıklık sinyali olarak etkilerken, geceleyin karanlık çökünce melatonin üretimini artırarak uykuya dalmayı ve sürdürmeye yardımcı olur. Sirkadiyen ritmin doğru şekilde ayarlanması, sağlıklı ve yenileyici bir uyku için gereklidir. Ancak, bu ritmin yanlış ayarlanması pek çok uyku bozukluğuna yol açabilir (23).

Vardiyalı çalışma, uyku kalitesini ve düzenini kötü şekilde etkiler. Vardiyalı çalışanlarda uyku düzeninde bozulmalar ve uykusuzluk semptomlarında artış gözlemlenirken, sirkadiyen ritim üzerinde düzensizlikler de sıkça görülür. Değişen çalışma saatleri, sirkadiyen ritmin hizalanmasını etkiler ve vardiya değişiklikleriyle birlikte sirkadiyen uyum sorunları ortaya çıkabilir. Gece vardiyasında çalışanların, çalışma sonrası gündüz uykularının kısaldığı bulunmuştur. Bu durum, serum melatonin düzeyinin normalde gece saatlerinde yükselip sabaha doğru azalması ve bunun sonucu olarak uyumanın zorlaşmasıyla açıklanabilir (24).

Düzenli egzersizin uyku kalitesini artırıcı etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Akut egzersizin uykuya etkisinin incelendiği araştırmada, toplam uyku süresini artırdığı ve uyku başlangıcını hızlandırdığı bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapmanın ise uyku üzerindeki olumlu etkilerini daha da artırdığı gözlemlenmiştir (25).

Uyku düzeninin beslenme alışkanlıklarını etkilediği bilinirken, aynı şekilde beslenme alışkanlıklarımızın da uyku kalitesini etkileyebileceği bilinmektedir. Araştırmalara göre, yüksek karbonhidrat içeren bir diyetin kısa dalga uykusunu azalttığı gösterilmiştir. Aynı şekilde, yağlı beslenmenin REM uykusunu azalttığı ve yavaş dalga uykusunu artırdığı bulunmuştur (26). Gece yemek yemenin yatmadan sonra uyanıklık ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca, yatmadan önce yemek yemenin gastroözofageal reflü sıklığını artırabileceği ve bunun uyku kalitesini kötü etkileyebileceği bilinmektedir. Yatmadan önce bol miktarda sıvı alımı ise gece idrara kalkma olasılığını artırabilir ve bu da uykuyu etkileyebilir.

Obezite, uyku kalitesini olumsuz yönde etkiler. Obezite, solunum hastalıklarıyla ve uyku ile ilişkili solunum bozukluklarıyla ilişkilendirilir (27).

Kafein, bir uyarıcıdır. Yatmadan 30-60 dakika önce kafein içeren içecek tüketildiğinde, uyku başlangıç gecikmesini uzatır, derin uyku ve toplam uyku süresini azaltır ve gece boyunca uyanıklıkların sayısını artırır. Nikotin, kafein gibi sinir sistemini uyarır. Sigara içenlerde uyku başlangıcı gecikir ve uyku kalitesi düşer. Alkol, nikotin ve kafein gibi uyarıcı maddelerin aksine, sinir sistemini baskılar. Alkol alanlar hızlıca hızlı uykuya geçerler ve gecenin ilk yarısında uyku derinliği artar. Ancak, uyku parçalanması da yaşanabilir. Gecenin ilerleyen saatlerinde alkol metabolize edildiği zaman ve çekilme belirtileri başladığı zaman REM uykusu ve onun etkinliği artar; kabuslar ve uyanıklıklar görülebilir (28).

Kronik birçok hastalık uyku üzerinde etkili olabilir. Kanser hastalarında sıkça görülen ağrılar ve fibromiyalji gibi romatizmal hastalıklar da uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. KOAH olan kişilerde, semptomlardan dolayı uyku kalitesi azalabilir. Hipotiroidi hastalarında ise normal popülasyona göre, uyku başlangıç gecikmesinin uzun olduğu ve uyku problemlerinin olduğu gözlemlenmiştir (29, 30).

Yaşadığımız çevrenin gürültü düzeyi, yattığımız odanın sıcaklığı ve aydınlatması, uyuduğumuz yatağın konforu gibi faktörler, uyku kalitesini etkileyebilir. Uyku başlangıç saatinde ve uykunun devamı sırasında gürültü, uyku başlangıç gecikmesini uzatabilir, gece boyunca sık sık uyanıklıklara, yavaş dalga uykusunun azalmasına neden olabilir. Önerilen ideal oda sıcaklığı genellikle 18°C'dir. Sıcak bir odada uyumak, daha sık uyanmaya, daha fazla vücut hareketine ve daha az REM uykusuna yol açabilirken, soğuk odada uyumak verimli olmayan bir uyku ve bunun yanında daha fazla duygusal içerikli rüyalarla ilişkilendirilebilir (28).

Teknolojik elektronik cihazların yaygınlaşmasıyla birlikte, toplumun çoğunluğu bu aletleri kullanmaktadır. Özellikle yatmadan önce bu cihazların kullanımının uyku üzerinde zararlı etkileri olduğu bilinmektedir. Küreselleşme ile birlikte insanlar, günün her saatinde etkileşim içinde olmaktadır. Sosyal etkileşim, iş faaliyetleri, ticari işlemler gibi birçok durumda insanlar uyanık kalmayı tercih ederler, ancak bu durum uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir.

## 2.4. Uyku Bozuklukları

ICSD-3'e göre uyku bozuklukları 7 gruba ayrılmıştır (31):

- İnsomnia, uygun bir uyku ortamına rağmen uyku başlangıcında veya sürdürmekte zorluk çekme durumunu ifade eder. Bununla birlikte, gündüz işlev bozuklukları da sıkça görülür. İnsomnia genellikle kronik, kısa süreli veya diğer alt türlerde sınıflandırılır (31).
- Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, çeşitli alt türlerde incelenir. Obstrüktif uyku apnesi, uyku anında solunum yollarında meydana gelen problemler nedeniyle ortaya çıkar. Bu durum, apne veya hipopne şeklinde kendini gösterir. Tanı için, gece saatte 5 veya daha fazla apne veya hipopne olayının yanı sıra ilişkili semptomların varlığı veya belirli tıbbi veya psikiyatrik hastalıkların bulunması gerekmektedir. Başka bir tanı kriteri de saatte 15 veya daha fazla apne olması, ilişkili semptomların ve hastalıkların yokluğudur. Uyku sırasında solunumun bu tür sorunları, uyku kalitesini ve dolayısıyla genel sağlığı ciddi şekilde etkileyebilir. Bu sebeple, erken tanı ve uygun tedavi gereklidir (31, 32).
- Merkezi hipersomnolens bozukluklarının ortak özellikleri gündüz aşırı uyku hali göstermeleridir. Narkolepsi hastaları, uygun olmayan zamanlarda kaçınılmaz uyku atakları yaşarken, katapleksi ve REM uykusuna hızlı geçiş gibi belirtiler görülebilir. Kleine-Levin sendromunda, günlük uzun süreli uyku, artmış iştah ve cinsel istek gibi semptomlar bulunur. İdiyopatik hipersomnide ise gündüz uykuluğu hakimdir, ancak katapleksi ve hipokretin eksikliği gibi belirtiler narkolepsiye kıyasla daha az görülür (31, 32).
- Parasomniler içerisinde REM ilişkili olanlarda, normalde olan çizgili kas felci durumu yoktur ve kişiler rüyalarında hareket edebilirler. NREM ilişkili parasomniler arasında ise uyurgezerlik, konfüzyonel uyanma ve uyku terörü bulunur. Kişiler bu durumda uykuda olmalarına rağmen hareket edebilirler ve bu hareketlerin farkında değildirler (31, 32).
- Uyku ilişkili hareket bozukluklarından olan huzursuz bacak sendromunda, bacaklarda hareket etme dürtüsüyle karakterizedir. Bu sendromda, kişiler karıncalanma, yanma, kaşıntı gibi hisler yaşarlar. Bacak hareketi dürtüsü genellikle dinlenme veya hareketsizlik sırasında başlar, hareket ettikçe azalır ve genellikle akşam ve gece ortaya çıkar. Bu durum, uyku başlangıç gecikmesine, uykuya dalmakta

zorlanmaya ve geceleri uyanmalara neden olabilir. Periyodik uzuv hareket bozukluğunda uyku kalitesi bozulmuş, gündüz uykuluğu görülmüştür, ancak hareketler uyku sırasında ortaya çıkar, uyanırken semptomlar gözlenmez (31, 32).

- Sirkadiyen ritim bozuklukları, bireyin biyolojik saatini dış dünya ile uyumsuz hale getiren bir durumdur. Bu bozuklukta, kişiler uyumak istedikleri zaman uyuyamazlar ve uyanmak istedikleri zaman da uyanmakta zorlanırlar. Bu tür bozukluklar, sirkadiyen ritimdeki sorunlardan veya vardiyalı çalışma, uzun mesafe yolculukları gibi dış etkenlerden kaynaklanabilir.
- Diğer uyku bozuklukları

## 2.5. Uyku Hijyeni

İnsanların uyku düzenini düzeltmeyi, uykuya dalışlarını kolaylaştırmayı, gece boyunca uyanmaları azaltmayı ve sağlıklı uyku alışkanlığı geliştirmeyi amaçlayan çeşitli çevresel düzenlemeleri ve davranışları içerir. İyi bir uyku, bir dizi sağlık sorununun önlenmesine yardımcı olurken, bireylerin yaşam kalitesini artırır ve günlük işlerinde ve aktivitelerinde daha verimli olmalarına yardımcı olur. Uyku hijyeni uygulamaları, kolayca uygulanabilir ve olumlu sonuçlar sağlar (33, 34).

Uyku hijyeni, küçük davranış değişiklikleriyle sağlanır. Bu değişikliklerin en önemlilerinden biri, günlük uykunun düzenli bir zamanlamaya oturtulmasıdır. Günlük işler veya sosyal etkinlikler, uykunun önüne geçmemelidir. Her gece aynı zamanda uyku için yatağa gitmek, tatil günleri bile aynı saatte uyanmak önemlidir. Uyku süresi toplam en az 7 saat uyunmalıdır ki bu da uykuya yeterli zaman ayrıldığını gösterir. Gündüz şekerleme uykuları, kısa süreli olmaları durumunda faydalı olabilir ancak uzun süreli şekerleme uykuları gece uykusunu bozabilir. Bu nedenle, şekerleme uykuları mümkün olduğunca kısa tutulmalı ve öğleden sonra yapılmamalıdır (33, 34).

Yatmadan önce belirli bir düzen oluşturulmalıdır. Yatağa gitmeden önce 30-60 dakika boyunca gevşeme egzersizleri, meditasyon, kitap okumak gibi sakinleştirici faaliyetlerde bulunmak faydalı olabilir. Ortamdaki ışığı azaltarak daha loş bir ortam oluşturmak da uykuya geçişi kolaylaştırabilir. Bu dinlenme süresi boyunca elektronik cihazlardan uzak durulmalıdır. Eğer 20 dakika içinde uyuyamazsak, tekrar kalkıp

rahatlatıcı aktivitelerle zaman geçirmek ve uyku geldiğinde tekrar yatağa gitmek faydalı olabilir. Ayrıca uyumayı düşünmekten kaçınmak da önemlidir (33, 34).

Yatak odası düzenlenmelidir. Oda sessiz ve karanlık olmalıdır; uyurken göz bandı kullanmak da yardımcı olabilir. Odanın sıcaklığı, rahat edilebilecek serinlikte olmalıdır. Yatak sadece uyku ve cinsellik için kullanılmalıdır; diğer aktiviteler yatak içinde yapılmamalıdır.

Gün içinde güneş ışığı almak, vücudun sirkadiyen ritmi için önemlidir. Düzenli günlük fiziksel aktivite, uykuya dalmayı ve uyku kalitesini artırmaya yardımcı olurken sağlık üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Ancak yatmadan önce ağır egzersiz yapılmamalıdır çünkü vücut ısısını artırabilir. Sigara ve alkol akşam saatlerinde tüketilmemeli, tercihen bırakılmalıdır. Kafein içeren içecekler akşam saatlerinde tüketilmemeli, mümkünse öğleden sonra alınmamalıdır. Geç saatlerde ağır yemeklerden kaçınılmalı ve yatmadan önce fazla sıvı alınmamalıdır. (33, 34).

## **2.6. Uyku ve Depresyon**

Uyku sorunları yaşayan kişilerde, psikiyatrik sorunlarla karşılaşma olasılığı artar. Ayrıca depresyonun erken belirtilerinden biri uykuya ilgili değişikliklerdir. Uyku sorunları, depresyon riskini artırmanın yanı sıra, depresyonu olan kişilerde uyku bozukluklarının da sıklığını artırır (35).

Depresyonu olan hastaların çoğu uyku problemleri yaşamaktadır. Bu hastalarda depresyonun etkisiyle uyku düzeninde belirgin değişiklikler gözlemlenir. Depresyonlu bireylerde, uyku başlangıcı gecikir ve gece uyanma eğilimi artar, sabahları erken uyanma sorunu sıkça görülür. Uykuya dalıdıktan sonra REM uykusu daha hızlı başlar ve süresi uzar, daha yoğun bir şekilde yaşanır. REM dışı uykuda da farklılıklar gözlemlenir; yavaş dalga uykusu azalırken, NREM evre 2 uykusu artar (36).

### **2.7.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)**

PUKI, uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılan bilimsel bir ölçektir. PUKI'nin amacı, bireylerin uyku alışkanlıklarını, uyku süresini, uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede yaşadıkları zorlukları, gece boyunca yaşadıkları rahatsızlıkları ve uyandıktan sonra yeniden uyuya dalma süreçlerini değerlendirmektir.

PUKI, genellikle 19 farklı sorudan oluşur. Bu sorular, bireylerin uyku kalitesini etkileyen çeşitli faktörleri kapsar. Örneğin, katılımcılara uyumadan önce ne kadar süre boyunca televizyon izledikleri, bilgisayar kullandıkları veya cep telefonu ile vakit geçirdikleri gibi sorular yöneltilir. Ayrıca, uyandıktan sonra kaç kez tualete gittikleri, gece boyunca terleme yaşayıp yaşamadıkları, uyandıklarında ne kadar rahat hissettikleri gibi detaylı sorular da bulunur.

Her bir soruya verilen yanıtlar belirli bir puanla değerlendirilir ve bu puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. 0-21 arasında toplam puan elde edilir. Yüksek bir puan, kötü uyku kalitesini ifade ederken, düşük bir puan daha iyi uyku kalitesini yansıtır. Yani, ne kadar yüksek bir puan elde edilirse uyku kalitesi o kadar düşüktür.

PUKI'nin kullanımı, uyku bozukluklarını tanımlamak ve uyku kalitesini değerlendirmek için önemli bir araçtır ve uygun tedavi stratejilerini belirlemeye yardımcı olur. Araştırmalar, PUKI'nin güvenilirlik ve geçerliliğini desteklemektedir ve klinik uygulamalarda sıkça kullanılmaktadır.

### **2.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

BDÖ, depresyon belirtilerini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Dr. Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerin duygu durumlarını, bedensel belirtileri ve düşünce süreçlerini değerlendirmek amacıyla kullanılır.

BDÖ, genellikle 21 sorudan oluşur. Bu sorular, bireylerin depresyon belirtilerini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Örneğin, üzüntü hissetme, umutsuzluk, değersizlik duyguları, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri gibi belirtiler hakkında sorular içerir. Her bir sorunun yanıtı, bireyin belirli bir süre içinde yaşadığı belirtileri değerlendiren bir ölçüt oluşturur.

BDÖ'nün sonucu, bireyin depresyon şiddeti hakkında bilgi sağlar. Genellikle, her bir soruya verilen yanıtların toplanmasıyla bir toplam puan elde edilir. Toplam puan, bireyin depresyon düzeyini yansıtır. Daha yüksek puanlar, daha şiddetli depresyon belirtilerini gösterebilirken, daha düşük puanlar daha hafif belirtileri işaret edebilir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma 1 Eylül 2023 – 1 Kasım 2023 tarihleri arasında Aydın ili Efeler ilçesi Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bireylerle yapılmıştır.

#### 3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın evreni, Aydın ili Efeler ilçesinde yaşayan 18-65 yaş arasında birinci basamak aile sağlığı merkezine başvuran bireylerdir. Türkiye'de gerçekleştirilen Türkiye'de Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması (TAPES), toplumdaki uyku kalitesinde %21,8'lik bir bozulma tespit etmiştir. Bu bulgu, örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılmıştır (37). TÜİK 2022 verilerine göre Aydın Efeler ilçesinde 18-65 yaş nüfus büyüklüğü 187.777 kişidir. Epi Info 7.2.5.0 programı kullanılarak, popülasyon büyüklüğü 187.777; beklenen frekans %21,8; kabul edilebilir hata %5 ve desen etkisi 1 alınarak %95 güven aralığında 262 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. %10 yedek eklenerek örneklem büyüklüğünün 290 kişi olması kararlaştırılmıştır. Aydın ili Efeler ilçesine kayıtlı toplam 34 ASM'den 9 tanesi kırsal alanda bulunmaktaydı. Kentsel ASM'ler sosyodemografik düzeylerine göre düşük, orta, yüksek olmak üzere olarak üç gruba ayrıldı. Kırsal ASM'ler de ayrı bir grup olarak değerlendirildi. Kentsel ASM'lerin üç grubundan birer ASM, kırsal ASM'ler içinden de bir tane olmak üzere kura ile toplamda 4 ASM seçildi. Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği AD Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Cezaevi Aile Sağlığı Merkezi kura dışında tutuldu. Kura sonucunda kırsal gruptan Ovaeymir ASM, kentsel gruptan Efeler 3,4,9 No'lu ASM seçildi (sırasıyla orta, düşük, yüksek sosyoekonomik düzey).

Çalışmanın yapıldığı 1 Eylül 2023 – 1 Kasım 2023 tarihleri arasında Aydın ili Efeler ilçesi Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 280 kişiyle yüz yüze görüşülerek, sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilişkili

sorulardan oluşan veri toplama formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi uygulanmıştır.

### **3.4. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

1. Aydın ili Efeler ilçesi Aile Sağlığı Merkezlerine başvurmuş olması
2. 18-65 yaş arası olması
3. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olması

### **3.5. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri**

1. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olması
2. Oryantasyonu ve kooperasyonu bozuk, iletişim problemi olması

### **3.6. Çalışmadan Dışlama Kriterleri**

1. Veri toplama formunu eksik doldurmuş olması

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Çalışma verileri çalışma dönemi içinde araştırmacı (GKA) tarafından yüz yüze anket formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu öncesinde katılımcılara bilgi verilerek her birinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Tüm katılımcılara literatür taranarak oluşturulan veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama formunda üç bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişkin 11 soru yer almakta olup ikinci bölümde 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği ve üçüncü bölümde 19 soruluk Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nin yer aldığı anket formları uygulanmıştır.

#### **3.7.1. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck Depresyon Ölçeği, Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş ve Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek, depresif belirtileri değerlendirmek için kullanılan bir öz bildirim aracıdır. Bu ölçek, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk

duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi belirtileri ölçmek üzere tasarlanmıştır. Katılımcılar, geçen hafta dahil olmak üzere bugün nasıl hissettiklerini ifade eden bir cümle seçerler ve her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan alır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişir; 0 ile 9 arasındaki puanlar normal bir düzeyi (depresyon olmadan) gösterirken, 10 ve üstü puanlar depresif belirtilerde bir artışa işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa değeri 0,80 olarak belirlenmiştir, bu da ölçeğin güvenilirliğini ve geçerliliğini sağladığını göstermektedir (38).

### 3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), uyku kalitesi ve uyku bozukluklarını değerlendirmek amacıyla 1989 yılında Buysse ve ekibi tarafından geliştirilmiş bir öz-bildirim aracıdır. Bu indeks, psikiyatrik uygulamalarda ve klinik araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde ise PUKI'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1996 yılında Ağargün, Anlar ve Kara tarafından gerçekleştirilmiştir. PUKI, öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku hapi kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere toplam yedi farklı bileşen puanı üretir. Bu bileşenler, bireylerin uyku durumunu detaylı bir şekilde değerlendirmeye olanak tanır. Toplam PUKI puanı, yedi bileşen puanının toplamını temsil eder ve 0 ile 21 arasında bir değerdir. Bu toplam puan, uyku kalitesini yansıtır. Beş veya daha yüksek bir puan, uyku kalitesinin kötü olduğunu, beşten az bir puan ise iyi uyku kalitesini gösterir. Toplam puan ne kadar yüksekse uyku kalitesi o kadar düşüktür. Cronbach's alfa değeri 0,804 olarak bulunmuştur (39). **(Ek 1: Veri Toplama Formu)**

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nin hesaplanması şu şekilde olmaktadır:

- Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 9'un puanlaması ile
- Bileşen 2: Uyku latansı soru 2 ve soru 5a'nın puanlamasının toplamı ile
- Bileşen 3: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile
- Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği, soru 1, soru 3 ve soru 4'e dayanır. Bu bileşenin hesaplanmasında yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre belirlenir ve buna yatakta geçirilen süre denir. Daha sonra uyuma saatine (soru 4) göre oranlanır. Yüzde cinsinden belirtilip gruplanır.

- Bileşen 5: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin toplam puanları ile
- Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı soru 6'nın puanlaması ile
- Bileşen 7: Gündüz işlev bozukluğu soru 7 ve soru 8'in puanları toplamı ile elde edilir.

Bu bileşen puanları toplanarak toplam PUKI puanı bulunmuştur.

### 3.8. İstatiksel Değerlendirmeler

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde, SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum (min-max) değerleri ile birlikte sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon katsayıları ile hesaplanmıştır. Çalışmada, p değeri 0,05'ten küçük olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.9. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu. Dosya, etik kurulun 20.07.2023 tarihli toplantısında 2023/137 protokol numarası ile incelendi. 11 numaralı karar ile onay verildi. **(Ek 2: Etik Kurul Onayı)** Daha sonra Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne gerekli belgeler düzenlenerek başvuruldu. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08.08.2023 tarihli E-44021967-605.01-221482400 sayılı kabul yazısı ile onay alındı. **(Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi)**

## 4. BULGULAR

Çalışmaya Aydın ili Efeler ilçesi aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde uyku bozukluğu sıklığını belirlemek ve saptanan uyku bozukluğunun depresyon riski ile ilişkisini araştırmak amacıyla 1 Eylül 2023 – 1 Kasım 2023 tarihleri arasında 280 kişi alınmıştır.

### 4.1. Tanımlayıcı Veriler

Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortancası 37,50 (min:18, max:65) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %50,7'sinin (s=142) erkek olduğu ve %75,4'ünün (s=211) lise ve üzeri eğitim aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyi sorulduğunda %53,6'sının (s=150) gelirinin giderinden az, %40,4'ünün (s=113) gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Katılımcılara kiminle yaşadıkları sorulduğunda %60,7'sinin (s=170) ailesi ile, %22,9'unun (s=64) yalnız yaşamakta olduğu görülmüştür.

Mesleki bilgilerine bakıldığında ise, %19,6'sının (s=55) öğrenci, %18,2'sinin (s=51) serbest meslek, %17,5'inin (s=49) ev hanımı ve %15,4'ünün (s=43) memur olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların %46,8'inde (s=131) en az bir kronik hastalık bulunuyor iken kronik hastalıkların büyük çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu belirlenmiştir. Katılımcıların diğer sosyodemografik özelliklerine ait ayrıntılı bilgiler **Tablo 4.1.**'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

| Sosyodemografik Değişkenler | Sayı                         | Yüzde      |      |
|-----------------------------|------------------------------|------------|------|
| Yaş ort±SS (ortanca, 25-75) | 38,52±13,81(37,50 26,0-50,0) |            |      |
| Cinsiyet                    | Kadın                        | 138        | 49,3 |
|                             | Erkek                        | 142        | 50,7 |
| Eğitim Durumu               | Okuryazar değil              | 1          | 0,4  |
|                             | Okuryazar                    | 4          | 1,4  |
|                             | İlkokul                      | 26         | 9,3  |
|                             | Ortaokul                     | 38         | 13,6 |
|                             | Lise                         | 141        | 50,4 |
|                             | Yüksekokul/Üni.              | 62         | 22,1 |
|                             | Yüksek Lisans/Doktora        | 8          | 2,9  |
| Gelir Durumu                | Gelir giderinden az          | 150        | 53,6 |
|                             | Gelir Giderine Eşit          | 113        | 40,4 |
|                             | Geliri Giderinden Fazla      | 17         | 6,1  |
| Kiminle Yaşadığı            | Yalnız                       | 64         | 22,9 |
|                             | Aile                         | 170        | 60,7 |
|                             | Arkadaş                      | 46         | 16,4 |
| Meslek Grupları             | Öğrenci                      | 55         | 19,6 |
|                             | Serbest Meslek               | 51         | 18,2 |
|                             | Ev Hanımı                    | 49         | 17,5 |
|                             | Memur                        | 43         | 15,4 |
|                             | Emekli                       | 30         | 10,7 |
|                             | Vasıflı İşçi                 | 30         | 10,7 |
|                             | Vasıfsız İşçi                | 16         | 5,7  |
|                             | Çalışmayan                   | 6          | 2,1  |
|                             | Kronik Hastalık              | Hayır      | 149  |
| Evet                        |                              | 131        | 46,8 |
| <b>Toplam</b>               | <b>280</b>                   | <b>100</b> |      |

Sigara içme alışkanlığına bakıldığında %45,4'ünün (s=127) her gün içerken %18,6'sının (s=52) hiç sigara içmemiş olduğu görülmüştür. Alkol kullanım alışkanlığına baktığımızda ise %53,9'unun (s=151) ara sıra alkol kullanırken %37,9'unun (s=106) hiç alkol kullanmamış olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların tamamının kafein içeren içecek tükettiği saptanmıştır. Tüketim miktarlarını sorguladığımızda ise büyük çoğunluğu günde 2 ile 5 bardak arasında kafein içeren içecek tükettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların %73,6'sının (s=206) düzenli olarak spor yapmadığı saptanmıştır. Katılımcıların alışkanlık durumları ile ilgili olan bilgiler **Tablo 4.2.**'de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların Alışkanlık Durumları

| Alışkanlıklar               |             | Sayı | Yüzde |
|-----------------------------|-------------|------|-------|
| Sigara Kullanımı            | Her gün     | 127  | 45,4  |
|                             | Ara sıra    | 47   | 16,8  |
|                             | Bırakmış    | 54   | 19,3  |
|                             | Kullanmamış | 52   | 18,6  |
| Alkol Kullanımı             | Her gün     | 6    | 2,1   |
|                             | Ara sıra    | 151  | 53,9  |
|                             | Bırakmış    | 17   | 6,1   |
|                             | Kullanmamış | 106  | 37,9  |
| Kafeinli İçecek İçme Durumu | 1 bardak    | 4    | 1,4   |
|                             | 2 bardak    | 54   | 19,3  |
|                             | 3 bardak    | 58   | 20,7  |
|                             | 4 bardak    | 81   | 28,9  |
|                             | 5 bardak    | 52   | 18,6  |
|                             | ≥5 bardak   | 31   | 11,1  |
| Düzenli Spor                | Hayır       | 206  | 73,6  |
|                             | Evet        | 74   | 26,4  |
| Toplam                      |             | 280  | 100   |

Katılımcıları Beck Depresyon Ölçeği'ne göre gruplandığımızda %65,4'ünde (s=183) minimal düzeyde, %32,1'inde (s=90) ise hafif düzeyde depresyon tespit edilmiştir. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine göre gruplarına dair ayrıntılı veriler **Tablo 4.3.**'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine Göre Grupları

| Değişkenler                      |          | Sayı                      | Yüzde |
|----------------------------------|----------|---------------------------|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği Grupları   | Minimal  | 183                       | 65,4  |
|                                  | Hafif    | 90                        | 32,1  |
|                                  | Orta     | 5                         | 1,8   |
|                                  | Şiddetli | 2                         | 0,7   |
| BDÖ Puan Ort±SS (ortanca, 25-75) |          | 10,08±4,51 (8,0 7,0-13,0) |       |
| Toplam                           |          | 280                       | 100   |

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin ilk bileşeni olan katılımcıların öznel uyku kalitesi değerlendirmesi için katılımcılara uyku kalitelerini nasıl değerlendirdiği sorulduğunda yaklaşık %50 katılımcının (s=139) uyku kalitelerini oldukça iyi olarak değerlendirildiği görülmüştür.

Uyku latansını değerlendirmek için katılımcılara gece uykuya dalma süresi sorulmuştur. Bu sürenin 30 dakikadan fazla olup olmadığı ve son bir ayda kaç kez 30 dakikadan fazla olduğuna göre kategorize edilerek değerlendirilmiştir. Buna göre 1-2 puan alan katılımcıların oranı %58,9 (s=165) iken uyku latansı sıfır olan katılımcıların oranı %16,8 (s=47) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların sadece %8,9'unun 7 saat ve üzeri uyuduğu görülmüştür. Ayrıca alışılmış uyku etkinliğini değerlendirirken uyuma sürelerinin yatakta kalma sürelerine oranına bakılmıştır. Buna göre katılımcıların %30,7'si (s=86) %85 ve üzeri uyku etkinliğine sahip olarak değerlendirilmiştir. Toplam uyku bozukluğu bileşeni puanları hesaplandığında ise katılımcıların %15'inin (s=42) geçen ay boyunca hiçbir uyku bozukluğu yaşamadığı saptanmıştır.

Son bir ay içerisinde uyku ilacı kullanımını sorduğumuzda ise %67,9'unun (s=190) hiç uyku ilacı kullanmamış, %10,4'ünün (s=29) ise haftada bir veya iki kez uyku ilacı kullanmış olduğu görülmüştür.

Katılımcıların gündüz işlev bozukluğunu değerlendirme açısından geçen ay aktivite halinde iken ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız sorusu ve bu durum işlerinizi yaparken isteksizlik oluşturdu mu şeklinde iki soru sorulmuştur. Skor hesaplanmasında bu iki sorunun puanları toplamı kullanılmıştır. Katılımcıların %38,9'unun (s=109) hiç gündüz işlev bozukluğu yaşamamakta olduğunu bulunmuştur. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Soruları ve verilen yanıtlara ait ayrıntılı bilgiler **Tablo 4.4.**'te verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Değerlendirmesi

| Değişkenler                                    | Sayı                           | Yüzde                           |      |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------|
| Öznel Uyku Kalitesi Değerlendirmesi            | Çok iyi                        | 7                               | 2,5  |
|  | Oldukça iyi                    | 139                             | 49,6 |
|  | Oldukça kötü                   | 105                             | 37,5 |
|  | Çok kötü                       | 29                              | 10,4 |
| Uyku Latansı                                   | 0                              | 47                              | 16,8 |
|  | 1-2                            | 165                             | 58,9 |
|  | 3-4                            | 65                              | 23,2 |
|  | 5-6                            | 3                               | 1,1  |
| Uyku Süreleri                                  | >7 saat                        | 25                              | 8,9  |
|  | 6-6,9 saat                     | 184                             | 65,7 |
|  | 5-5,9 saat                     | 65                              | 23,2 |
|  | <5 saat                        | 6                               | 2,1  |
| Alışılmış Uyku Etkinliği                       | Uyku etkinliği $\geq$ %85      | 86                              | 30,7 |
|  | %75 $\leq$ Uyku etkinliği <%84 | 123                             | 43,9 |
|  | %65 $\leq$ Uyku etkinliği <%74 | 65                              | 23,2 |
|  | Uyku etkinliği <%65            | 6                               | 2,1  |
| Uyku Bozukluğu Bileşeni Puanlamaları           | 0                              | 42                              | 15,0 |
|  | 1-9                            | 157                             | 56,1 |
|  | 10-18                          | 75                              | 26,8 |
|  | 19-27                          | 6                               | 2,1  |
| Uyku İlacı Kullanım Durumu                     | Hiç                            | 190                             | 67,9 |
|  | Haftada 1'den az               | 58                              | 20,7 |
|  | Haftada 1-2 kez                | 29                              | 10,4 |
|  | Haftada 3 veya daha fazla      | 3                               | 1,1  |
| Gündüz İşlev Bozukluğu                         | 0                              | 109                             | 38,9 |
|  | 1-2                            | 124                             | 44,3 |
|  | 3-4                            | 46                              | 16,4 |
|  | 5-6                            | 1                               | 0,4  |
| PUKI Puan Durumu Ort $\pm$ SS (ortanca, 25-75) |                                | 7,20 $\pm$ 3,44 (7,00 4,0-10,0) |      |
| Toplam   |                                | 280                             | 100  |

#### 4.2. Katılımcıların Depresyon ve Sosyodemografik Özellikleri İlişkisi

Çalışmamızda Aydın ili Efeler ilçesinde yaşayan 18-65 yaş arasında birinci basamak aile sağlığı merkezine başvuran bireyler Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10,08 $\pm$ 4,51 olarak saptanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği puanı ile sosyodemografik özellikler karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırılma yapılırken Beck Depresyon Ölçeği grupları minimal depresyon ve hafif-orta-şiddetli depresyon olarak iki gruba ayrılmıştır. Bütün sosyodemografik özellikler ile Beck Depresyon Ölçeği puan kategorisi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş sürekli değişkeni normal dağılıma uymadığından BDÖ puan kategorisi ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi yapılmış olup ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0,050$ ).

Meslek gruplarına göre BDÖ puan kategorisi karşılaştırıldığında memur olarak çalışanlarda depresyon riski daha düşük bulunmuş olsa da bu ilişki anlamlı olarak saptanmamıştır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre BDÖ puan kategorisi ilişkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,050$ ). Katılımcıların BDÖ puan kategorisi ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisine dair detaylı veriler **Tablo 4.5.**'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların BDÖ Puan Kategorisi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisi

| Sosyodemografik Değişkenler |                         | Minimal Depresyon Sayı (Yüzde) | Hafif-Orta-Şiddetli Depresyon Sayı (Yüzde) | Toplam Sayı (Yüzde) | İstatistik  |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|---------------------|-------------|
| Cinsiyet                    | Kadın                   | 95 (48,1)                      | 43 (55,7)                                  | 138 (49,3)          | $p>0,050$   |
|                             | Erkek                   | 88 (51,9)                      | 54 (44,3)                                  | 142 (50,7)          |             |
| Yaş                         |                         | 183 (65,3)                     | 97 (34,7)                                  | 280 (100)           | $p>0,050^*$ |
| Eğitim Durumu               | 9 yıl altı              | 40 (21,9)                      | 29 (29,9)                                  | 69 (24,6)           | $p>0,050$   |
|                             | 9-12 yıl                | 92 (50,3)                      | 49 (50,5)                                  | 141 (50,4)          |             |
|                             | 12 yıl üzeri            | 51 (27,9)                      | 19 (19,6)                                  | 70 (25,0)           |             |
| Gelir Düzeyi                | Geliri giderinden az    | 98 (53,6)                      | 52 (53,6)                                  | 150 (53,6)          | $p>0,050$   |
|                             | Geliri giderine eşit    | 77 (42,1)                      | 36 (37,1)                                  | 113(40,4)           |             |
|                             | Geliri giderinden fazla | 8 (4,4)                        | 9(9,3)                                     | 17(6,1)             |             |
| Kiminle yaşadığı            | Yalnız                  | 39 (21,3)                      | 25 (25,8)                                  | 64 (22,9)           | $p>0,050$   |
|                             | Aile                    | 111 (60,7)                     | 59 (60,8)                                  | 170 (60,7)          |             |
|                             | Arkadaş                 | 33 (18)                        | 13 (13,4)                                  | 46 (16,4)           |             |
| Meslek                      | Çalışmayan              | 32(17,5)                       | 23(23,7)                                   | 55 (19,6)           | $p>0,050$   |
|                             | Memur                   | 33 (18)                        | 10 (10,3)                                  | 43 (15,4)           |             |
|                             | İşçi                    | 29 (15,8)                      | 17 (17,5)                                  | 46 (16,4)           |             |
|                             | Serbest Meslek          | 33 (18)                        | 18 (18,6)                                  | 51 (18,2)           |             |
|                             | Emekli                  | 18 (9,8)                       | 12 (12,4)                                  | 30 (10,7)           |             |
|                             | Öğrenci                 | 38 (20,8)                      | 17 (17,5)                                  | 55 (19,6)           |             |
| Kronik Hastalık             | Hayır                   | 102 (55,7)                     | 47 (48,5)                                  | 149 (53,2)          | $p>0,050$   |
|                             | Evet                    | 81 (44,3)                      | 50 (51,5)                                  | 131 (46,8)          |             |
| <b>Toplam</b>               |                         | <b>183 (65,4)</b>              | <b>97 (34,6)</b>                           | <b>280 (100)</b>    |             |

\*: Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların alışkanlık durumlarına göre depresyon ilişkisi araştırılmıştır. Sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,050$ ). Alkol kullanım alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde ise depresyon riski ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,017$ ). Bu ilişki incelendiğinde alkol kullanımı olan katılımcılarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların tükettiği kafeinli içecek sayısı ile depresyon ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,050$ ).

Düzenli spor yapan katılımcılarda depresyon riski anlamlı olarak düşük bulunmuştur (**p=0,001**). Katılımcıların BDÖ puan kategorisi ile alışkanlık durumu ilişkisine dair detaylı veriler **Tablo 4.6.**'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların BDÖ Puan Kategorisi ile Alışkanlık Durumu İlişkisi

| Alışkanlıklar          |            | Minimal Depresyon Sayı (Yüzde) | Hafif-Orta-Şiddetli Depresyon Sayı (Yüzde) | Toplam Sayı (Yüzde) | İstatistik     |
|------------------------|------------|--------------------------------|--|---------------------|----------------|
| Sigara Kullanımı       | İçiyor     | 111 (60,7)                     | 63 (65,0)                                  | 174 (62,1)          | p>0,050        |
|                        | Bırakmış   | 33 (18)                        | 21 (21,6)                                  | 54 (19,3)           |                |
|                        | İçmiyor    | 39 (21,3)                      | 13 (13,4)                                  | 52 (18,6)           |                |
| Alkol Kullanımı        | İçiyor     | 98 (53,6)                      | <b>59 (60,8)</b>                           | 157 (56,0)          | <b>p=0,017</b> |
|                        | Bırakmış   | 7 (3,8)                        | 10 (10,3)                                  | 17 (6,1)            |                |
|                        | İçmiyor    | 78 (42,6)                      | 28 (28,9)                                  | 106 (37,9)          |                |
| Kafeinli içecek sayısı | 1-2 bardak | 34 (18,6)                      | 24 (24,7)                                  | 58 (20,7)           | p>0,050        |
|                        | 3-4 bardak | 99 (54,1)                      | 40 (41,2)                                  | 139 (49,6)          |                |
|                        | ≥5 bardak  | 50 (27,3)                      | 33 (34)                                    | 83 (29,6)           |                |
| Düzenli spor           | Hayır      | 123 (67,2)                     | 83 (85,6)                                  | 206 (73,6)          | <b>p=0,001</b> |
|                        | Evet       | <b>60 (32,8)</b>               | 14 (14,4)                                  | 74 (26,4)           |                |
| Toplam                 |            | <b>183 (65,4)</b>              | <b>97 (34,6)</b>                           | <b>280 (100)</b>    |                |

### 4.3. Katılımcıların PUKI Puanı ile Sosyodemografik Özellikleri İlişkisi

Çalışmamızda Aydın ili Efeler ilçesinde yaşayan 18-65 yaş arasında birinci basamak aile sağlığı merkezine başvuran bireyler Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi puan ortalaması  $7,20 \pm 3,44$  olarak saptanmıştır.

Katılımcıların PUKI puan kategorisi ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaş sürekli değişkeni normal dağılıma uymadığından PUKI puan kategorisi ile aralarında Mann-Whitney U testi yapılmış ve yaş arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği görülmüştür (**p=0,010**). Eğitim durumu ile PUKI puan kategorisi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,050$ ). Yine benzer şekilde meslek gruplarına göre PUKI puan kategorisi karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,050$ ). Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile PUKI puan kategorisi ilişkisi arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Buna göre en az bir kronik hastalığa sahip olanlarda uyku kalitesi kötü olarak belirlenmiştir (**p<0,001**). Katılımcıların PUKI puan kategorisi ile sosyodemografik özellikler ilişkisine dair detaylı veriler **Tablo 4.7.**'de verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların PUKI Puan Kategorisi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisi

| Sosyodemografik Değişkenler |                         | Kalitesi İyi Uyku Sayı (Yüzde) | Kalitesi Kötü Uyku Sayı (Yüzde) | Toplam Sayı (Yüzde) | İstatistik        |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| Cinsiyet                    | Kadın                   | 43 (54,4)                      | 95 (47,3)                       | 138 (49,3)          | p>0,050           |
|                             | Erkek                   | 36 (45,6)                      | 106 (52,7)                      | 142 (50,7)          |                   |
| Yaş                         |                         | 79 (28,2)                      | 201 (71,8)                      | 280 (100)           | <b>p=0,010*</b>   |
| Eğitim Durumu               | 9 yıl altı              | 12 (15,2)                      | 57 (28,4)                       | 69 (24,6)           | p>0,050           |
|                             | 9-12 yıl                | 43 (54,4)                      | 98 (48,8)                       | 141 (50,4)          |                   |
|                             | 12 yıl üzeri            | 24 (30,4)                      | 46 (22,9)                       | 70 (25,0)           |                   |
| Gelir Düzeyi                | Geliri giderinden az    | 38(48,1)                       | 112 (55,7)                      | 150 (53,6)          | p>0,050           |
|                             | Geliri giderine eşit    | 34 (43,0)                      | 79 (39,3)                       | 113 (40,4)          |                   |
|                             | Geliri giderinden fazla | 7 (8,9)                        | 10 (5,0)                        | 17 (6,1)            |                   |
| Kiminle Yaşadığı            | Yalnız                  | 18 (22,8)                      | 46 (22,9)                       | 64 (22,9)           | p>0,050           |
|                             | Aile                    | 49 (62,0)                      | 121 (60,2)                      | 170 (60,7)          |                   |
|                             | Arkadaş                 | 12 (15,2)                      | 34 (16,9)                       | 46 (16,4)           |                   |
| Meslek Grupları             | Çalışmayan              | 12 (15,2)                      | 43 (21,4)                       | 55 (19,6)           | p>0,050           |
|                             | Memur                   | 17 (21,5)                      | 26 (12,9)                       | 43 (15,4)           |                   |
|                             | İşçi                    | 16 (20,3)                      | 30 (14,9)                       | 46 (16,4)           |                   |
|                             | Serbest Meslek          | 13 (16,5)                      | 38 (18,9)                       | 51 (18,2)           |                   |
|                             | Emekli                  | 6 (7,6)                        | 24 (11,9)                       | 30 (10,7)           |                   |
|                             | Öğrenci                 | 15 (19,0)                      | 40 (19,9)                       | 55(19,6)            |                   |
| Kronik Hastalık             | Hayır                   | 65 (82,3)                      | 84 (41,8)                       | 149 (53,2)          | <b>p&lt;0,001</b> |
|                             | Evet                    | 14 (17,7)                      | <b>117 (58,2)</b>               | 131 (46,8)          |                   |
| Toplam                      |                         | <b>79 (28,2)</b>               | <b>201 (71,8)</b>               | <b>280 (100)</b>    |                   |

\*: Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların alışkanlık durumlarına göre PUKI puan kategorisi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sigara kullanımı ile PUKI puan kategorisi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre hiç sigara kullanmayanların uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (**p<0,001**). Alkol kullanımı ile PUKI puan kategorisi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,050$ ). Katılımcıların tükettiği kafeinli içecek sayısı ile PUKI puan kategorisi arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,050$ ). Düzenli spor yapan katılımcılarda ise uyku kalitesi anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur (**p<0,001**). Katılımcıların PUKI puan kategorisi ile alışkanlık durumu ilişkisine dair detaylı veriler **Tablo 4.8**'te verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların PUKI Puan Kategorisi ile Alışkanlık Durumu İlişkisi

| Alışkanlıklar          |            | Kalitesi İyi Uyku Sayı (Yüzde) | Kalitesi Kötü Uyku Sayı (Yüzde) | Toplam Sayı (Yüzde) | İstatistik        |
|------------------------|------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| Sigara Kullanımı       | İçiyor     | 42 (53,2)                      | 132 (65,7)                      | 174 (62,1)          | <b>p&lt;0,001</b> |
|                        | Bırakmış   | 7 (8,9)                        | 47 (23,4)                       | 54 (19,3)           |                   |
|                        | İçmiyor    | <b>30 (38)</b>                 | 22 (10,9)                       | 52 (18,6)           |                   |
| Alkol Kullanımı        | İçiyor     | 43 (54,4)                      | 114 (56,7)                      | 157 (56,1)          | p>0,050           |
|                        | Bırakmış   | 1 (1,3)                        | 16 (8,0)                        | 17 (6,1)            |                   |
|                        | İçmiyor    | 35 (44,3)                      | 71 (25,4)                       | 106 (37,9)          |                   |
| Kafeinli içecek sayısı | 1-2 bardak | 20 (25,3)                      | 38 (18,9)                       | 58 (20,7)           | p>0,050           |
|                        | 3-4 bardak | 35 (44,3)                      | 104 (51,7)                      | 139 (49,6)          |                   |
|                        | ≥5 bardak  | 24 (30,4)                      | 59 (29,4)                       | 83 (29,6)           |                   |
| Düzenli spor           | Hayır      | 44 (55,7)                      | 162 (80,6)                      | 206 (73,6)          | <b>p&lt;0,001</b> |
|                        | Evet       | <b>35 (44,3)</b>               | 39 (19,4)                       | 74(26,4)            |                   |
| <b>Toplam</b>          |            | <b>79 (28,2)</b>               | <b>201 (71,8)</b>               | <b>280 (100)</b>    |                   |

Katılımcılarda depresyon ile uyku kaliteleri arasında ilişki olup olmadığını saptamak için BDÖ toplam puanları ile PUKI toplam puanlarının normal dağılıma uymadığı saptanmıştır. Bu nedenle iki değişken arasında Spearman Korelasyon testi uygulanmış ve aralarında anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır (**p<0,001**). BDÖ toplam puanları ile PUKI toplam puanları arasındaki ilişki verileri **Tablo 4.9.**'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların BDÖ puanı ile PUKI Toplam Puanı Arasındaki İlişki

| Spearman Korelasyon Analizi |            | PUKI Toplam Puan  |
|-----------------------------|------------|-------------------|
| BDÖ Toplam Puan             | Korelasyon | 0,444             |
|                             | Anlamlılık | <b>p&lt;0,001</b> |
|                             | N          | 280               |

## 5. TARTIŞMA

Çalışmada 1 Eylül 2023 – 1 Kasım 2023 tarihleri arasında Aydın ili Efeler ilçesi aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-65 yaş bireylerde uyku bozukluğu sıklığını tanımlamak ve saptanan uyku bozukluğunun depresyon riski ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızda uygulanan Beck Depresyon Ölçeği sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğunda minimal ve hafif depresyon saptanmıştır (sırasıyla %65,4 ve %32,1). Taşgın ve arkadaşlarının İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde 18-49 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada %63,6 oranında minimal veya hafif düzeyde depresyon tespit edilmiştir (40). Çınar ve arkadaşlarının birinci basamakta 65 yaş üzeri yaptığı çalışmada ise katılımcıların %46,8'inde minimal veya hafif depresyon saptanmıştır (41). Yine benzer şekilde Kılıç ve arkadaşlarının Sivas'ta 11 aile sağlığı merkezinde 1070 kadın ile yaptığı çalışmada katılımcıların %56,5'inde minimal veya hafif düzeyde depresyon saptanmıştır (42). Literatürdeki oranlara göre çalışmamızda minimal veya hafif depresyon oranlarımız %95,5 ile oldukça yüksek bulunmuştur. Bunun anlamı aslında mevcut örneklemimizde orta ve şiddetli depresyonun diğer çalışmalara göre oldukça düşük kalmasıdır. Mevcut durumun söz konusu çalışmalarda çalışılan örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Özellikle ileri yaşlarda ve kadın cinsiyette depresyon riskinin yüksek olması bu duruma sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerin tamamında depresyon görülme riski ilişkisi ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özdel ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada üniversite ile ilgili faktörlerle depresyon arasında ilişki bulunurken sosyodemografik değişkenler ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (43). Buna karşın Çınar ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri yaşlılardan oluşan bir grupta yaptığı çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeği puanı kadınlarda erkeklerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada dul/boşanmış kişilerde anlamlı olarak daha yüksek puan ortalaması görülmüştür (41). Taycan ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde çalışan 561 hemşire ile yaptığı çalışmada ise benzer şekilde cinsiyet ve eğitim düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ancak aynı çalışmada bekar katılımcılarda evli olanlara göre ve

aylık geliri yeterli olanların düşük olanlara göre depresyon puanı daha düşük bulunmuştur (44). 2023 yılında yayınlanan NHANES çalışmasında ise 2007-2018 yılları arasında orta veya şiddetli depresyonu olan 2300 hasta yapılan çalışmada ise düşük eğitilmiş ve düşük gelirli kişilerde depresyon daha şiddetli olduğu görülmektedir (45). Çalışmamızla birlikte literatürdeki diğer çalışmalarda da sosyodemografik özelliklerle depresyon riski ilişkisi arasında farklı sonuçların olması örneklemin farklı özelliklerde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda meslek grupları ile depresyon arasında bir ilişki görülmemiştir. Yapılan çalışmalarda da bireylerin mesleklerinin depresyon puanını anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir (46, 47).

Araştırmamızda sigara kullanımı ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Kutlu ve arkadaşlarının 492 polis memuru ile ve tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı iki farklı çalışmada da sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (48, 49). Velioglu ve arkadaşlarının ise sigara bırakma polikliniğine başvuran 2119 hasta ile yaptığı çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı yüksek olanlarda depresyon puanı yüksek bulunmuştur (50). Manley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şiddetli nikotin bağımlılığı olanların daha fazla depresyona yatkınlıklarının olduğu bulunmuştur (51). Literatürde buna benzer sonuç bulunan başka çalışmalar da yapılmıştır (52). Çaykara ve arkadaşlarının İstanbul'da bir devlet hastanesi sigara bırakma polikliniğinde yaptığı çalışmada ise anksiyete ve sigara bağımlılığı arasında depresyona göre daha güçlü bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (53).

Araştırmamızda alkol kullanımı ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre alkol kullananlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla paralel olarak toplum temelli araştırmalar da alkol kullanım bozukluğuna sahip olmanın depresyon, anksiyete ve diğer madde kullanımı bozukluğu görülme olasılığını en az 2 katına çıkardığını göstermektedir (54). Aynı şekilde Keskin ve arkadaşlarının alkol/madde bağımlılığı biriminde bağımlılık tanısı konulan hastalarda yaptığı çalışmada da depresif belirti düzeyi yüksek bulunmuştur (55). Mayda ve arkadaşlarının 265 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (56).

Çalışmamızda kafein tüketimi ile depresyon puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ünal ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada da günlük tüketilen kafein miktarı ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır (57). Lucas ve arkadaşları tarafından 50.739 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada ise günde en az 4 fincan kahve içenlerin depresyon riskinde azalma gözlemlenmiştir. Kafeinsiz kahve tüketen bireylerde herhangi bir değişiklik olmamıştır (58).

Çalışmamızda katılımcılara düzenli spor yapıp yapmadığı sorulmuştur. Düzenli spor yapmanın depresyon üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir. Düzce’de düzenli spor yapanlardan oluşan 69 sporcu ve 27 kontrol grubu katılımcı ile yapılan çalışmada, sporcuların kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (59). Literatürdeki çalışmalarda da bu sonuçlara benzer nitelikte sonuçlar elde edilmiştir (60-63).

Çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık varlığı durumu ile depresyon ilişkisi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çin’de yapılan bir çalışmada da hastaların hastalık türleri, depresyon puan ortalamalarını belirgin şekilde etkilememiştir (64). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının birinci basamakta kronik hastalığı olan 340 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalık süresinin uzamasıyla birlikte hastaların depresyon puan ortalamasında bir artış gözlemlenmiştir. Ancak, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur (65). Buna karşın literatürde kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptayan çalışmalar da mevcuttur (66, 67).

Çalışmamızda katılımcıların PUKI toplam puan ortalaması  $7,20 \pm 3,44$  saptanmıştır. PUKI toplam puanları 5 ve üzerinde olanlar kötü uyku kalitesi olarak nitelendirilmiştir. Çalışmamızda kötü uyku kalitesine sahip olanların oranı %71,8 (s=201) olarak bulunmuştur. PUKI ile yapılan uyku kalitesi araştırmalarında birbirinden oldukça farklı sonuçlar görülmüştür. Şahin ve arkadaşlarının 2020 yılında Erzincan ilinde aile sağlığı merkezlerine başvuran 316 hasta ile yaptığı çalışmada PUKI puan ortalaması  $7,44 \pm 3,65$  bulunmuş olup %63,6’sının kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (68). Almanya’da 9284 birey ile yapılan bir çalışmada PUKI toplam puan ortalaması  $5,00 \pm 3,37$ , bireylerin %36’sının kötü uyku durumuna sahip olduğu bildirilmiştir (69). 55 yaş üzeri yetişkin bireyler ile yapılan çalışmada ise

PUKI puan ortalamasının 7,4 ve bireylerin %64'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (70). Kang ve arkadaşlarının birinci basamakta 129 çift ile yaptığı çalışmada %38 oranında kötü uyku kalitesi bulunmuştur (71). Lee ve arkadaşlarının birinci basamakta 563 diyabet hastasıyla yaptığı çalışmada PUKI puan ortalaması  $5,4 \pm 3,2$  bulunmuştur (72).

Araştırmamızda katılımcıların uyku durumunu değerlendirmek amacıyla sosyodemografik veriler incelenmiştir. Bu hedef doğrultusunda, katılımcılara çeşitli sosyodemografik sorular yönlendirilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde yaş artışı ile birlikte uyku kalitesinin kötüleştiği görülmüştür. Onat ve arkadaşlarının 154 katılımcı ile yaptığı bir araştırmada da çalışmamıza benzer şekilde uyku kalitesinin yaşlanma ile düştüğü saptanmıştır (73). Yine Paris'te 7.010 birey ile yapılan bir uyku araştırmasında da yaş ile uyku kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu görülmüştür (74).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da eğitim durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (75, 76). Karagözoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin uyku aktivitelerine yönelik daha dikkatli oldukları ve uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (77).

Çalışmamızda meslek grupları ile uyku kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Eygören'in çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi meslek durumu ve uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (78). Birinci basamakta 265 hasta ile yapılan başka bir araştırmada da meslek ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (11).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. En az bir kronik hastalığa sahip olan katılımcılarda uyku kalitesi kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde, kronik hastalıkların varlığının kişinin uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (17, 79, 80).

Araştırmamızda sigara kullanımı ile uyku puanı arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Hiç sigara kullanmamış bireylerde uyku kalitesi daha yüksek saptanmıştır. Kırklareli ilinde yürütülen bir araştırmada, üniversite öğrencileri arasında sigara içenlerin uyku kalitesinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, halen sigara içen bireylerin uyku kalitesi en kötü seviyede iken, hiç sigara içmeyen kişilerin ise en iyi uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (81). Yine Afyon ilindeki öğrenciler arasında gerçekleştirilen bir başka araştırmada da sigara içen öğrencilerin uyku kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir (82). Ülkemizde tez çalışmalarının verilerine dayalı olarak yapılan bir meta-analizde uyku kalitesi ile sigara arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya göre, sigara içmeyenlerin %69,7'sinin uyku kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (83). Kanada'da gerçekleştirilen bir araştırmada, sigara içiminin yanı sıra tütün dumanına maruz kalmanın da kötü uyku kalitesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir ve bu ilişkiyi doğrulamak için idrar kotinin miktarı ölçümleri kullanılmıştır (84).

Çalışmamızda alkol kullanımı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bir üniversite hastanesindeki 189 araştırma görevlisinin katıldığı bir çalışmada da alkol kullananlar ile kullanmayanların uyku kaliteleri arasında anlamlı fark görülmemiştir (85). Benzer şekilde Almanya'da yapılan bir çalışmada da alkolün uyku kalitesi üzerine belirgin bir etkisi olmadığı sonucu bulunmuştur (86). Singleton ve arkadaşlarının alkol kullanan öğrencilerde yaptığı çalışmada alkol tüketimi her gün olanların daha geç uyuduğunu ve daha az uyuduğunu, hafta içi ve hafta sonu uyku sürelerinde ve zamanında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (87). Söz konusu çalışmada alkol tüketimi kronikleştikçe uyku kalitesinin düştüğü gösterilmiştir. Çalışmamızda alkol tüketimi ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanamaması katılımcılarımızda her gün alkol tüketenlerin düşük oranda (%2,1) bulunmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kafeinli içecek ile toplam PUKI puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Hekimler arasında yapılan çalışmada saat 18'den sonra çay veya kahve tüketilmesi ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (85). Aktaş ve arkadaşlarının 20-65 yaş arası 400 katılımcı ile yaptığı çalışmada da çay ve kahve tüketimi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (17). Ülkemizde gerçekleştirilen iki ayrı tez çalışmasında da kafeinli içecek tüketimi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (88, 89). Üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise akşam saat 18'den sonra kahve içme alışkanlığı ile uyku kalitesi arasında belirgin bir ilişki tespit edilmiştir ve

uyku kalitesini kötü etkilediği saptanmıştır (18). Çalışmalarda farklı sonuçlar olsa da kafeinin uykuya dalma süresini ve total uyku zamanını azaltarak insomniaya sebep olduğu bilinmektedir (90). Ayrıca çalışmamıza katılan katılımcıların tamamının kafeinli içecek tüketiyor olmasının sonuçlarımızı etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda düzenli spor yapmanın uyku kalitesini iyi yönde etkilediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Afyon'da öğrenciler ile yapılan bir diğer araştırmada, düzenli egzersiz yapmanın uyku kalitesi ile arasında hafif derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel aktivite miktarı arttıkça uyku kalite puanlarının düşüş eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir (82). Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise postmenapozal kadınlarda düzenli egzersiz ile uyku kalitesi ilişkisi incelenmiştir. Vaka-kontrol şeklinde yapılan bu çalışmada, egzersiz yapan grubun son testlerde uyku kalite puanlarının anlamlı olarak azaldığı ve uyku kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir (91). Amerika'da sigara içenlerle gerçekleştirilen bir araştırmada, düzenli egzersiz programının uyku kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, egzersiz programı öncesinde ve sonrasında uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark belirlenmiş ve düzenli yapılan egzersizin uyku kalitesini artırdığı bulunmuştur (92). Ancak ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızın ve literatürün aksine düzenli spor yapma ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (17, 85). Düzenli sporun faydaları çok uzun zamanlardır çalışılan bir konu olup uyku kalitesi üzerine pozitif katkılarının bilinen bir gerçek olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu durum literatürde çalışmamızla paralel sonuç göstermeyen çalışmaların örneklem farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda uyku kalitesi ile depresyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Depresyon skorları yükseldikçe uyku kalite indeks puanlarının arttığı ve uyku kalitesinin kötüleştiği gözlemlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (89, 93, 94). Yurtdışında yaşlılarla yapılan bir araştırmada, anksiyete ve depresyon semptomlarının uyku üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda depresyon ve anksiyetenin birçok uyku sorunuyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete semptomlarının uykuya dalma süresinde artma ve azalmış uyku kalitesi ile ilişkilendirildiği, depresyon semptomlarının ise gündüz işlev bozukluğu ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (95).

### **Çalışmanın Güçlü Yönleri**

Çalışmamızın birinci basamakta yapılmış ve verilerin toplanmasında geçerliliği kanıtlanmış ölçeklerin kullanılmış olması açısından güçlü bir çalışma sayılabilir.

### **Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamız, uyku gibi birçok etmenden etkilenebilen ve oldukça öznel bir durumu ele almaktadır. Bu nedenle verilerin beyana dayalı olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Ayrıca literatürde benzer konuyu birinci basamakta ele alan birçok çalışma mevcuttur. Buradan hareketle toplumu daha çok yansıtabilecek toplum temelli çalışma planlansaydı mevcut bilgileri daha güçlü şekilde destekleyebilirdi.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi kullanılarak Aydın ili Efeler ilçesi aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde yürütölen bu araştırmada uyku kalitesi kötü olanların oranı % 71,8 bulunmuştur. Bu sadece her üç kişiden birinin uykusunun kaliteli olduğu anlamına gelmektedir. Literatürdeki sonuçlar da toplumda uyku konusunda ciddi sorunların olduğunu desteklemektedir. Buradan hareketle tüm bireylerde mevcut uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve kalitenin artırılması yönünde girişimlerde bulunulması kayıp uyku bozukluğu hastalarını ortaya çıkarmada fayda sağlayacaktır.

Uyku kalitesini artırmak için bireylere uyku hijyeni ve yaşam tarzı değerikliklerinin uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri hakkında eğitimler verilerek toplum çapında iyileştirmeler sağlanabilir.

Çalışmamızın sonuçlarından da anlaşılacağı üzere sigara ve alkol tüketimi, uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı şekilde kontrolsüz kafein tüketimi de uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda tüm bireylere alışkanlıkların sorulup not edilmesi ve mevcutsa uyku kalitesi ile ilgili kısa bir bilgi verilmesi olası uyku bozukluğunun ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir.

Düşük uyku kalitesinin ciddi sağlık sorunlarının riskini artırabileceği bilinmektedir. Bu nedenle uyku bozukluklarının erken tanı ve tedavisi, hastalık yükünü azaltabilir, sağlık maliyetlerini düşürebilir, iş verimliliğini yükseltebilir ve bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. Özellikle depresyon ve benzer psikiyatrik rahatsızlıklar uyku kalitesinden sıklıkla etkilenmektedir. Literatürdeki sonuçlara benzer şekilde çalışmamız da bu ilişkinin iki yönlü olduğunu ve birbirlerinin olumsuz yönlerini derinleştirebileceklerini ortaya koymuştur. Bu amaçla her iki rahatsızlığın tek başına varlığında diğerinin varlığının araştırılmasının fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Guyton AC, Hall JA. Tıbbi Fizyoloji. Çavuşoğlu H, çeviren. İstanbul:Yüce & Nobel Tıp; 2001.
2. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: Organon; 2008.
3. ICSD-3. (2014). International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3) (Online).
4. DSM-5. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. HYB Yayıncılık.
5. Aydın, H., Özgen, F. (1998). Uyku bozuklukları. In: Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Güleç C, Köroğlu E (ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
6. Aydın H., Karacan A. (1998) Uyku ve Psikofizyolojik Süreçler. Güleç C., Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Hekimler Yayınbirliği, Ankara, 673-693.
7. Aikens JE, Rouse ME. Help-seeking for insomnia among adult patients in primary care. J Am Board Fam Pract 2005;18: 257-61.
8. Im E, Kim G-S. Relationship between sleep duration and Framingham cardiovascular risk score and prevalence of cardiovascular disease in Koreans. Medicine. 2017;96(37):e7744-e.
9. Bjorvatn B, Sagen IM, Oyane N, Waage S, Fetveit A, Pallesen S, et al. The association between sleep duration, body mass index and metabolic measures in the Hordaland Health Study. J Sleep Res. 2007;16(1):66-76.
10. Roth T, Roehrs T. Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. Clin Cornerstone 2003; 5: 5-15.
11. Şahin MG. Erişkinde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. 65 Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. 2019.
12. Luyster FS, Choi J, Yeh C-H, Imes CC, Johansson AEE, Chasens ER. Screening and evaluation tools for sleep disorders in older adults. Applied nursing research : ANR. 2015;28(4):334-40.
13. Guyton AC, Hall JE. Guyton & Hall Tıbbi Fizyoloji. 13. Baskı. Güneş Tıp Kitapevleri; 2017.
14. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, vd. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. SLEEP

[Internet]. 01 Haziran 2015 [a.yer 05 Kasım 2020]; Erişim adresi: <https://academic.oup.com/sleep/article-lookup/doi/10.5665/sleep.4716>.

15. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, vd. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*. Şubat 2017;3(1):6-19.

16. Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması (TAPES), [http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8\\_a\\_demir.pdf](http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8_a_demir.pdf) [Internet]. [a.yer 23 Kasım 2020]. Erişim adresi: [http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8\\_a\\_demir.pdf](http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8_a_demir.pdf).

17. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A et al. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2015;8(2).

18. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, Günay İmailoğlu E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED* 2014,7(3),193-198.

19. Léger D, Roscoat E du, Bayon V, Guignard R, Pâquereau J, Beck F. Short sleep in young adults: Insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1004 young adults from France. *Sleep Medicine*. 01 Mayıs 2011;12(5):454-62.

20. Perceived Insufficient Rest or Sleep Among Adults --- United States, 2008 [Internet]. [a.yer 05 Aralık 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5842a2.htm>.

21. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*. 01 Ekim 2004;27(7):1255-73.

22. Grandner MA. Sleep, Health, and Society. *Sleep Med Clin*. Mart 2017;12(1):1-22.

23. What is Circadian Rhythm? [Internet]. Sleep Foundation. [a.yer 02 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.sleepfoundation.org/circadian-rhythm>.

24. Boivin DB, Boudreau P. Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie Biologie*. 01 Ekim 2014;62(5):292-301.

25. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 01 Haziran 2015;38(3):427-49.

26. St-Onge M-P, Mikic A, Pietrolungo CE. Effects of Diet on Sleep Quality. *Adv Nutr*. 07 Eylül 2016;7(5):938-49.

27. Meurling IJ, Shea DO, Garvey JF. Obesity and sleep: a growing concern. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. Kasım 2019;25(6):602-8.

28. Yılmaz H, Tuncel D. UYKU BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ REHBERİ. p:97.

29. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of Chronic Insomnia With Medical Problems. *Sleep*. 01 Şubat 2007;30(2):213-8.

30. Song L, Lei J, Jiang K, Lei Y, Tang Y, Zhu J, vd. The Association Between Subclinical Hypothyroidism and Sleep Quality: A Population-Based Study. Risk Manag Healthc Policy. 19 Aralık 2019;12:369-74.
31. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition- ClinicalKey [İnternet]. [a.yer 08 Aralık 2020]. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0012369215524070?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0012369215524070%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>.
32. Uyku Bozuklukları | Türk Nöroloji Derneği [İnternet]. [a.yer 20 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari>.
33. Healthy Sleep Habits and Good Sleep Hygiene [İnternet]. [a.yer 21 Ocak 2024]. Erişim adresi: <http://sleepeducation.org/essentials-in-sleep/healthy-sleep-habits>.
34. What is Sleep Hygiene? [İnternet]. Sleep Foundation. [a.yer 21 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene>.
35. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. J Cell Mol Med. Nisan 2019;23(4):2324-32.
36. Steiger A, Pawlowski M. Depression and Sleep. Int J Mol Sci. 2019 Jan 31;20(3):607. doi: 10.3390/ijms20030607. PMID: 30708948; PMCID: PMC6386825.
37. Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması . [http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8\\_a\\_demir.pdf](http://78.189.53.61/-/uyku/11uykusunu/8_a_demir.pdf). erişim tarihi:05.04.2018).
38. Hisli, Nesrin. "Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample)." J. Psychol. 7 (1989): 3-13.
39. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg. 1996; 7 (2): 107–115.
40. Taşgın C, Öner C, Temiz HE, Çetin H, Şimşek EE. İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. IGUSABDER. 2021; 14:258-269.
41. Özen Çınar İ, Kartal A. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. TAF Prev Med Bull 2008; 7(5):399-404.
42. Kılıç E, Nur N. Üreme Çağındaki Kadınlarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Depresif Belirtilerin Düzeyi. Journal of Health Sciences Institute, 8(1): 23-30, 2023.
43. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:155-161.
44. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006;7:100-108.
45. Gabarrell-Pascuet A, Domenech-Abella J, Rod NH, Varga TV. Variations in sociodemographic and health-related factors are linked to distinct clusters of

individuals with depression based on the PHQ-9 instrument: NHANES 2007–2018. *Journal of Affective Disorders* 335 (2023):95–104.

46. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem P, Buturak V ve ark. Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi. *Yeni Symposium*. 2003; 41(3): 120-124. .

47. Çelik HÇ, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007; 12(1): 23-27.

48. Kutlu R, Çivi S, Karaoğlu O. Polislerde Sigara İçme Sıklığı ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Kor Hek*. 2008; 7(1):31-38.

49. Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009;8(6).

50. Velioğlu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Med J* (2018) 45 (1) : 35 - 41.

51. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2009;104:126-32.

52. Rezvanfard M, Ekhtiari H, Mokri A, Djavid GE. Psychological and behavioral traits in smokers and their relationship with nicotine dependence level. *Archives of Iranian Medicine*. 2010;13:395.

53. Çaykara B, Tuna R, Sağlam ZA, Pençe HH. Sigara bağımlılarında depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2019;33(1).

54. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, et al.: Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1097–1106.

55. Keskin G, Babacan Gümüş A. Alkol ve Madde Bağımlılarında Depresif Belirtiler ve Depresif Belirtilerle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;30:124-135.

56. Mayda AS, Gerçek ÇG, Güneş C, Hüseyinoğlu A, Güler MB, Yıldırım A. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete meruz kalma ile ilişkisi. *TÜBAV Bilim* 2(4) 2009 476-483.

57. Unal E, Aydın R, Uzunuer GT, Erdinç OO, Metintaş S. Tıp fakültesi öğrencilerinde gündüz aşırı uyku hali ve depresyon şüphesi ilişkisi. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2016; 1(1),28-37.

58. Lucas M, Mirzaei F, Pan A, Okereke OI, Willett WC, O'Reilly EJ, et al. Coffee, caffeine, and risk of depression among women. *Arch Intern Med* 2011; 171(17): 1571-8.

59. Canan F, Ataoğlu A. Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 11:38-43.

60. Singh NA, Stavrinou TM, Scarbek Y, Galambos G, Liber C, Fiatarone Singh MA. A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60:768-776. .
61. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002; 156:328-334. .
62. Dunn AL, Trivedi MD, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005; 28:1-8.
63. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Prev Med* 1999; 28:75-85.
64. Zhang J, Ye M, Huang H, Li L, Yang A. Depression of Chronic Medical Inpatients in China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(1): 39-49.
65. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9(3):209-216.
66. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*. 2009; 47(1): 9-15.
67. Bahar A. Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(1): 3-16. .
68. Şahin H et al. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Beslenme Davranışları ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2020: 29-39.
69. Hinz A, Glaesmer H, Brahler E, Löffler M, Engel C, Enzenbach C, Hegerl U, Christian Sander C. Sleep quality in the general population: psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index, derived from a German community sample of 9284 people. *Sleep Med* 2017;30:57-63.
70. Landry GJ, Best JR, Liu-Ambrose T. Measuring sleep quality in older adults: a comparison using subjective and objective methods. *Front Aging Neurosci* 2015;7:166.
71. Kang JM, Lee JA, Jang JW, Kim YS, Sunwoo S. Factors associated with poor sleep quality in primary care. *Korean journal of family medicine*, 2013;34(2), 107.
72. Lee JA, Sunwoo S, Kim YS, Yu BY, Park HK, Jeon TH, Yoo BW. The effect of sleep quality on the development of type 2 diabetes in primary care patients. *Journal of Korean medical science*, 2016;31(2), 240-246.
73. Onat Ş. Osteoporozda Uykunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. 2013;19: 32-7.
74. Ohayon MM, Vecchierini MF. " Normative sleep data, cognitive function and daily living activities in older adults in the community.", *Sleep*, 2005;28(8):981-9.

75. Işık Ö, Özarslan A, Bekler F. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTE UYKU KALİTESİ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 01 Ocak 2015;9(9):65-73.
76. Bayram D. (2010). Tip 2 diyabetli hastalarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bolu, Türkiye.
77. Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y., Temel F. (2007) Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, *Toraks Dergisi*, 8(4): 234-240.
78. Eygören EC. Uyku kalitesi ve süresi ile obezite ve besin seçimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2018
79. James B O, Omoaregba OJ, Igberase OO. Prevalance and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian University. *Ann Nigerian Med* 2011;5:1-5. Erişim: [http://www.anmjournals.com/temp/AnnNigerianMed511-6927127\\_191431.pdf](http://www.anmjournals.com/temp/AnnNigerianMed511-6927127_191431.pdf).
80. Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Yılmaz M, Derdiyok Ç, Ertan D ve ark. 4-5-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2(2):8-11. Erişim: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/duzcesbed/article/viewFile/1039000073/1039000042>.
81. Saygılı S, Akinci AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 31 Aralık 2011;1(1):88-94.
82. Gökteş E, Çelik F, Özer H, Çıray Gündüzoğlu N. Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. *DEUHFED* 2015, 8(3),156-161.
83. Başpınar MM. A Meta-analysis of Turkish Research About the Effect of Cigarette Smoking on Sleep Quality. *jtsm*. 05 Mart 2021;8(1):7-14. .
84. Zandy M, Chang V, Rao DP, Do MT. Tobacco smoke exposure and sleep: estimating the association of urinary cotinine with sleep quality. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(3):70-80. doi:10.24095/hpcdp.40.3.02.
85. Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, Bilge U. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Hekimlerin Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. *OSMANGAZİ JOURNAL OF MEDICINE* [İnternet]. 16 Temmuz 2018 [a.yer 06 Temmuz 2020];00. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.20515/otd.410439>.
86. Lund HG, Brian BA, Reider D, Annie BA, Whiting B, Roxanne Prichard J. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students, *Journal of Adolescent Health*, 2009;26, 1-9.
87. Singleton RA Jr, Wolfson AR. Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70(3):355-363. doi:10.15288/jsad.2009.70.355.
88. Aslan DSA. ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARIN UYKU

KALİTESİNİN VE UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ. 2017;82.

89. Fidan DP. TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUM VE UYKU KALİTELERİNİNİNCELENMESİ. 2019;75.

90. Clark I, Hans Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: asystematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2017;32:70-8.

91. Vardar O, Özkan S, Serçekuş Ak P. Postmenopozal kadınlarda uygulanan egzersiz programının uyku kalitesine etkisi. Cukurova Med J 2020;45(3):1108-1114.

92. Purani H, Friedrichsen S, Allen A. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. Addict Behav. Mart 2019;90:71-6.

93. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of Smartphone Use Severity with Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students. J Behav Addict. 4(2):85-92.

94. Rujnan T, Çaykara B, Sağlam Z, Pençe HH. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Anksiyete, Uykululuk ve Uyku Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2019;10(4):609-15.

95. Yu J, Rawtaer I, Fam J, Jiang M-J, Feng L, Kua EH, vd. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. Psychogeriatrics. 2016;16(3):191-5.

## 8. EKLER DİZİNİ

### Ek 1. Veri Toplama Formu

#### Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

a) Erkek      b) Kadın

2. Yaş .....

3. Eğitim durumu:

a) Okuryazar değil      b) Okuryazar      c) İlkokul      d) Ortaokul      e) Lise

f) Yüksekokul /Üniversite      g) Yüksek lisans /Doktora

4. Meslek durumu:

a) Ev hanımı      b) Memur      c) İşçi, vasıflı      d) İşçi, vasıfsız      e) Serbest meslek      f) Emekli      g) Öğrenci

h) Çalışmıyor      i) Diğer (yazınız): .....

5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız      b) Aile      c) Arkadaş      d) Diğer (yazınız): .....

6. Gelir durumunuz nedir?

a) Gelirim giderimden az      b) Gelirim giderime eşit      c) Gelirim giderimden fazla

7. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Her gün içerim ( )      b) Ara sıra içerim ( )      c) İçiyordum Bıraktım ( )      d) Hiç içmedim ( )

8. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Her gün içerim ( )      b) Ara sıra içerim ( )      c) İçiyordum Bıraktım ( )      d) Hiç içmedim ( )

9. Kafein içeren içecekler (çay, kahve, kola, enerji içeceği) kullanıyor musunuz?

a) Evet. Günde toplam ..... bardak içerim.      b) Hayır

10. Düzenli olarak spor yapar mısınız?

a) Hayır ( )      b) Evet ( )

11. Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren bir kronik hastalığınız var mı?

a) Yok ( )      b) Astım ( )      c) KOAH ( )      d) Diyabet ( )      e) Kardiyovasküler Hastalık ( )

f) Ruhsal Bozukluk ( ) lütfen belirtiniz.....      g) Diğer ( ) lütfen belirtiniz.....

## BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeni gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
(3) Kendimi tüümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiyi kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiyi oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığımın ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

## PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

| Aşağıdaki sorular, SON 1 (BİR) AY İÇİNDEKİ uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak cevaplayınız. |  |
|---|--|
| 1   | Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?  |
| 2   | Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?                      |
| 3   | Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?  |
| 4   | Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) |

| GEÇEN AY aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız? |   |                      |                   |                          |                            |
|--|---|----------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|
|  |   | Geçen ay boyunca hiç | Haftada birden az | Haftada bir veya iki kez | Haftada üç veya daha fazla |
| 5a   | 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.              |                      |                   |                          |                            |
| 5b   | Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.        |                      |                   |                          |                            |
| 5c   | Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.      |                      |                   |                          |                            |
| 5d   | Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.         |                      |                   |                          |                            |
| 5e   | Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız. |                      |                   |                          |                            |
| 5f   | Aşırı derecede üşüdünüz.                          |                      |                   |                          |                            |
| 5g   | Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.              |                      |                   |                          |                            |
| 5h   | Kötü rüyalar gördünüz.                            |                      |                   |                          |                            |
| 5i   | Ağrı duydunuz.                                    |                      |                   |                          |                            |
| 5j   | Diğer nedenler...                                 |                      |                   |                          |                            |

|   |   | Geçen ay boyunca hiç yok | Haftada birden az | Haftada 1-2 kere | Haftada 3 veya daha çok |
|---|---|--------------------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| 6 | Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı aldınız?  |                          |                   |                  |                         |
| 7 | Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız? |                          |                   |                  |                         |
| 8 | Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?                          |                          |                   |                  |                         |

|   |   | Çok iyi | Oldukça iyi | Oldukça kötü | Çok kötü |
|---|---|---------|-------------|--------------|----------|
| 9 | Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz? |         |             |              |          |

## Ek 2: Etik Kurul Onayı



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-16551447-050.04.04-364881  
Konu : Etik Başvuru

### DEKANLIK MAKAMINA

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Aydın İli Efeler İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Uyku Bozukluğu Prevalansı ve Depresyon Riskiyle İlişkisi" isimli çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Fakültemizde yapılabilmesi için gereken izin verilmesini arz ederim.

Öğr. Gör. Dr. Melda DİBEK BÜYÜKDİNÇ  
Öğretim Elemanı

OLUR

Prof. Dr. Ayhan AKÖZ  
Dekan V.

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu : BSDNVT1FV6

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ehd?eK=5740&eD=BSDNVT1FV6&eS=364881>

Adres: ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon: 0256 220 4203 Faks: 0256 220 4599  
e-Posta: dahilibolum@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/  
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gizem KAHRAMAN  
Unvanı: Öğretim Elemanı



## Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-44021967-605.01-221482400  
Konu : Araştırma İzni (Dr. Öğretim Üyesi Melda  
DİBEK BÜYÜKDİNÇ, Gizem  
KAHRAMAN)

08.08.2023

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : 25.07.2023 tarihli ve E-28343835-000-220668055 sayılı dilekçe.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Programı Öğrencisi Gizem KAHRAMAN, Dr. Öğretim Üyesi Melda DİBEK BÜYÜKDİNÇ danışmanlığında, Efeler 3, 4, 9 No'lu ve Ovaeymir Aile Sağlığı Merkezlerinde "**Aydın İli Efeler İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Uyku Bozukluğu Prevalansı ve Depresyon Riskiyle İlişkisi**" konulu çalışma yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın, 01.09.2023-30.11.2023 tarihleri arasında yapılabilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Erkan TÜRKOĞLU  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR  
Dr. Eser ŞENKUL  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı yazısı.

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge doğrulama kodu: 3861A6A5-F2A1-4A3D-9774-2FE2C3ACCCE7

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Zeybek Mahallesi İzmir Bulvarı No:118 Efeler /AYDIN 09000

Telefon No: 02562135000

e-Posta: aydinism@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aydinism.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: aydinsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ  
Hemşire

Telefon No: 02562135000

