



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**UYKU KALİTESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA: ÖZEL
DAL HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARI
ÖRNEĞİ**

BANU KARAKOÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Banu Karakoç

Tez Başlığı : Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği

Sınav Yeri : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 17/09/2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

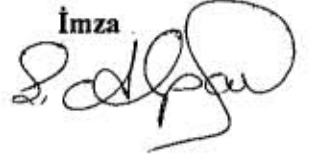
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İmza



**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan,
Adı, Soyadı)**

Yard.Doç.Dr. Ükke KARABACAK

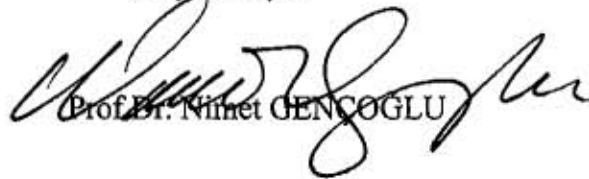
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yard.Doç.Dr. Leman ŞENTURAN

Haliç Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22./10./2009. tarih ve 43 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Banu KARAKOÇ

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca her ihtiyacım olduğunda benden bilgi ve donanımını esirgemeyen, bir öğretmen ve bir insan olarak her zaman kendime örnek alacağım danışmanım **Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR** başta olmak üzere ; Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarıma,

Tüm hayatım boyunca her zaman sevgisini ve desteğini gördüğüm çok sevdiğim aileme,

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın **Prof. Dr. İbrahim YEKELER** ve çalışma arkadaşlarıma içten teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER	sayfa
I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	iv
IV. TABLOLAR ve ŞEKİLLER LİSTESİ	v
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi	5
4.2. Uykunun Evreleri	6
4.3. Uyuma Süresi	9
4.4. Sirkadiyen ritim (uyku-uyanıklık ritmi)	10
4.5. Uyku gereksinimi	11
4.6. Uykuyu etkileyen faktörler	12
5. GEREÇ VE YÖNTEM	15
5.1. Araştırmanın Tipi	15
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
5.4. Veri Toplama Araçları	15
5.4.1. Tanıtıcı anket formu	16
5.4.2. Pittsburgh uyku kalite ölçeği	17
5.4.3. Veri toplama yöntemi	18
5.4.4. Verilerin değerlendirilmesi	18

6. BULGULAR	19
6.1. Araştırmaya Katılan Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	20
6.1.1. Bireylerin demografik özelliklerinin incelenmesi	20
6.1.2. Bireylerin mesleki özelliklerinin incelenmesi	22
6.1.3. Bireylerin bireysel özelliklerinin ve çalışma koşullarının İncelenmesi	24
6.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesinin İncelenmesi	26
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	48
7.1. Tartışma	
7.1.1. Bireylerin demografik özelliklerine göre uyku kalitesinin Tartışılması	49
7.1.2. Bireylerin mesleki özelliklerine göre uyku kalitesinin Tartışılması	51
7.1.3. Bireylerin çalışma koşullarına göre uyku kalitesinin Tartışılması	53
7.2. Sonuç ve Öneriler	57
8. KAYNAKLAR	61
9. EKLER	67
10. ÖZGEÇMİŞ	78

KISALTMALAR VE SİMGELER

BSR	Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchoronizing Region)
EEG	Elektroansefalografi
EMG	Elektromiyografi
EOG	Elektrookülografi
Non REM	Hızlı Olmayan Göz Hareketleri (Non Repaid Eye Movement- NREM)
RAS	Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System)
REM	Hızlı Göz Hareketleri (Repaid Eye Movement)
PUKÖ	Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği (Pittsburgh Sleep Quality Index- PSQI)

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ**sayfa**

Tablo 1: Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 2: Mesleki Özelliklerin Dağılımı	22
Tablo 3: Bireysel Özellikler ve Çalışma Koşulları.....	24
Tablo 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Yaşa Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	27
Tablo 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	28
Tablo 6: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	28
Tablo 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çocuğu Olma Durumuna Göre Dağılımı Ve Karşılaştırılması	29
Tablo 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kimle ve Nerede Yaşadığına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	30
Tablo 9: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	31
Tablo 10: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kurumdaki Pozisyona Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 11: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalıştığı Kliniğe Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	33
Tablo 12: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	35

Tablo13: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalışma Şekline Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	36
Tablo 14: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	37
Tablo 15: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbeti Tutma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	38
Tablo 16: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Aylık Ortalama Nöbet Sayısına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	39
Tablo 17: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbetlerinin Yaşamı Zorlaştırma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	40
Tablo 18: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbetinin Getirdiği Zorluklara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	41
Tablo 19: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Mesai Değişimlerinin Uyku Problemi Yaratma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	42
Tablo 20: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Mesai Değişimleri Sonucu Yaşadığı Uyku Problemlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	43
Tablo 21: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Son Bir Ayda Vardiya Sisteminde Değişiklik Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	44
Tablo 22: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Uyumaya Yardımcı Girişimlerin Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	44

Tablo 23: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	45
Tablo 24: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Son 1 Ayda Akut Bir Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 25: Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Evde Bakıma Muhtaç Yakını Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	47

Şekil 1: Normal Uyku Evreleri.....	9
Şekil 2: Örnek Grubun Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği Skorları Dağılımı.....	26
Şekil 3: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Yaşa Göre Dağılımı.....	27
Şekil 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puan Alanların Çocuğu Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Şekil 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kim İle Ve Nerede Yaşadığına Göre Dağılımı.....	30
Şekil 6: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı.....	35
Şekil 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Şekline Göre Dağılımı.....	36
Şekil 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbeti Tutma Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Şekil 9: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbetinin Yaşamı Zorlaştırıyor Mu? Cevabına Göre Dağılımı	40
Şekil 10: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Mesai Değişimlerinin Uyku Problemi Yaratma Durumuna Göre Dağılımı.....	42
Şekil 11: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 veya Daha Yüksek Puanların Evde Bakıma Muhtaç Yakını Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	47

1. ÖZET

Bu araştırma sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak 21.1.2008- 21.4.2008 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan 236 hemşire, 119 doktor ve 53 tıbbi destek elemanı (laborant, röntgen teknikeri, anestezi teknikeri) toplam 408 sağlık çalışanı araştırmanın örneklemini oluşturdu. Verilerin toplanmasında Pittsburgh uyku kalite ölçeği (PUKÖ) ve kişisel bilgi formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde çalışmadaki kategorik verilerin diğer kategorik özelliklere göre durumunu incelerken ki-kare testi veya Fisher kesin olasılık hesabı yöntemleri kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edildi.

Çalışmaya alınan N=408 kişiden Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde beş ve daha yüksek puan alanların sayısı 312'dir. Bu tüm grubun %76,5 oranına karşılık gelmektedir. Bu bulgu örneklem grubunun uyku kalitesinin çok ileri düzeyde anlamlı olarak kötü durumda olduğunu gösterdi. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre katılımcıların uyku kalitesi puan ortalamaları $6,96 \pm 3,19$ 'dir.

Cinsiyet, eğitim durumu, haftalık çalışma saati, son bir ayda vardiya sisteminde değişiklik olması ve uyumaya yardımcı olduğu düşünülerek düzenli olarak yapılan girişimlerin uyku kalitesi üzerinde bir etkisi bulunmadı.

Yaş (yaşın büyük olması), medeni durum (evli olmak), çocuk sahibi olmak, çalışma yılı (çalışma yılının artması), çalışma şekli (sürekli gündüz çalışmak) ve son bir aylık dönemde akut bir hastalık geçirmek uyku kalitesini olumlu yönde etkilerken, yaşanılan yer (lojmanda yaşamak), çalıştığı kurumdaki pozisyon (doktor veya hemşire olmak), çalıştığı klinik (yoğun bakım veya acil serviste çalışmak), gece nöbeti tutmak, gece nöbet sayısı, gece nöbetlerinin yaşamı zorlaştırması, mesai saatlerindeki değişimler, kronik bir hastalığın olması ve evde bakıma muhtaç bir yakının bulunmasının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği görüldü.

Anahtar kelimeler: Uyku kalitesi, Pittsburgh uyku kalite ölçeği, sağlık çalışanları, hemşire

2. SUMMARY

A Study About Sleep Quality: Sample of a Special Branch Hospital Health Clinic Workers

In this study sleep quality of employees of health sector is measured. After getting required permissions 236 nurses, 119 doctors, 53 medical support employees- totally 408 health sector employees- who worked between 21.1.08- 21.4.08 at Dr. Siyami Ersek Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital is included to the study. Pittsburgh sleep quality scale and personal data form is used to collect data. Data is evaluated with ki-square test and Fisher test. P-value in all analysis is accepted 0.05.

Persons who score five points and more in Pittsburgh sleep quality scale are 312 of n=408 is included the study. The rate of all groups is %76.5. The rate is compared average %50 is found in advanced stage and is statistically meaningful. ($p < 0.001$). The findings showed that sleeping quality of persons who included the study is found bad. Average points of result of study is 6.96 ± 3.19

Sex, education level, weekly working hours, changing in shift system could not be found effect of sleeping quality.

Age (older age) , marital status (being married) , having children , working year (longer time) , working daytime , having an illness during last month have positive effect on sleeping quality is found.

Working position (doctor or nurse) , clinic that they work (intensive care units or emergency services), working at night shift , number of night shifts , changes of working hours ,place that they live, having a chronic disease patient at home have negative effect on sleeping quality is found.

Key words: Sleep quality, Pittsburgh sleep quality scale, health workers, nurses

3. GİRİŞ

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimleri olan bir varlıktır. İnsanın varlığını sürdürebilmesi için bu gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Karşılanması gereken bu temel gereksinimlerden biride uykudur. (Ertekin 1998; Görgülü 2003, Özer 2000, Öztürk 2004, Papilla and Acioğlu 2004).

Uyku, sağlık ile vücudumuzu birbirine bağlayan altın bir zincirdir. Yüz yıllardır insanlar için ilgi odağı olan ancak son yüzyıla kadar bir sır olmaya devam eden uyku, kimilerince “ölümün kardeşi” olarak tanımlanmış, Shakespeare’in Hamlet’inde “hayatın geçici bir tatili” olarak söz edilmiştir.(Sönmez 2006)

Uyku; organizmanın çevre ile iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur (Akdemir ve Birol 2003, Aydın ve Özgen 1998, Çakırcalı 1997, Ertekin 1998, Gordon 2000, Görgülü 2003, Guyton and Hall 2001, Khorshid 1996, Özer 2000, Öztürk 2004, Papilla and Acioğlu 2004).

Yaşamımızda uyku, nefes alma, beslenme, boşaltım kadar önemli bir yere sahiptir. İnsanın gerek fiziksel, gerekse ruh sağlığı yönünden sağlıklı olması için önemli bir faktördür (Çağlayan 1995, Engin 1999, Kara 1997). Uyku insan ömrünün ortalama 1/3’ ünü oluşturmaktadır ve sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil bedenini kendisini yenilediği, sağlıklı ve uzun yaşamın temelini oluşturan bir gereksinimdir (Görgülü 2003, Bingöl 2006).

Uyku sirkadiyen ritm ile uyumludur. Sirkadiyen ritm, 24 saatlik gece gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemidir ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur. Biyolojik saat, insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına, başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur (Çalıyurt 1998, Engin 1999). Sirkadiyen ritmin önemli görevlerinden biri insanı gece dinlenme dönemi olan uykuya hazırlamasıdır. Sirkadiyen ritmdeki bozukluklar, bireyin uyku düzenini de bozmaktadır. Gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azaltır (Çalıyurt 1998). Uzun süre uykusuz kalmanın insan yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bu bağlamda vardiyalı sistemde uzun süre uykusuz kalan bir sağlık çalışanının da ruhsal ve fiziksel yönden etkileneceği tartışma götürmez bir gerçektir (Demir 1990, Bingöl 2006).

Literatüre göre gece uykusunda 1,3 ile 1,5 saatlik kısalma ertesi günkü uyanıklığı %32 oranında azaltmaktadır (Bonnet and Arand 1995). Sağlık sektörü vardiyalı çalışma

gerektiren bir sektördür. Gece vardiyasında çalışmak ertesi güne hazır olma ve uyumu önemli ölçüde etkiler. Vardiyanın sabah saatlerinde bisturi ile kesilerin oluşması, enjektör iğnelerinin batması gibi iş kazaları artmakta ve işe arabaları ile gelip/gidenlerin araba sürme esnasında uyukladıkları ve bunların da kazalara neden olduğu açıklanmaktadır .

Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir (Görgülü 2003, Karaefe 1996). Uyku kalitesi, yaşam stili, çevresel faktörler, meslek, sosyal, ekonomik durum, genel sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Görgülü 2003). Vardiyalı çalışmanın uyku kalitesi üzerinde sürekli bir etkisi olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır (Axelsson ve ark. 2004; Fischer ve ark.1997). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada gece vardiyasından sonraki gündüz uykusu kalitesinin de oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Fischer, Bruni, Berwerth , Moreno , Fernandez and Riviello 1997).

Ülkemizde Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hemşireler genellikle üç vardiya (08–16, 16–24, 24–08) şeklinde çalışmaktadırlar. Ancak hemşirelerin sayısal yetersizliği nedeniyle iki vardiya üst üste çalışma durumunda kalmalarından dolayı uyku kalitesi ve uyku düzeni bozulmaktadır.

Sonuç olarak, başka insanlara sağlık hizmeti götüren sağlık sektörü çalışanlarının fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halinin korunmasına gereken önemin verilmesi kaçınılmazdır (Engin 1999; Özabacı ve Pektekin 1990). Biyolojik ritimlerine uymayan çalışma biçimlerini sürdürmek zorunda olmaları bir stresör olarak uyku kalitelerini etkileyebileceği ve uyku kalitesinin bireylerin yaşamındaki önemi göz önüne alınarak çalışmada sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçmek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi

Uyku, merkezi sinir sisteminin aktif katılımı ile gerçekleşmekte, bu sırada psikolojik ve biyolojik aktivite değişmektedir. Tüm bu değişimlerin bir önceki günle sonraki gün arasındaki düzenlemelere hizmet ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle, yıllardır insanda biyolojik ve psikolojik yaşantılarla uyku arasında ilişki kurulmaktadır (Aydın ve Özgen 1998)

Literatür incelendiğinde uykuya ait birçok tanımın yer aldığı görülmektedir. Uyku bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Ertekin 1998). Uyku; düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilen, uyanıklıkla karşılaşıldığında dış uyaranlara yanıt eşiğinin yükseldiği ve göreceli hareketsizlikle belirli bir durumdur (Özcan 2007). Uyku kişinin uygun duyuşal ya da başka uyaranlarla uyandırılabilceği bir bilinçsizlik durumudur ve tekrarlanan dönemlerden oluşur(Akdemir ve Birol 2003, Engin 1999, Gordon 2000, Guyton and Hall 2001, Khorshid 1996). Genelde uyku, organizmanın çevre ile iletişiminin değişik şiddette ve uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanabilir (Aydın ve Özgen 1998, Bingöl 2006, Ertekin 1998, Görgülü 2003, Köktürk 1999, Özer 2000, Öztürk 2004; Papilla ve Acioğlu 2004).

Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrol ettiği iki özel alan vardır. Bu alanlar;

- (1) Beyin sapında, spinal kordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistem (Reticular Activating System-RAS) ve
- (2) Medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchroonizing Region-BSR)' dir (Kara 1996, Karaefe 1996). Bu iki sistem birlikte çalışır. Beyin merkezleri aralıklı olarak baskılanır ve aktive olur. RAS görme, işitme, dokunma ve ağrı uyaranlarını alır. Bu uyaranlar serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olur ve RAS uyarılır, bu durum uyanıklık boyunca devam eder. Uykunun gelmesiyle birlikte BSR aktivitesinde artma görülür. Kişi uyuma girişiminde bulunduğu,

RAS' a gelen uyarılar azalır eğer çevresel koşullar da uygunsa RAS 'ın aktivasyonu azalır. BSR uyarılarının artması, uykuya dalmaya neden olur. Bu durum kişi uyanıncaya kadar devam eder, RAS'ın tekrar uyarılmasıyla birlikte kişi uyanır (Ertekin 1998, Kara 1996, Karaefe 1996, Kozier and Erb 2000; Potter and Perry 2001,1993).

Uykunun nöronal mekanizmaları ile ilgili çalışmalar son yıllarda hız kazanmış ve beyinde uyku ile ilgili merkezler ve yine uykuda rol oynayabilecek pek çok nörotransmitter saptanmıştır. Bununla birlikte, uyku nörofizyolojisi konusundaki en önemli saptamalardan biri, hiç kuşkusuz, Moruzzi'nin klasik deneyleri sonucunda, uykunun basitçe retiküler aktivatör sistemin gün boyu yorularak inaktif hale geçmesi sonucu gelişen pasif bir olay olmadığının belirlenmesidir. Beyin sapının midpontil düzeyde kesilerek kaudal kısmının uzaklaştırıldığı bu deneyler sonucunda, beyin sapının midpontil düzleminin alt kısmında kalan inhibitör alanların aktivitesinin uykuya neden olduğu gösterilmiş ve günümüzde de kabul gören “aktif uyku teorisi” ortaya atılmıştır(Güleç 2006).

4.2 Uykunun Evreleri

Araştırmalar uykunun iki majör evresi olduğunu göstermektedir. Bu evreler; 1.NonREM (NREM-Non Rapid Eye Movement - Hızlı Olmayan Göz Hareketleri) ve

2.REM (Rapid Eye Movement - Hızlı Göz Hareketleri)'dir (Aydın ve Özgen 1998, Çağlayan 1995, Ertekin 1998, Guyton and Hall 2001, Kara 1996).

Bu evreler beyinden gelen elektrik akımlarını alan ve kaydeden elektroensefalografi (EEG), göz hareketlerini kaydeden elektrookülografi (EOG), kas tonusunu kaydeden elektromiyografi (EMG) ile incelenir ve analiz edilir (Bingöl 2006, Ertekin 1998, Guyton and Hall 2001,Kara 1996).

1.NonREM (NREM- Non Rapid Eye Movement - Hızlı Olmayan Göz Hareketleri): Yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku olarak da adlandırılır. Rüyasız uyku denilmesine rağmen bu sırada rüya görülebilir. REM uykusu sırasında görülen rüyalar hatırlanabilirken NonREM uykusu sırasında rüyaların hatırlanmaması; REM

ve NonREM uykusu arasında görülen önemli bir farktır.(Özcan 2006; Taylor, Lillis and Priscilla 1993).

NonREM uykusu dört evreyi içerir (Ertekin 1998,Guyton and Hall 2001, Kara 1996, Karaefe 1996, Potter & Perry 2001,1993).

NonREM 1: Uyku ile uyanıklık arasındaki geçiş dönemini oluşturur ve bu dönemde kişi gürültü, dokunma ve diğer duyumsal uyaranlarla kolaylıkla uyandırılabilir. Uyandığında uyuduğunu inkar eder (Özcan 2006, Bingöl 2006, Ertekin 1998, Guyton and Hall 2001, Karaefe 1996, Kozier and Erb 2000, Potter and Perry 2001, 1993) Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Genelde erişkinlerde tüm gece uykusunun %5-10'unu oluşturur

NonREM 2: NonREM 1. evreye göre daha derindir. Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa hemen II. evreye girilir. Kan basıncı, solunum hızı ve bazal metabolizmada %10-30 azalma gözlenir. Bu evre yaklaşık 10-20 dakika sürer ve tüm uykunun %40-45'ini kapsar (Özcan 2006, Bingöl 2006, Ertekin 1998, Guyton and Hall 2001, Kozier and Erb 2000, Potter and Perry 2003, 1993).

NonREM 3: İkinci evreden daha derindir. Parasempatik sinir sistemi etkisine bağlı olarak kalp ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır. Bu uykudan uyandırmak oldukça güçtür, beyin dalgaları düzenlidir. Bütün uykunun yaklaşık %10'unu kapsar (Ertekin 1998, Kozier and Erb 2000, Potter and Perry 2001,1993; Tosunoğlu 1997).

NonREM 4: Delta uykusu olarak da adlandırılır. Kan basıncı, nabız, solunum hızı, oksijen tüketimi normalin % 20-30 altına düşer. Bütün uykunun %10'unu kapsar (Erarslan 2001, Özcan 2006, Bingöl 2006, Ertekin 1998, Guyton and Hall 2001, Kara 1996, Karaefe 1996, Kozier and Erb 2000, Potter and Perry 2001, 1993; Tosunoğlu 1997).

Vücudun fiziksel olarak dinlendiği ve kasların gevşediği evredir. Protein sentezi gibi tartışma

vücudu yenileyici fiziksel aşamalar bu evrede gerçekleşir. Ayrıca bu aşama, vücudun iyileşme sürecini ve kan kolesterol düzenini etkiler. İyi uyuyamadıklarını söyleyen kişiler dördüncü evredeki uyku eksikliğinden dolayı bunu söylemektedir. Gece astım krizleri bu dönem uykuda çok nadirdir. Büyüme hormonları da bu

evrede salgılanır. Bu evre özellikle asıl uykunun olduğu evre olup sağlık ve iyi olma açısından gerekli bir bölümdür (Özcan 2006, Tosunoğlu 1997, Taylor et al 1993)

2.REM (Rapid Eye Movement - Hızlı Göz Hareketleri): Uykunun başlamasından yaklaşık 90-100 dakika sonra görülen bu evre 5 ile 20 dakika arasında sürer. Her 90-100 dakikada bir yenilenir. Diğerlerine nazaran aktif uyku durumudur ve sinir sistemi faaliyetleri tarafından yönlendirilir. Gece boyunca uykuda 4-5 REM dönemi olur ve toplam süresi uykunun 1/5 i kadardır. Bir gecelik uykuda REM uykusu toplam 1,5-2 saat sürer. Tüm uykudaki REM uyku yüzdesi, yetişkinlerde %20-25, bebeklerde % 50 iken yaşlılarda % 15 e kadar düşmektedir.

REM uykusu yüksek beyin ve fizyolojik etkinliğin görüldüğü, kantitatif olarak farklı bir uyku dönemidir ve bu esnadaki fizyolojik fonksiyonlar uyanıklıktakine benzer.

REM dönemindeki bir kişiyi uyandırmak NonREM dönemine göre daha zordur. Bu dönemde göz hareketleri başlar, solunum ve göz kasları dışındaki kaslarda tonus kaybı görülür. Solunum sayısı ve derinliği değişmekte ve kalp atım sayısı düzensizleşmektedir. REM uykusu sırasında beyin kan akımı ve oksijen kullanımında uyanıklıktakine benzer artışlar görülmektedir. Bireyin metabolizması % 20 oranında artmakta metabolik süreçler hızlanmaktadır.

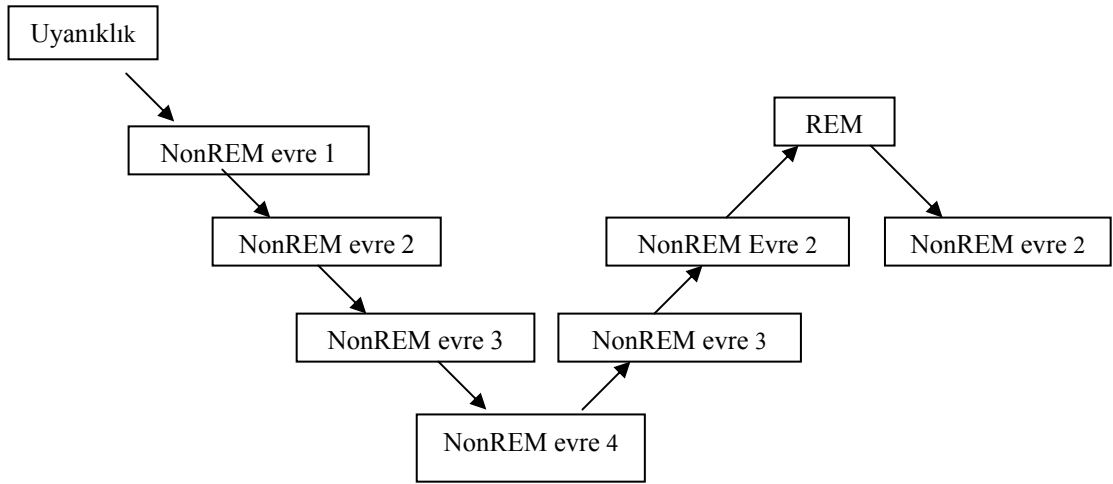
Rüyaların % 80'i REM uykusunda görülmekte, bilgi işleme bu dönemde gerçekleşmekte ve bu sırada beyin aktif olmaktadır. Uyanıklıktan farkı ise dışarıdan uyarı alınmaksızın işlemlerin yapılması ancak motor ifadelere dönüşmemesidir.

Bebeklerde bilgi depolanması, yeni davranışlar ile hafıza arasında ilişki kurulabilme bu uyku döneminde olmaktadır. Psikolojik baş etme mekanizmaları için gereklidir. Gece oluşan kalp krizleri genellikle REM uykusu döneminde oluşur.

Hızlı göz hareketlerinin artması rüya görme ile açıklanır ve EOG tarafından kaydedilir. REM uykusu süresince rüya görme NonREM uyku süresince görülen rüyadan farklıdır. NonREM uyku süresinde görülen daha mantıklı ve gerçekçiye yakın REM uykusu süresinde de daha mantıksız ve gerçek dışı olabilir (Özcan 2006, Çakırcalı 1997; Guyton and Hall 2001, Karaefe 1996, Potter & Perry 2001, 1993, Tosunoğlu 1997, Taylor et al 1993)

4.3. Uyuma Süreci

Uyku genellikle yetişkinlerde 24 saatte bir yinelenen döngüsel bir süreçtir. 6-8 saatlik uyku süresince her biri ortalama 90-100 dakika olan 4-6 uyku siklusu vardır. Bu 90-100 dakikalık uyku siklusu, birbirini izleyen 2 dönemden oluşmaktadır. REM ve NonREM evreleridir



Şekil 1: Normal Uyku Evreleri (Taylor C, Lillis C, Priscilla LM(1993). Fundamentals of Nursing the Art Science of Nursing Care Philadelphia. 2th. Ed. Philadelphia 1993; 720.)

Uykuya yalnız beynin istirahati olarak bakmak yanlıştır. Bu süreç içerisinde böbreklerden fosfat salgılanması, büyüme ve adrenal bezi hormonlarının salgılanması, vitamin kullanımı ve deri onarımı oluşmaktadır. Büyüme hormonunun aminoasitlerin hücreye geçmesinde ve protein sentezinde rolü vardır. Bilhassa gece uykusunda çocukların büyümesi, yaraların kapanması ve vücut içinde onarım büyüme hormonunun salgılanması sırasında gerçekleşmektedir.

Uyku stresi ve anksiyeteyi azaltmakta ve gidermektedir. Stresli bir günden sonra bireyin aktif uykusunun artış gösterdiği görülmüştür. Birey günlük aktivitelerini devam ettirmek için kullanacağı enerjiyi uyku sırasında sağlar. Doğanın bir uyarısı olan yorgunluk, uykunun gerekli olduğunu belirttiği için vücudun koruyucu mekanizması olarak düşünülmektedir.(Özcan 2006, Ertekin 1997, Görgülü 2003, Karaefe 1996, Taylor et al1993)

4.4. Sirkadiyen Ritim (Uyku-Uyanıklık Ritmi)

Yapılan araştırmalar sonucunda bitki, hayvan ve insanlarda biyolojik ritmik bir saatin var olduğu bilinmektedir (Çağlayan 1995, Ertekin 1997, Kara 1996). Birçok ortak biyolojik değişken, 24 saatlik siklusta periyodik olarak görölür. Bu 24 saatlik gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur (Erarslan 2001, Çağlayan 1995, Ertekin 1997, Karaefe 1996, Potter and Perry 2001, 1993; Ruggiero 2003; Uran 2001). Biyolojik saat, insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına, başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur (Ertekin 1997). Vücut ısısı ve uyku gibi birçok fizyolojik etkinlik ile üzüntü, neşe gibi birçok psikolojik etkinlik sirkadiyen ritim tarafından düzenlenmektedir (Ruggiero 2003). Sirkadiyen ritmin insan yaşamındaki etkisi açıktır. Bazı insanların performansı sabah erken saatlerde, bazılarının da akşam saatlerinde ya da gece en üst düzeydedir (Karaefe 1996). Uyku sirkadiyen ritimle ilgili ve uyumludur. Uyku uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır. Retinaya düşen ışık, retinohipotalamik yol aracılığıyla suprakiazmatik çekirdeklere ulaşmakta, böylece gündüz güneş ışığının etkisiyle uyanıklık sağlanmaktadır. Işığın kaybolmasıyla hipotalamusta nöroendokrin düzenlemeler değişmekte, başta melatonin olmak üzere hormonlar salgılanarak ya da diğer hormonlar baskılanarak uyku başlatılmaktadır (Aydın ve Özgen 1998). Melatoninin biyolojik sistemler üzerinde; gece-gündüz döngüsünün düzenlenmesinin ötesinde; kan basıncı, vücut ısısı ve mevsimsel üreme fonksiyonlarının düzenlenmesi gibi etkileri vardır. Kanseri, Alzheimer gibi hastalıklarda rolü olduğu ve antioksidan etkilerinin bulunduğu bilinmektedir (Yerer ve Aydoğan 2006)

Bazı yaşam şekilleri de sirkadiyen ritim üzerinde etkilidir (Ertekin 1997). Uzun süre uykusuz kalmanın insan yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azaltır (Çalıyurt 1998, Takahashi, Arito and Fukuda 1999). Bu bağlamda vardiyalı sistemde uzun süre uykusuz kalan bir sağlık çalışanlarının da ruhsal ve fiziksel yönden etkileneceği ve bunun da uyku-uyanıklık ritmini bozacağı tartışma götürmeyecek kadar ortada bir gerçektir (Demir 1990). Vardiyalı çalışmada karşılaşılan hastalık

problemlerinin nedeni çalışma saatleriyle biyolojik saatin aynı olmayışıdır (Akerstedt 2003). Bazı yazarlar yavaş dönüşümlü vardiyanın veya uzun süre aynı vardiyada çalışmanın, dönüşüm değişikliklerine uyumu ve gece vardiyasındaki biyolojik ritim bütünlüğünü kolaylaştırdığını düşünmektedir (Fischer et al1997).

4.5. Uyku Gereksinimi

İnsan hayatının yaklaşık 1/3 ü uyku ile geçmektedir. Uyku süresinin kişiden kişiye değişmekte olduğu ve bu sürenin 4 saat ile 11 saat arasında değiştiği bilinmektedir.

İnsanların gereksinim duyduğu uyku; yaşı, cinsiyeti, fiziksel durumu, yaptığı iş, egzersiz, beslenme, sağlık durumu, çevresel koşullar ve bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterir (Özcan 2007, Engin 1999, Ertekin 1997).

Fiziksel çalışma (ağır işde çalışmak) , egzersiz, hastalık, gebelik, stres ve mental aktivitenin artmasıyla ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma söz konusu olmaktadır.

Yenidoğan bebekler ortalama ilk ayın sonuna kadar günün yaklaşık 17 saatini uyuyarak geçirirler.1-3 yaş grubundaki çocuklar ise günde 10-14 saat uykuya ihtiyaç duyarlar ve uykunun % 20-30'unu REM evresi oluşturur. 3-6 yaş arası çocuklarda uyku gereksinimi karşılamak için 11 saat uyumak yeterlidir. Yaşın ilerlemesi ile okul öncesi çağındaki çocuklarda uyku gereksinimi günde 11 saat ile karşılanabilirken adolesan döneminde bu süre 8-10 saate kadar düşmektedir.

Kişisel alışkanlıklar, hamilelik, günlük aktiviteler, fiziksel ve emosyonel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak genç yetişkinler, uyku gereksinimlerine göre uyku saatlerini ayarlar. Çoğu genç yetişkin için günlük 7-8 saat uyku yeterlidir. Uykunun % 20-25'i REM evresidir.

Yaşlılar ise dinlenme ve uyuma için çok fazla zaman harcamazlar. Genellikle erken yatarlar. Gece birkaç kez uyanır ve sabahları da erken kalkarlar. Günde 6 saat uyku onlar için yeterlidir fakat bu süre içindeki uykunun 4. evresinde azalma veya tamamen yok olma söz konusudur. Uykunun % 20-25'i REM evresidir.

4.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Kişi uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissediyorsa, kaliteli bir uyku uyumuş demektir (Görgülü 2003, Karaefe 1996). Uyku kalitesi birçok faktörden etkilenir (Görgülü 2003). Fiziksel, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini etkiler (Ertekin 1997, Görgülü 2003).

1-Cinsiyet: Cinsiyet uykunun değerlendirmesi yapılırken ele alınması gereken kriterlerdendir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden daha fazla uyudukları ama erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku bozuklukları ile karşılaştıkları saptanmıştır (Çakırcalı 2000, Engin 1999, Tosunoğlu 1997)

2- Hastalık: Hasta olan kişiler normal kişilere göre daha çok uyumaya gereksinim duyarlar. Ancak ağrısı olan hastanın uyumakta güçlük çektiği ya da hiç uyuyamadığı bilinmektedir. Sinüs drenajı ya da nazal konjesyonu olan hastaların soluk alıp vermesindeki güçlük ve kısa sürelerle alınan soluk alıp vermeler uyuma sürecini bozmakta ya da uyumayı zorlaştırmaktadır.

Gastrik veya duodenal ülseri olan hastaların, ağrısı olduğu için uykuları da düzensizdir, çünkü REM evresinde gastrik sekresyonda artma vardır. Hipertroidizm uykuya dalmayı uzatır veya zorlaştırır. Diğer yandan hipotroidizm uykunun 4. evresini azaltır. Gece boyunca idrara çıkma ihtiyacı da uyku düzenini bozan diğer bir faktördür.

Sadece fizyolojik kaynaklı hastalıklar değil ruhsal hastalıklar da etkileri ile uykuyu bozmaktadır. Bazı hastalıklar uyku ile yakından ilişkilidir. Örneğin bipolar bozukluklar, mizaç bozuklukları ya da majör depresyon uyku düzeninde bozulmalarla belirti veren hastalıklardır (Engin 1999, Montgomery ve Dennis 2004).

Gece mesaisi dâhil, vardiyalı çalışmaların hem psikolojik hem de fizyolojik sağlık sorunlarının gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Peptik ülser, hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotroidizm, hipertoidizm, kronik kalp hastalığı, hormon düzeyi değişiklikleri gibi hastalıklar ve uykuya dalma, uykuyu sürdürmede güçlük, sık sık uyanma ile sabah erken uyanmaya yol açarak uyku kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (Bingöl 2006)

3. Çevresel Faktörler: Çevre kimi zaman uyumaya yardımcı olduğu gibi, bazen de uykuyu engelleyen bir faktör olarak karşımıza çıkabilir. Kişiler genellikle kendi evlerinde, alışkın oldukları ortamda daha rahat ederler ve daha kolay uyurlar. Bazı kişiler sessiz, sakin, ışıksız bir ortamda uyuyabilirken, kimileri de hafif ışıklı ortamı tercih edebilir(Bingöl 2006; Engin 1999, Kara 1996). ,

Ortamın sıcaklığı da uyku kalitesini etkileyen etmenlerdendir. Ortam sıcaklığının 24⁰C den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12⁰C den az olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uyku kalitesini bozar(Bingöl 2006, Potter and Perry 2001,1993).

4. Yaşam Biçimi: Bireylerin çalışma şekilleri, beslenme alışkanlıkları ile uyku düzeni ve kalitesi karşılıklı birbirini etkiler Çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise değişen uyku programına uyum sağlanması zordur. Gece çalışan bireylerde bir-iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur. Vardiyalı çalışma özellikle kesintili uyku ve yorgunluk ile yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki söz konusudur (Bingöl 2006) . Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitelerinin gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitelerine göre daha kötü olduğu saptanmıştır (Ağargün , Kara ve Anlar 1996, Bingöl 2006)

Beslenme biçimi olarak yeterli protein içermeyen diyet alan, kafein içeren içecekler içen ve besinleri fazla tüketen bireylerde uyku problemleri yaşanmaktadır.

Uyku ve obezite arasında bir ilişki bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 68.000 hemşirenin uyku düzenlerinin 16 yıl boyunca izlendiği bir araştırma, uykusuzluğun şişmanlığı körükleyebileceğini ortaya koyuyor Bu durum uyku eksikliğinin metabolizmayı değiştirmesinden kaynaklanabilir. Bedende açlığı körükleyen ghrelin hormonunun düzeyleri arttıkça, doyma duygusunu devinime geçiren leptin hormonu azalmaktadır ve buna bağlantılı olarak kilo alımı yada obezite oluşabilmektedir ki kilo obezite oluşumu uyku problemlerini de beraberinde getirmektedir.(Motluk 2006)

5. İlaç Kullanımı: Bazı ilaçların kullanımı uyku kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen ilaçların belli bir kullanım süresinden sonra yararlarından çok yeni problemlere neden olduğu bilinmektedir(Ertekin 1998). Diüretikler, beta blokerler ve digoxin bireyin sık sık uyanmasına sebep olarak uyku kalitesini etkiler (Ertekin 1998). Sedatifler, antidepresanlar, hipnotikler ve amfetaminler total uyku zamanını

arttırmakla beraber REM uykusunda azalmaya sebep olmaktadırlar (Özcan 2006, Çakırcalı 2000) .

6. Emosyonel Durum: Günlük yaşamdaki stres, anksiyete ve diğer emosyonel sorunlar uyku düzeni üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Major depresif bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğunda uykuya dalmada güçlük ve gece uyanmalar önemli derecede uykusuzluk sorunlarına ve gündüz uykululuğuna neden olabilir. Özellikle anksiyeteli hastalarda uykuya dalmada güçlük vardır ancak gece uyanmalar daha azdır. Korku, üzüntü, yas ya da sevinç gibi duygu değişimleri bireyin gevşemesini ve rahat uyumasını engeller. Günlük hayatlarından memnun olmayan endişeli ve mutsuz bireylerin uykularının da doyumsuz ve huzursuz olduğu görülmektedir (Engin 1999, Görgülü 2003).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma İstanbul'daki bir Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire/sağlık memuru, röntgen teknisyeni, anestezi teknisyeni) uyku kalitelerini ölçmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

- Sağlık çalışanlarının uyku kalitesi kötüdür
- Nöbet tutan sağlık çalışanlarının uyku kalitesi kötüdür.
- Nöbet sayısı sağlık çalışanlarının uyku kalitesini etkiler
- Evli olan sağlık çalışanlarının uyku kalitesi iyidir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 21.01.2008 İle 21.04.2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2 yetişkin kardiovasküler cerrahi yoğun bakımı, 2 yetişkin kardiyoloji yoğun bakımı ve 1 pediatri yoğun bakımı 2 anjiyo laboratuvarı ve 13 hasta katı ile Avrupa'nın en büyük, dünyanın ise 4. büyük kalp merkezidir.

Hastane 572 yataklı olup 323 doktor, 354 hemşire/sağlık memuru, 99 tıbbi destek elemanı (anestezi teknikeri, laborant, radyoloji teknikeri) ve 139 idari personel bulunmaktadır. Personeli için spor salonu ve lojman imkânı da sunmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır (776 kişi). Örneklem olarak evrenin tamamı düşünülmüştür ancak bu tarihler arasında izinli, raporlu olan kişiler ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler örnekleme alınmamış ve örneklemi 119 doktor, 236 hemşire ile anestezi teknisyeni, laborant ve röntgen teknisyeninden oluşan 53 tıbbi destek elemanı oluşturmuştur (N:408 kişi)

5.4. Veri Toplama Araçları

Veriler bireyleri tanıttıcı kişisel bilgi formu (EK I) ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği (PUKÖ), (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI EK II) ile toplanmıştır.

5.4.1. Tanıtıcı anket formu

Literatüre dayalı olarak geliştirilen kişisel bilgi formu demografik özellikler ve uyku kalitesini etkilediği düşünülen bireysel özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.

Demografik özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuğu olup olmama durumu
- Nerede kiminle yaşadığı
- Eğitim durumu

Olarak 6 soru yer almaktadır.

Uyku kalitesini etkilediği düşünülen bireysel özellikler:

- Çalıştığı kurumdaki pozisyonu
- Hangi klinikte çalıştığı
- Çalışma yılı
- Çalışma şekli
- Haftalık çalışma saati
- Aylık nöbet sayısı
- Gece nöbetlerinin yaşantıdaki durumu
- Gece nöbetlerinin yaşantıdaki zorlukları
- Mesai saatlerindeki değişim durumu
- Mesai saatlerindeki değişim sonucu yaşadığı uyku problemi

- Vardiya sisteminde değişim durumu
- Vardiya sisteminde değişim sonucu uyku problemi durumu
- Uyumaya yardımcı olmak amaçlı yapılan düzenli alışkanlık durumu
- Kronik hastalık durumu
- Akut hastalık geçirme durumu
- Evde bakıma muhtaç bir yakının bulunma durumu

Olarak 16 soru yer almaktadır

5.4.2. Pittsburgh uyku kalite ölçeği (PUKÖ)

İyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. PUKÖ uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. PUKÖ uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Ağargün PUKÖ cronbach alfa iç tutarlık katsayısını 0.80 olarak hesaplamıştır ve bu değer ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.65 hesaplandı.

PUKÖ toplam 24 soru içermektedir. Bu soruların 19 tanesi öz bildirim sorusu olup, beş soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Bu beş soru yalnız klinik bilgi için kullanılmakta ve puanlamaya katılmamaktadır. Öz bildirim sorularından 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilişkilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamaktadır. Özbildirim sorularından 19. soru ve klinik çalışmalar için kullanılan beş soru bireylere uygulanmamış, ölçeğin toplam ve bileşen puanını hesaplamak için kullanılan 18 madde bireylere verilmiştir. Puanlamaya katılan 18 madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplanmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, diğerleri ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilmektedir. yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKÖ puanını verir. Toplam puan 0-21 arası bir değere sahiptir.(EK 3)

PUKÖ de bulunan yedi bileşen

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi

Bileşen 2: Uyku latensi

Bileşen 3: Uyku süresi

Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği

Bileşen 5: Uyku bozukluğu

Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı

Bileşen 7: Gündüz işlev bozukluğu

Toplam ölçek puanının beş ve üzeri olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. PUKÖ toplam puanı arttıkça uyku kalitesi kötüleşir. (Ağargün ve ark. 1996)

5.4.3. Veri toplama yöntemi

Kişisel anket formu ve PUKÖ, araştırmanın amacı kısaca açıklanarak, herhangi bir zaman kısıtlaması getirilmeksizin, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler tarafından doldurulmuştur.

5.4.4. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi bağımsız değişkenler ve PUKÖ skoru bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından kodlanıp veri tabanı oluşturularak bilgisayarda SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 15 paket programında uzman bir istatistikçi tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmadaki kategorik verilerin diğer kategorik özelliklere göre durumunu incelerken ki-kare testi veya Fisher kesin olasılık hesabı yöntemleri kullanılmıştır. Çok değişkenli verilerin analizlerinde ise ikili lojistik regresyon analiz yöntemi kullanılmıştır.

Tüm analizlerde anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçmek amacı ile yaptığımız çalışmada bulgular iki ana başlık altında ele alındı:

- 1 Bireylerin tanıtıcı bilgileri
 - Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı
 - Bireylerin mesleki özelliklerinin dağılımı
 - Bireylerin çalışma koşulları
- 2 Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre uyku kalitesinin dağılımı

6.1. Araştırmaya Katılan Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

6.1.1. Bireylerin demografik özelliklerinin incelenmesi

Tablo 1: Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N:408)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		SAYI	%
YAŞ	22-27	143	35.05
	28-33	190	46.57
	34-39	56	13.73
	40-45	14	3.43
	46 ve +	5	1.22
CİNSİYET	Kadın	262	64.2
	Erkek	146	35.8
MEDENİ DURUM	Evli	213	52.2
	Bekar	184	45.1
	Dul (eşi ölmüş)	4	1
	Boşanmış	7	1.7
ÇOCUK SAHİBİ OLMA	Evet	165	40.4
	Hayır	243	59.6
YAŞANILAN YER VE BERABER YAŞANILAN KİŞİLER	Yalnız evde	69	16.9
	Arkadaşı ile evde	39	9.6
	Lojmanda	56	13.7
	Anne baba ile	40	9.8
	Eş ve çocuklarla	204	50.0
EĞİTİM DURUMU	Lise	107	26.2
	Önlisans	113	27.7
	Lisans	160	39.2
	Lisansüstü	28	6.9

Tablo 1 de araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri verilmektedir. Araştırmaya 408 kişi katılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 46.57(n:190) si 28-33 yaşları arasında, %35.05'i 22-27 yaşlarında , %13.73'ü 34-39 yaşları arasında ve %4.65'i 40ve 40 yaş üzerindedir.

Araştırmaya katılanların %64.2'si kadın %35.8'i erkek katılımcılardır. Bu katılımcıların % 52 .2 si evli , % 47.8' i bekar,dul yada boşanmıştır. % 40.4 ü ocuk sahibidir.

Katılımcıların % 50 si eş ve çocukları ile beraber , %16.9'u yalnız evde,%13.7'si lojmanda, %9.6'sı arkadaşı ile beraber evde ve %9.8'i anne babası ile yaşamaktadır.

Katılımcılardan 160 kişi yani %39.2'si lisans, % 6.9'u lisansüstü %27.7'si önlisans ve %26. 2' si lise ve mezunudur.

6.1.2. Araştırmaya katılan bireylerin mesleki özelliklerinin incelenmesi

Tablo 2: Mesleki Özelliklerin Dağılımı (N:408)

MESLEKİ ÖZELLİKLER		SAYI (N:408)	%
Kurumdaki pozisyon	Hemşire	236	57.8
	Doktor	119	29.2
	Laborant	22	5.4
	Anestezi teknisyeni	12	2.9
	Röntgen teknisyeni	19	4.7
Çalışılan klinik	* KVC	32	7.8
	Kardiyoloji	42	10.2
	Anesteziyoloji	28	6.9
	Ameliyathane	48	11.8
	Acil	19	4.7
	Göğüs cerrahisi	17	4.2
	Yoğun bakım	78	19.1
	Hasta katları	76	18.6
	Yönetim	2	0.5
	Radyoloji	19	4.7
	Anjio	12	2.9
	Laboratuvar	22	5.4
	Poliklinikler	13	3.2
Çalışma yılı	0-5	200	49.0
	6-9	106	26
	10+	102	25
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	85	20.8
	Sürekli gece	19	4.7
	Gece ve gündüz	304	74.5
Haftalık çalışma saati	40 saat	19	4.7
	40 +	389	95.3
Nöbet tutma durumu	Tutmuyor	76	18.6
	Tutuyor	332	81.4
Aylık ortalama nöbet sayısı	0	76	18.6
	1-3	46	11.3
	4-6	89	21.8
	7-9	148	36.3
	10-12	40	9.8
	13-15	9	2.2

*KVC: Kalp damar cerrahisi,

Tablo 2 de katılımcıların mesleki özellikleri ile ilgili dağılım verilmiştir. Araştırmaya katılan 408 kişiden (N: 408) %57.8'ini hemşire, %5.4'ünü laborant, %4.7'sini röntgen teknisyeni, %2.9'unu anestezi teknisyeni ve %29'u doktordur. Katılımın yarısından fazlasını %57.8 ile hemşireler oluşturdu.

Çalışılan klinik olarak bakıldığında 13 klinik değerlendirilmiştir. Doktorlar branşlarına göre klinik olarak ele alınmıştır. Katılımcıların % 7.8 KVC, %10.2'si kardioloji, %6.9'u anestezi ve % 4.2 si göğüs cerrahi doktorudur. Doktorlar ameliyathane, yoğun bakım ve hasta katlarında görev alabildikleri için branşlara göre ele alınmış çalıştıkları klinik olarak belirtilmemiş. Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının klinik dağılımında ise %19.1'i yoğun bakımlar, %18.6'sı hasta katları, %11.8'i ameliyathane, %5.4'ü laboratuvar, %4.7'si radyoloji, %4.7 si acil servis, %3.2 si poliklinik, %2.9'u anjio laboratuvarı ve %0.5'i yönetim oluşturmaktadır.

Katılımcıların %81.4'i nöbet tutmaktadır. Nöbet sayıları 1-3 arasında 46 kişi, 4-6 arasında 89 kişi, 7-9 arasında 148 kişi, 10-13 arasında 40 kişi, 13 ve üzeri 40 kişi ve 76 kişi nöbet tutmamaktadır.

Katılımcıların %49'u 0-5 yıldır, %26'sı 6-9 yıldır, %25'i ise 10 yıl ve daha uzun süredir kurumda görev almaktadır.

Çalışma şekli olarak katılımcıların %20.8'i sürekli gündüz, %4.7'si sürekli gece ve %74.5'i gece-gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışmaktadır.

Kurumun çalışma saatleri kliniklere göre değişmektedir. Hemşireler için hasta katlarında 08-17/ 17-08 saatleri arasında 2 shift, yoğun bakımlarda 07-19/19-07 saatleri arasında 2 shift. Doktorlar için 08-17 nöbet sistemi ise 08 den başlayarak ertesi gün saat 17 de bitmektedir (36 saat).

Radyoloji biriminde hafta içi 08-13/ 13-18/ 18-08 saatleri arasında 3 shift, hafta sonları ise 08-18/ 18-08 saatleri arasında 2 shiftten, ameliyathane hafta içi 08-17/ 10-19/ 17-08 saatlerinde 3 shiftten, hafta sonları ise 24 saatlik tek shiftten ve laboratuvar da hafta içi 08-16/ 16-08 saatlerinde 2 shift, hafta sonu ise 24 saatlik tek shiftten oluşmaktadır.

Katılımcıların %95.3'ü haftada 40 saatin üzerinde, geri kalan katılımcılar ise 40 saatin altında çalışmaktadır.

6.1.3. Araştırmaya katılan bireylerin, bireysel özelliklerinin ve çalışma koşullarının incelenmesi

Tablo 3: Bireysel Özellikler ve Çalışma Koşulları (N:408)

BİREYSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLER		SAYI (N:408)	%
Nöbetler yaşamı zorlaştırıyor mu?	Evet	295	72.3
	Hayır	113	27.7
Nöbetlerin getirdiği zorluklar	Sosyal yaşantı	93	22.8
	Uyku düzeni	115	28.2
	Ruhsal	27	6.6
	Evlilik yaşamı	38	9.3
	Sık hastalanma	22	5.4
	Yok	113	27.7
Mesai değişimi uyku problemi yapıyor mu?	Evet	299	73.3
	Hayır	109	26.7
Mesai değişimi sonrası oluşan uyku problemleri	Yorgunluk	52	12.7
	Uykuya dalamama	70	17.1
	Uykusuzluk	69	16.9
	Denge kaybı	12	3
	Düzensiz uyku	96	23.6
	Tanımlamıyor	109	26.7
Kronik hastalık Durumu	Var	61	15.0
	Yok	347	85.0
Akut hastalık Durumu	Evet	58	14.6
	Hayır	350	85.4
Bakımınıza muhtaç yakınınız	Var	24	5.9
	Yok	384	94.1

Tablo 3 de, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri ile beraber bireysel özellikleri incelenmiştir.

Katılımcıların %72.3'ü nöbetlerin yaşamlarını zorlaştırdığını söylemiştir. Uyku düzeninin bozulması, yaşanan zorlukların başında belirtilmiştir. Katılımcılardan %22.8'i sosyal yaşamlarının bozulduğunu, %9.3' evlilik yaşamlarının bozulduğunu, %6.6'sı ruhsal açıdan etkilendiklerini ve %5.4' de sık sık hasta olduklarını ifade etmişlerdir. 113 kişi ise nöbet tutmanın yaşantılarına herhangi bir zorluk getirmediğini söylemiştir.

Katılımcıların %73.3' mesai saatlerinde değişimin uyku problemi yarattığını ve en çok %23.6 ile düzensiz uyku (uyumaması gereken saatlerde uyuma isteği, uyuması gereken saatlerde uyuyamama)sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Diğer uyku sorunları olarak da %16.9 oranında uykusuzluk, %17.1 uykuya dalamama olarak ifade etmişlerdir.

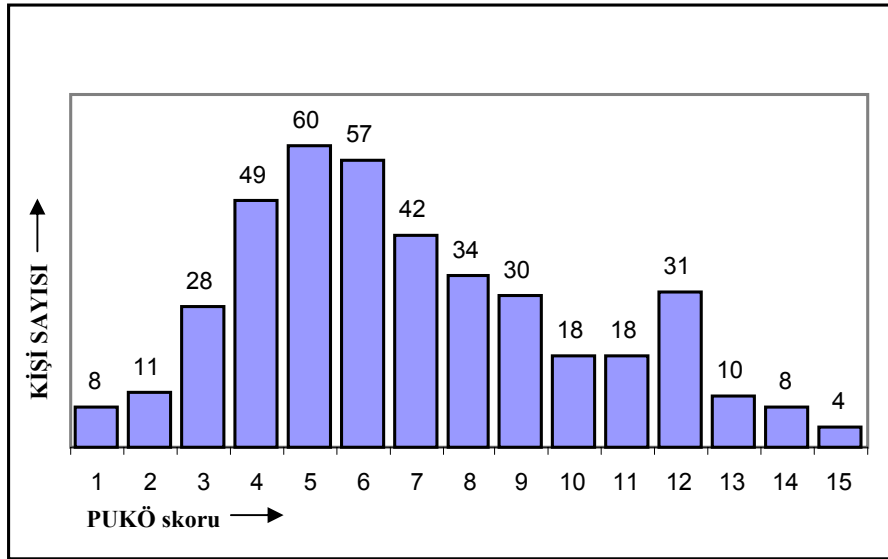
Katılımcıların %85'inde herhangi bir kronik rahatsızlık yoktur, %85.4' ise son 1 ay içerisinde herhangi bir akut hastalık geçirmemiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %5.9'unun çocukları dışında bakımlarına muhtaç yakınları bulunmaktadır.

6.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi

Çalışmaya alınan N=408 kişinin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden 5 ve daha yüksek puan alanların sayısı n=312'dir . Bu tüm grubun %76.5 oranına karşılık gelmektedir($p<0.001$). Bu bulgu örnek grubunun uyku kalitesinin çok ileri düzeyde anlamlı olarak kötü durumda olduğunu ifade eder.

Ayrıca Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinin örneklem grubumuzda elde edilen minimum puanı 1 maksimum puanı 15'dir. PUKÖ den alınan puanlar aritmetik ortalama ve standart sapma cinsinden hesaplandığında ise 6.96 ± 3.19 bulunmuştur. Yine bu grubun medyan (ortanca) puanı 6'dır. Böylece grubun aritmetik ortalama ve medyan cinsinden merkezi istatistik ölçütlerine göre de uyku bozukluğuna sahip olduğu görülmektedir.



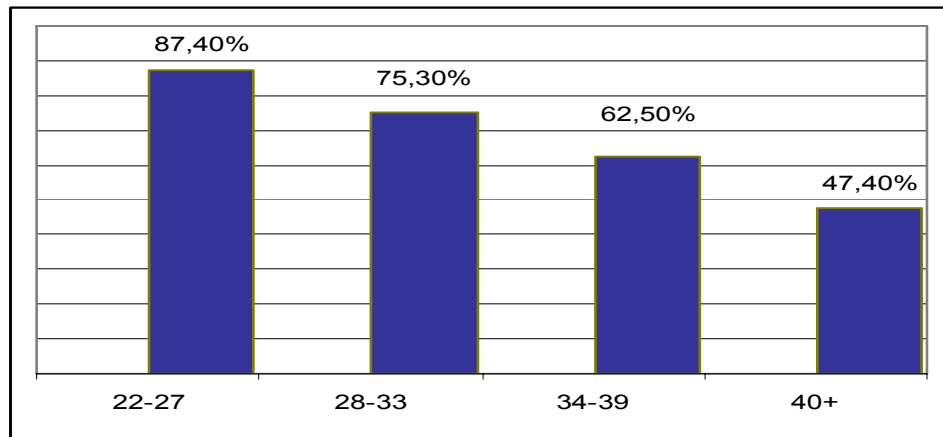
Şekil 2 : Örnek Grubun Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği Skorları Dağılımı

Tablo 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Yaşa Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
22-27	143	35.05	125	87.4	24.67	<0.001
28-33	190	46.57	143	75.3		
34-39	56	13.73	35	62.5		
40+	19	4.65	9	47.4		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 4 de yaşa göre PUKÖ skorları dağılımı incelenmiştir. 45 yaş üstü frekansı istatistik yapmaya uygun olmadığından kıyaslama 40-45 yaş ve 45 yaş üstü grubu birleştirilerek yapılmıştır. Yaş gruplarının uyku kalitesi kötü olanların oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=24.67$; $p<0.001$)

Yaş grupları incelendiğinde 22-27 yaş arasında bulunan katılımcıların %87.4'ünün Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden 5 ve 5'in üzerinde puan almıştır. Oranlara bakıldığında yaş arttıkça uyku kalitesinin düzeldiği görülmüştür.



Şekil 3 : Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların yaşa göre dağılımı

Tablo 5 : Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran		
Cinsiyet	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Kadın	262	64.2	205	78.2	1.28	0.26
Erkek	146	35.8	107	73.3		
Toplam	408	100	312	76.4		

Cinsiyetler arasında uyku kalitesi kötü olanların oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.28$; $p=0.26$).

Tablo 6: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran		
Medeni durum	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Evli	213	52.2	153	71.8	5.33	0.021
Bekar, dul,boşanmış	195	47.8	159	81.5		
Toplam	408	100	312	76.4		

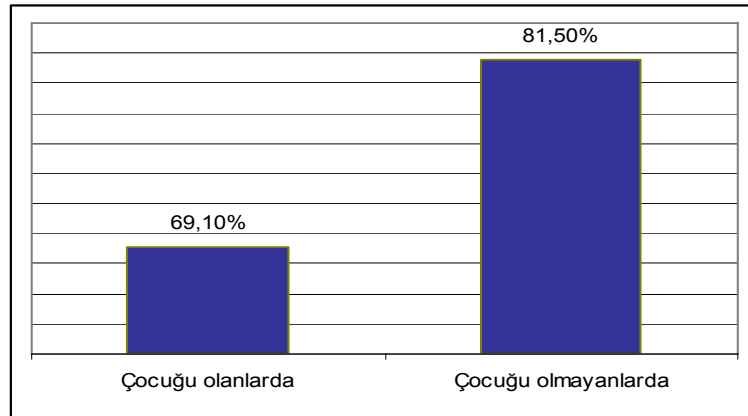
Tablo 6 da Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların medeni duruma göre dağılımı incelendi. Dul ve boşanmışların frekansları istatistik analiz yapmaya uygun olmadığından kıyaslama yaparken bekârlarla birleştirildi.

Evlilerin uyku kalitesinin diğer bekâr, dul ve boşanmışların toplamından istatistiksel olarak anlamlı olarak daha iyi olduğu görüldü ($\chi^2=5.33$; $p=0.021$).

Tablo 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çocuğu Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran		
Çocuk sahibi olma	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Evet var	165	40.4	114	69.1	8.38	0.004
Hayır yok	243	59.6	198	81.5		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 7 de Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların çocuğu olma durumuna göre dağılımı verildi. Çocuk sahibi olan 165 kişiden 114'ü PUKÖ skoru 5 veya daha yüksek puan aldı. Çocuk sahibi olmayan 243 kişiden ise 198'i PUKÖ skoru 5 veya 5 den büyük puan aldı. Bu durum incelendiğinde çocuk sahibi olanların uyku kalitesinin olmayanlara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farkla daha iyi olduğu saptandı ($\chi^2=8.38$; $p=0.004$).

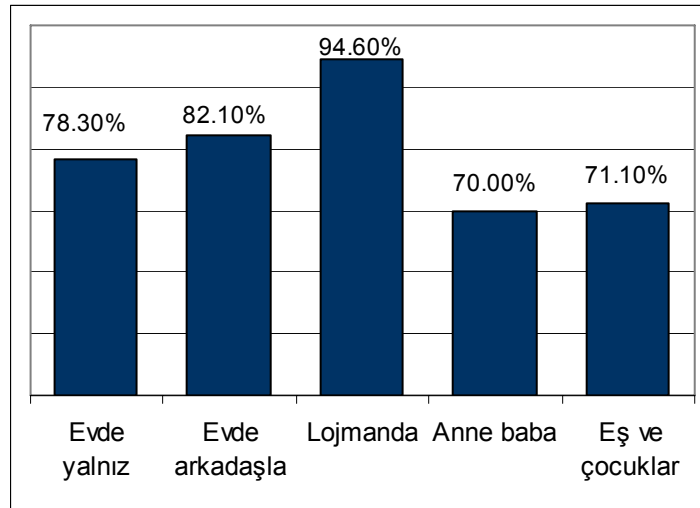


Şekil 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puan alanların çocuğu olma durumuna göre dağılımı

Tablo 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kim İle Ve Nerede Yaşadığına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Kim ile ve nerede yaşadığı						
Yalnız evde	69	16.9	54	78.3	15.30	0.004
Arkadaşı ile evde	39	9.6	32	82.1		
Lojman	56	13.7	53	94.6		
Anne – babası ile	40	9.8	28	70		
Eş ve çocukları ile	204	50	145	71.1		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 8 de Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların kim ile ve nerede yaşadığına göre dağılımı verilmiştir. Lojmanda yaşayan 56 kişiden 53'ü PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı..



Şekil 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların kim ile ve nerede yaşadığı yere göre dağılımı

Örneklemdaki bireylerden lojmanda yaşayanlardan %94.6'sı PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan almıştır. Evde arkadaşı ile yaşayan bireylerden %82.10'u, evde yalnız yaşayan bireylerden %78.3'ü , eş ve çocukları ile beraber yaşayan bireylerden %71.1'i ve anne babası ile yaşayan bireylerden %70'i PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı..

Lojmanda yaşayanların uyku kalitesi evde arkadaşı ile, yalnız, anne babası ile yada eş ve çocukları ile yaşayanlara göre kıyaslandığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla kötü bulundu. ($\chi^2=15.30$; $p=0.004$).

Tablo 9: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Eğitim durumu	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Lise	107	26.2	87	81.3	2.37	0.305
Önlisans	113	27.7	82	72.6		
Lisans	160	39.2	115	71.87		
Lisansüstü	28	6.9	28	100		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 9 da PUKÖ de 5 veya daha yüksek puan alanların eğitim durumuna göre dağılımı verildi. Lise, önlisans, lisans ve lisansüstü grupları arasında istatistiksel kıyaslama sonucunda ise uyku kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=2.37$; $p=0.305$)

Tablo 10: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kurumdaki Pozisyona Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran		
Kurumdaki pozisyon	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Hemşire	236	57.8	191	80.9	6.44	0.04
Doktor	119	29.2	85	71.4		
Diğer*	53	13	36	67.9		
Toplam	408	100	312	76.4		

Diğer*: anestezi teknisyenleri, laborant ve radyoloji teknisyenleri

Anestezi teknikerleri, radyoloji teknikerleri ve laborantlar birleştirilerek yaptığımızda bu grubun uyku kalitesinin doktor ve hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha iyi olduğu saptandı. ($\chi^2=6.44$; $p=0.04$).

Tablo 11: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalıştığı Kliniğe Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

		Örneklem Grup	Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran		
Çalıştığı klinik		Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ ²	P
1.grup	*KVC	32	7.8	85	71.4	17,44	0,001
	Anesteziyoloji	42	10.2				
	Kardiyoloji	28	6.9				
	Göğüs cerrahisi	17	4.2				
2.grup	Acil servis	19	4.7	88	90.7		
	Yoğun bakımlar	78	19.1				
3.grup	Hasta katları	76	18.6	71	78		
	Poliklinik	13	3.2				
	Yönetim	2	0.5				
4.grup	Radyoloji	19	4.7	68	67.3		
	Laboratuvar	22	5.4				
	Anjio	12	2.9				
	Ameliyathane	48	11.8				
Toplam		408	100	312	76.4		

*KVC= Kalp damar cerrahisi

Tablo 11 de PUKÖ den 5 veya daha fazla puan alanların çalıştığı kliniğe göre dağılımları verildi. Katılımcıların çalıştığı klinikler 13 farklı ve düşük frekanslı alanlardan oluşmuştur. Güvenilir bir istatistik değerlendirme yapabilmek açısından klinikler çalışma koşulları ve kişi sayıları göz önüne alınarak 4 gruba indirildi.

1 grup: KVC , anesteziyoloji, kardiyoloji ve göğüs cerrahisi

2.grup: Yoğun bakımlar ve acil servis

3.grup: Hasta katları, yönetim ve poliklinikler

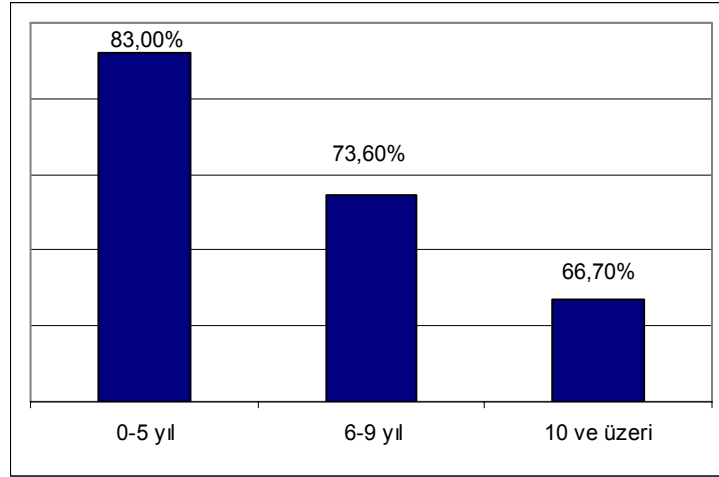
4.grup: Radyoloji, anjio, ameliyathane ve laboratuvar

Gruplar arasında yapılan incelemede yoğun bakımlar ve acil servis de çalışan katılımcılardan 88'i PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı. Bu durum diğer gruplar ile karşılaştırıldığında %90.7 ile ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı. ($\chi^2=17,44$; $p=0,001$).

Tablo 12: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup	Uyku Kalitesi	Gruplar Arası		
		Kötü Grup	Oran		
Çalışma yılı	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2 P
0-5	200	49	166	83	10.68 0.005
6-10	106	26	78	73.6	
11ve +	102	25	68	66.7	
Toplam	408	100	312	76.4	

Tabloda çalışma yıllarına göre PUKÖ de 5 veya daha yüksek puan alanlar incelendi. Buna göre çalışma yılı arttıkça istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptandı ($\chi^2=10.68$; $p=0.005$).



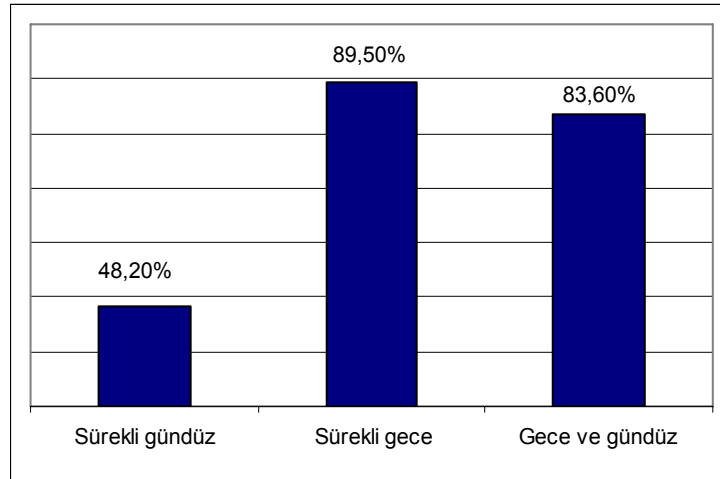
Şekil 6: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların çalışma yıllarına göre dağılımı

0-5 yıl arasında çalışan 200 kişiden 166'sı PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan almıştır. Bu durum 0-5 yıl arasında çalışan katılımcıların %83'ünün uyku kalitesi kötü çıktı.

Tablo13: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Çalışma Şekline Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çalışma şekli	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Sürekli gündüz	85	20.8	41	48.2	47.92	<0.001
Sürekli gece	19	4.7	17	89.5		
Gece-gündüz	304	74.5	254	83.6		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo incelendiğinde de sürekli gündüz çalışan 85 kişiden 41 kişi PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan almıştır bu durum diğer çalışma şekilleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptandı ($\chi^2=47.92$; $p<0.001$).



Şekil 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların çalışma şekline göre dağılımı

Tablo 14: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

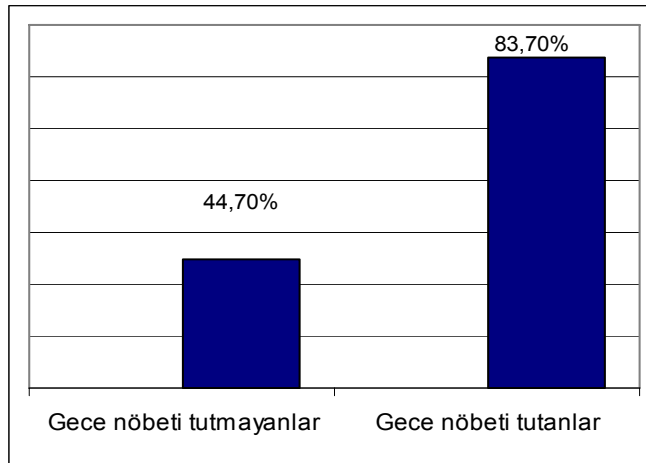
	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran
Haftalık çalışma saati	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	p
40 saat	19	4.7	11	57.9	0.09
40+	389	95.3	301	77.4	
Toplam	408	100	312	76.4	

Haftalık çalışma saatine göre uyku kalitesinin istatistiksel anlamlı fark göstermediği saptanmıştır (Fisher kesin $p=0.09$). İstatistiksel p değerinin anlamlı olmamasına rağmen anlamlılığa yakın bulunduğu ve bu bağlamda yüzdelere bakıldığında 40 saatten fazla çalışanların daha fazla uyku problemi yaşadığı görülmüştür

Tablo 15: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbeti Tutma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Nöbet tutma durumu						
Tutan	332	81.4	278	83.7	52.27	<0.001
Tutmayan	76	18.6	34	44.7		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo incelendiğinde gece nöbeti tutan 332 kişi den %83.7'si PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı. Gece nöbeti tutmayan kişiler ile karşılaştırıldığında gece nöbeti tutanların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=52.27$; $p<0.001$).



Şekil 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların gece nöbeti tutma durumuna göre dağılımı

Tablo 16: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Aylık Ortalama Nöbet Sayısına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Ortalama nöbet sayısı	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
0	76	18.6	34	44.7	95.14	<0.001
1-3	46	11.3	22	47.8		
4-6	89	21.8	74	83.1		
7-9	148	36.3	139	93.9		
10-15	49	12	43	87.8		
Toplam	408	100	312	76.4		

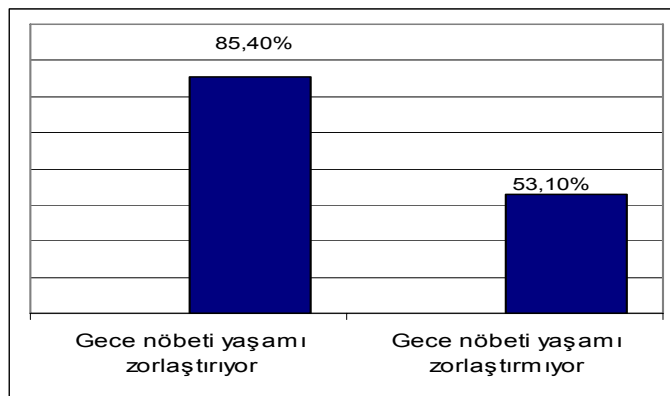
Tablo 16 incelendiğinde 76 kişi nöbet tutmamakta olduğu görülmektedir. Aylık nöbet sayısına göre uyku kalitesi kötü olanların oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=95.14$; $p<0.001$). Oranlara bakıldığında aylık nöbet sayısı arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği görülmüştür. On nöbet ve daha fazla nöbet tutanların frekansı istatistik yapmaya uygun olması için birleştirilerek yapıldı.

Tablo 17: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbetinin Yaşamı Zorlaştırıyor Mu Cevabına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Nöbetler yaşamı zorlaştırıyor mu?						
Evet	295	72.3	252	85.4	47.45	<0.001
Hayır	113	27.7	60	53.1		
Toplam	408	100	312	76.4		

Katılımcılardan %72.3'ü nöbet tutmanın yaşamını zorlaştırdığını söylemiştir ve bu kişilerden %85.4'ü PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı.

Gece nöbetinin yaşamı zorlaştırdığını ifade edenlerin etmeyenlere göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=47.45$; $p<0.001$).



Şekil 9: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların gece nöbetinin yaşamı zorlaştırıyor mu cevabına göre dağılımı

Tablo 18: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Gece Nöbetinin Getirdiği Zorluklara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Nöbetlerin getirdiği zorluklar						
Sosyal yaşam	93	22.8	84	90.3	53.52	<0.001
Uyku düzeni	115	28.2	95	82.6		
Ruhsal	27	6.6	24	88.9		
Evlilik yaşamı	38	9.3	28	73.7		
Sık sık hastalanma	22	5.4	21	95.5		
Yok	113	27.7	60	53.1		
Toplam	408	100	312	76.4		

Sosyal yaşamlarının bozulduğunu ifade eden 93 kişiden 84 kişi ve sık sık hasta olduğunu ifade eden 22 kişiden 21 kişi PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı ve diğer zorluklar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir biçimde kötü saptandı ($\chi^2=53.52$; $p<0.001$).

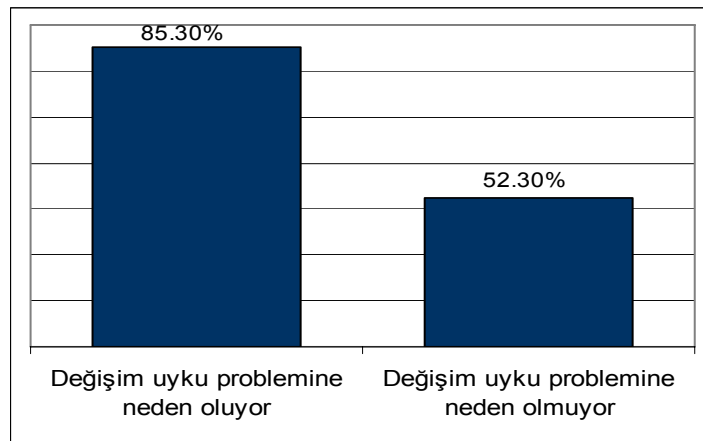
Katılımcıların bu soruya verdiği cevapların hepside uyku kalitesi kötü çıktı. Evlilik yaşantımı bozuyor diyenlerde bu oran daha da azalsa da yine evet diyenlere göre anlamlı bir biçimde kötü uyku kalitesine sahiptir..

Tablo 19: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Mesai Değişimlerinin Uyku Problemi Yaratma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Mesai değişimi uyku problemi yapıyor mu?	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Evet	299	73.3	255	85.3	48.32	<0.001
Hayır	109	26.7	57	52.3		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 19 da PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan alanların , mesai değişiminin uyku problemi yaratma durumuna göre dağılımı verildi. Buna göre mesai değişimlerinin uyku problemi yarattığını ifade eden 299 kişiden 255 i PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı.

Mesai değişiminin uyku problemine neden olduğunu ifade edenlerin etmeyenlere göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=48.32$; $p<0.001$).



Şekil 10: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve daha yüksek puanların mesai değişimlerinin uyku problemi yaratma durumuna göre dağılımı

Tablo 20: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Mesai Değişimleri Sonucu Yaşadığı Uyku Problemlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaşanan uyku problemleri	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Uykuya dalamama	70	17.1	63	90.8	44.67	<0.001
Uykusuzluk	69	16.9	59	85.7		
Düzensiz uyku	96	23.6	85	88.9		
Yorgunluk	46	12.7	38	73.9		
Denge kaybı	12	3	9	83.3		
Yok veya Tanımlamıyor	109	26.7	58	53.2		
Toplam	408	100	312	76.4		

Katılımcılar mesai değişimleri sonrasında en çok uyku düzenlerinin bozulmasından ve uykuya dalamamaktan şikâyet etmişlerdir. 109 kişi uyku problemi ilgili herhangi bir tanımlama yapmadı.

Uykuya dalamama, düzensiz uyku, uykusuzluk ve denge kaybı problemlerini belirten katılımcıların uyku kalitesi, yorgunluk ve tanımlanmayan problemler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=44.67$; $p<0.001$).

Tablo 21: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Son Bir Ayda Vardiya Sisteminde Değişiklik Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Son 1 ayda vardiya sisteminde değişiklik durumu	Sayı(N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Evet değişti	50	12.3	41	82	0.97	0.32
Hayır değişmedi	358	87.7	271	75.7		
Toplam	408	100	312	76.4		

Son bir ayda vardiyasında değişiklik olanlar ile olmayanlar arasında uyku kalitesi kötü olanların oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=0.97$; $p=0.32$).

Tablo 22: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Uyumaya Yardımcı Girişimlerin Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Uyumaya yardımcı girişim	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Var	86	21.1	70	81.4	1.47	0.23
Yok	322	78.9	242	75.2		
Toplam	408	100	312	76.4		

Katılımcılardan 86 kişi uyumasına yardımcı olduğunu düşünerek bazı girişimlerde bulunmakta (süt içme, kitap okuma, duş alma).

Uyumasına yardımcı olduğunu düşündüğü düzenli bir girişimi olanlar ile olmayanlar arasında uyku kalitesi kötü olanların oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=1.47$; $p=0.23$)

Tablo 23: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
Kronik hastalık durumu	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Var	61	15	53	86.9	4.32	0.038
Yok	347	85	259	74.6		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo incelendiğinde katılımcıların %15'inin kronik rahatsızlığı bulunmakta ve bunlardan %86'sı PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı. Kronik rahatsızlığı olmayan kişiden ise 259 kişi PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı.

Kronik bir hastalığı olanların olmayanlara göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=4.32$; $p=0.038$).

Tablo 24: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Son 1 Ayda Akut Bir Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Akut hastalık durumu	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Evet	58	14.6	36	62.1	7.79	0.005
Hayır	350	85.4	276	78.9		
Toplam	408	100	312	76.4		

Araştırmaya katılan bireylerden %14.6'sı son bir ay içerisinde akut bir hastalık geçirmişti ve bunlardan %62.1'i PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı.

Son 1 ay içerisinde akut bir hastalık geçirmeyen 350 kişiden ise 276 kişi PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan aldı.

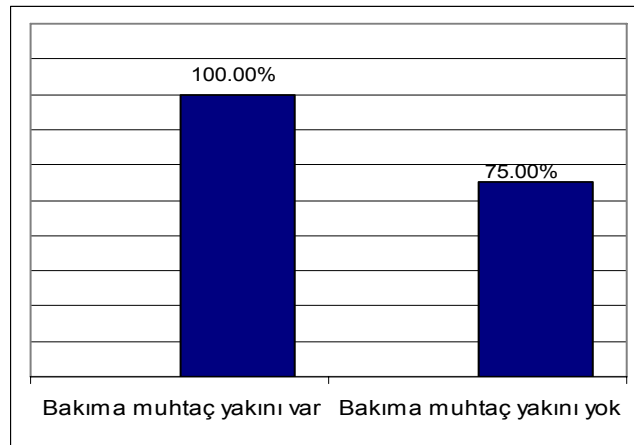
Son 1 ay içerisinde akut bir hastalık geçirmeyenler ile akut bir hastalık geçirenlerin uyku kalitesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkla uyku kaliteleri daha kötü bulundu ($\chi^2=7.79$; $p=0.005$).

Tablo 25: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinde 5 ve Daha Yüksek Puanların Evde Bakıma Muhtaç Yakını Olma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		Gruplar Arası Oran	
	Sayı (N)	%	Sayı(n)	n/N %	χ^2	P
Bakımınıza muhtaç yakınınız var mı ?						
Evet var	24	5.9	24	100	7.84	0.005
Hayır yok	384	94.1	288	75		
Toplam	408	100	312	76.4		

Tablo 25'e göre katılımcıların %5.9'unun evinde çocuklarının dışında bakımlarına muhtaç yakınları bulunmakta ve bu katılımcıların %100'ü PUKÖ den 5 veya daha yüksek puan almıştır

Evde bakıma muhtaç yakını bulunanların uyku kalitesi istatistiksel olarak anlamlı bir farkla evde bakıma muhtaç yakını bulunmayanlara göre daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=7.84$; $p=0.005$).



Şekil 11: Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinde 5 veya daha yüksek puanların evde bakıma muhtaç yakını olma durumuna göre dağılımı

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

7.1. Tartışma

Bu çalışma sağlık çalışanlarının uyku kalitelerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Çalışmaya 408 kişi katıldı ve katılımcılardan %76.5'i (n:312) PUKÖ den uyku kalitesinin kötü olduğunu gösteren 5 ve daha yüksek puan aldı(n/N= %76.5).Bu bulgu sağlık çalışanlarının uyku kalitesi kötüdür hipotezimizi desteklemektedir.

Katılımcılar Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden minimum 1 ve maksimum 15 puan aldı(Şekil 2). PUKÖ den elde edilen puanlar aritmetik ortalama ve standart sapma cinsinden hesaplandığında ise 6.96 ± 3.19 bulundu. Grubun medyan puanı da altıdır. Aritmetik ortalama ve medyan cinsinden merkezi istatistik ölçütlerine göre de katılımcıların kötü uyku kalitesine sahip olduğu görüldü

Elde edilen veriler bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek üç bölümde tartışıldı.

- Bireylerin demografik özelliklerine göre uyku kalitesinin tartışılması
- Bireylerin mesleki özelliklerine göre uyku kalitesinin tartışılması
- Bireylerin çalışma koşullarına göre uyku kalitesinin tartışılması

7.1.1 Bireylerin demografik özelliklerine göre uyku kalitesinin tartışılması

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde 22-27 yaş grubunun uyku kalitesinin ileri derecede anlamlı olarak ($p<0.001$) kötü olduğu ve yaş ilerledikçe uyku kalitesinin düzeldiği görüldü(Tablo 4, Şekil 3). Çalışma sonucumuz Matsumoto ve arkadaşlarının(1996) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte uyku sorunları ve yorgunlukla baş etmenin öğrenilmesinin yanı sıra hemşirelerde ve diğer sağlık personelinde uzun saatli vardiyaları gerektiren nöbetlerin azaltılmasının, poliklinik gibi sadece gündüz çalışılan alanlara geçişlerin olması, aynı şekilde doktorlarında yaşına bağlı olarak uzmanlık almış olmaları ve nöbet sayısında düşüşün olması sonucumuzu da desteklemektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre uyku kaliteleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.26$; Tablo 5). Yapılan benzer bir çalışmada ise kadınların uyku kalitesi erkeklere oranla daha kötü bulunmuştur (Bingöl 2006).Bizim çalışma sonucumuz katılımcıların çalışma koşullarının, çalışma alanlarının erkek veya kadın olma durumuna göre farklılık göstermemesine dayandırılabilir.

Medeni duruma göre uyku kalitesi incelendiğinde evli katılımcıların uyku kalitelerinin, bekâr, dul ve boşanmışlara göre anlamlı olarak daha iyi olduğu bulundu ($p=0.021$; Tablo 6).Bu bulgu evli olan sağlık çalışanlarının uyku kalitesi iyidir hipotezimizi desteklemektedir. Çalıyurt'un 1998 de yaptığı bir çalışmada medeni durumun uyku kalitesi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Bingöl'ün (2006) hemşireler üzerinde yaptığı bir başka çalışmada ise evli hemşirelerin uyku kalitesi bekâr hemşirelerin uyku kalitesine göre daha yüksek olmakla beraber, uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Diğer taraftan Japonya da vardiyalı çalışan 12 bekâr ve 18 evli ve çocuklu hemşire üzerinde yapılan bir başka çalışmada, vardiya değişiminin evli hemşirelerin uyku kaliteleri üzerinde olumsuz etkisinin bekâr hemşirelere göre daha az olduğu bulunmuştur(Watanabe, Akamatsu, Furui, Tomita, Watanabe and Kobayashi 2004). Araştırmalarda saptanan bazıları bulgumuzu destekleyen bazıları da desteklemeyen

bu farklı sonuçların katılımcıların farklı aile/ev/iş sorumlulukları ve birbirinden farklı yaşam tarzına sahip olabilecekleri düşüncesine dayandırılabilir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre uyku kalitesi incelendiğinde araştırmamızda çocuk sahibi olan bireylerin uyku kalitesi, olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha iyi bulundu(Tablo 7, Şekil 4). Bingöl'ün 2006 da hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada çocuk sahibi olan hemşirelerin uyku kalitesi çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre daha iyi bulunmuştur. Bu bulgular geleneksel Türk toplumunda düzenli bir aile yaşamının getirmiş olduğu aile huzurunun uyku kalitesinin yükselmesini de olumlu olarak etkilediğini düşündürebilir. Bizim çalışmamızda yaşı küçük çocuğu olan çalışanların uyku kalitesinin yüksek olması, araştırmanın yapıldığı kurumun kreş olanaklarından yararlanarak nöbet öncesi ya da sonrası çocuklarını kreşe bırakıp uyku kalite ve süresini arttırdığı düşüncesine dayandırılabilir.

Araştırma bulgularımıza göre lojmanda yaşayan katılımcıların uyku kalitesi ileri derecede anlamlı olarak kötü bulundu ($p=0.004$; Tablo 8; Şekil 5).Yapılan bir araştırmada çalışma bulgularımıza paralel olarak lojmanda ve misafirhanede kalmanın uyku kalitesini kötü etkilediği belirtilmiştir (Şekerci 2005). Ailesi ile ya da yalnız evde yaşayan diğer katılımcıların ev ortamına sahip olması, aile ile huzurlu bir ortamın bulunması, çevre koşullarının bireysel ihtiyaçlara göre değiştirilebilmesi ve bireysel plan yapabilme özgürlüğünün daha fazla olması uyku kalitesini iyi yönde etkilerken, lojmanda toplu yaşamının getirdiği sorunlar, bireysel yaşamlarını kontrol edebilme gücünün daha az olması, bağımsız bir şekilde bireysel yaşamlarına özgü plan yapabilme imkânlarının sınırlı olmasının uyku kalitesini kötü etkilediği düşünülebilir ve bulgular bu düşünceye dayandırılabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre uyku kalitesi incelendiğinde araştırmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.305$; Tablo 9). Yapılan bir başka çalışmada da uyku kalitesinin eğitim durumlarından etkilenmediği bulunmuştur (Bingöl 2006).Çalışmamızdaki bu durum eğitim durumuna göre nöbet sayısında , haftalık çalışma saatinde yada klinik seçiminde farklılık yaratmamasına bağlı olabilir.

7.1.2. Bireylerin mesleki özelliklerine göre uyku kalitesinin tartışılması

Katılımcıların kurumdaki pozisyonlarına göre uyku kalitesi incelendiğinde doktor ve hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarına göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı ($p=0.04$; Tablo 10). Literatürde kurum pozisyonu ile ilgili bir bilgiye ulaşılmamıştır. Doktor ve hemşirelerin uyku kalitelerinin kötü olması çalışma şartlarının, çalışma alanlarının (yoğun bakımlar, acil servis), çalışma saatlerinin ve vardiya sistemlerinin diğer sağlık çalışanlarından (laborant, röntgen teknisyeni.) farklı olmasına dayandırılabilir.

Araştırmada çalışılan kliniklere göre uyku kalitesi incelendiğinde 13 farklı ve düşük frekanslı grup bulundu. Bu gruplar istatistik bir yöntem kullanabilmek için 4 ana grupta toplandı(Tablo 11). 2. grubun (yoğun bakım ve acil servis) diğer gruplara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı ($p=0.001$). Yapılan bir araştırmada gece vardiyasında ve yoğun çalışma koşullarında olan kliniklerde çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur(Bingöl 2006). Ayrıca aynı çalışmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri iyi bulunmuş ve bunun nedeni çevresel faktörlerin daha iyi kontrol edilebilmesine, ortama giriş- çıkışların sınırlı olmasına ve daha düzenli çalışma saatleri olmasına dayandırılmıştır. Sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada çalışma bulgumuzla aynı olarak yoğun bakım ve acil serviste çalışmanın uyku kalitesini kötü etkilediği bulunmuştur (Şekerci 2005). Bizim çalışmamızda yoğun bakımlarda ve acil servislerde uyku kalitesinin kötü olması, çalışma ortamının daha stresli olması, hasta rotasyonunun çok olması ve buna bağlı yorgunluk ile çalışma koşullarının daha kötü olmasına bağlanabilir.

Katılımcıların çalışma yılına göre uyku kalitesine bakıldığında çalışma yılı arttıkça istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptandı ($p=0.005$; Tablo 13, Şekil. 6). Çalışmamızı destekleyecek şekilde Bingöl (2006) ve Edell-Gustafsson (2002)'un yaptıkları çalışmalarda 1-5 yıl çalışan hemşirelerin uyku problemlerini en yüksek düzeyde yaşadıkları saptanmış olup, her iki çalışma da en azından hemşirelere yönelik bulgularımızı desteklemektedir. Bu durum meslek hayatında daha yeni olan çalışanların genellikle gece vardiyasında ve

yoğun kliniklerde çalıştırılmalarına, baş etme mekanizmalarında yetersiz olduğu düşünülerek uyku kalitelerinin kötü etkilendiği sonucuna varılabilir. Doktorlar için düşünüldüğünde asistanlığın ilk yıllarında nöbet sayılarının fazla olması, mesai sistemine alışma ve yaşanan stresin uyku kalitesini kötü etkilendiği sonucuna varılabilir.

Sağlık çalışanlarının çalışma şekillerine göre uyku kalitesi incelendiğinde sürekli gündüz çalışanların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptandı ($p<0.001$; Tablo 13, Şekil 7). Axelsson ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları araştırmada, hemşirelerin sirkadiyen ritimlerinin değişmesiyle artan uyku problemleri, uyku bölünmeleri ve uyku değişimleri nedeniyle dönüşümlü vardiyada çalışmanın uyku kalitesini olumsuz yönde etkilendiği ve hemşirelerin dönüşümlü vardiyada çalışmaktan hoşnutsuz olduğu belirtilmektedir. Edell- Gustafsson (2002)'un yaptığı araştırmada dönüşümlü vardiyada çalışan sağlık çalışanlarının uyku problemlerinin çok yaygın olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise uyku kalitesindeki bozulmanın en çok vardiya sistemi ile çalışanlarda olduğu belirtilmektedir (Çalıyurt 1998) araştırmamızda sürekli gündüz çalışan bireylerin uyku kalitesinin iyi olması mesai bitiminden sonra dinlenme ve sorumluluklarını yerine getirme imkanlarının fazla olmasına , sürekli gece çalışan bireylerin ise sirkadeyn ritimlerindeki bozulma ve buna bağlı olarak da kötü uyku kalitesine sahip olabileceğine dayanabilir.

Haftalık çalışma saatlerine göre uyku kalitesine bakıldığında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p=0,09$; Tablo 14). Ancak istatistiksel p değerinin anlamlı olmamasına rağmen anlamlılığa yakın bulunması nedeniyle yüzdelere bakıldığında 40 saatten fazla çalışanların daha fazla uyku problemi yaşadığı görüldü. Bu durum yoğun bakımlar ve acil servis de dahil olmak üzere kliniklerin genellikle 40 saat üzerinde çalışmasına dayandırılabilir. Literatürde haftalık çalışma saatinin uyku kalitesine etkisi ile ilgili bir araştırmaya ulaşılmamıştır.

7.1.3. Bireylerin çalışma koşullarına göre uyku kalitesinin tartışılması

Gece nöbeti tutanların istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı ($p<0.001$;Tablo 15, Şekil.8). Bu bulgu nöbet tutan sağlık çalışanlarının uyku kalitesi kötüdür hipotezimizi desteklemektedir. Katılımcıların %72.3'ü gece nöbetlerinin yaşamlarını zorlaştırdığını ifade etmiştir. Kunnert ve ark .(2007) yaptığı bir çalışmada da bulgularımızı destekler şekilde gece vardiyalarında çalışan bireylerin gündüz vardiyasında çalışanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir. Buna bağlı olarak gece nöbet sayısı arttıkça uyku kalitesi kötüleşmektedir. Gece nöbetinin yaşamı zorlaştırdığını ifade edenlerin etmeyenlere göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulundu ($p<0.001$;Tablo 17, şekil 9). Bu durum gece nöbetinde bulunduğu dönemde çocuklarının bakımından sorumlu olmasına rağmen gerçekleştirememesi nedeniyle bakım ile ilgili başka bir kişiye ihtiyaç duyması , kişinin uykusuz ve yorgun olarak aracı ile yola çıkmak zorunda olması ve kaza risklerinin artması, ev sorumluluklarını yerine getirmek için yeterli gücü kendinde bulamaması gibi zorluklara bağlanabilir. Yapılan bir araştırmada nöbetlerin son saatlerinde uzun süre uykusuz kalmaya ve yorgunluğa bağlı olarak medikal hataların yapma riskinin arttığı ve başka birinin yaptığı hatayı fark etme ihtimalinin azalacağı belirtilmiştir (Dorrian, Lamond, Heuvel, Pincombe, Rogers, Dawson, 2006)

Nöbetlerin getirdiği zorluklardan en çok sosyal yaşamın bozulduğu ifade edildi (Tablo 18). Nöbetlerin sosyal yaşantıyı bozduğunu ifade edenlerin ve sık sık hasta oluyorum diyenlerin uyku kalitesi istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir biçimde kötü bulundu ($p<0.001$). Daha sonra sırasıyla ruhsal açıdan etkilenenlerin, “uyku düzenim bozuyor” diyenlerin uyku kalitesi kötü bulundu. Evlilik yaşantısının bozulduğunu belirtenlerde bu oran daha da azalsa da kötü uyku kalitesine sahiptirler. Yapılan bir araştırmada sağlık personeli nöbetlerden sonra kalan saatleri uyku için kullandıklarını, bu durumun ailesine karşı sorumluluklarını yerine getirmesine engel olduğunu ve sosyal yaşamlarını bozduğunu ifade etmişlerdir. Bunun sonucu olarak da yorgunluk ve stres yaşadıkları belirtilmiştir(Dement, Vaughan 1999) .

Laybak , Lava, Turek ve Zee (2002)'nin yaptığı çalışmada vardiyaların sık adet düzensizliklerine, riskli gebeliklere ve üreme bozukluklarına neden olduğunu belirtmiştir. En sık karşılaşılan hastalıklar olarak da depresyon ve ülser başta olmak üzere sindirim sistemi problemleri yer almaktadır (Manoux, Marmot, Kivimäki 2005)

Katılımcıların %73.3'ü (n:299) gece-gündüz değişen mesai saatlerinin uyku problemi yaptığını belirtti. Mesai değişiminin uyku problemine neden olduğunu ifade edenlerin etmeyenlere göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı ($\chi^2=48,32$; $p<0,001$) (Tablo 19, şekil 10).

Çalıyurt (1998) yaptığı araştırmasında araştırmamızın bulgularını destekler şekilde çalışma saatlerinin düzensizliğine bağlı olarak uyku sorunlarının görüldüğü saptamıştır. Ayrıca hemşireler üzerinde yapılan başka bir araştırmada mesai saatlerindeki değişimin uyku problemlerine yol açtığı ve bu hemşirelerin uyku kalitelerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir (Bingöl 2006).

Gece –gündüz değişen vardiya sisteminden oluşan mesailer sonucunda yaşanan uyku problemlerinin başında düzensiz uyku yer almaktadır. Bireyler uyumaması gereken saatlerde uykusunun geldiğini ve uyuması gereken saatlerde uykusunun olmadığını ifade etmişlerdir. Düzensiz uykuyu takiben yaşanan diğer bir uyku sorunu da yorgunluğa ve strese bağlı olarak uykuya dalamamaktır. Belirtilen diğer sorunlar arasında yorgunluk, denge kaybı ve uykusuzluk yer almaktadır. Araştırma bulgularımızı destekler bir biçimde yapılan başka bir çalışmada uzun mesai sonrasında yaşanan uyku problemleri olarak uyku sürelerinde kısalma ve uykuya dalmada güçlük yaşandığı belirtilmiştir (Virtanen, Ferrie, Gimeno, Vahtera, Elovainio, Singh, Marmot, Kivimäki, 2009). Yaptığımız çalışmada mesai değişimleri sonrasında uyku problemi yaşayan bireylerin uyku kalitesi, yaşamayan bireylere göre anlamlı bir farkla kötü bulundu ($\chi^2=44,67$; $p<0,001$)(Tablo 20).

Yapılan bir araştırmada sirkadiyen ritmin değişmesi sonucu vardiyalı çalışan bireylerde bedensel ve zihinsel yorgunluğun ortaya çıktığı, bu bireylerde dikkat azalmasına bağlı olarak iş kazalarının arttığı tespit edilmiştir(Ardıç 2001)

Literatürde ABD’de 25 milyon insanın vardiyalı olarak çalıştığı ve özellikle gece nöbetlerinden sonra %20-30’unun yorgunlukla ilişkili araba kazası geçirdiği belirtilmektedir (Hancı, Eşiyok 2001)

Kunert ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada yorgunluğun medikal hatalara, performans düşüklüğüne, sosyal ve mental algılama problemlerine neden olduğu belirtilmiştir.

Son bir ay içerisinde vardiya sisteminde değişiklik olan (sürekli gündüz sistemine geçme ya da sürekli gece sistemine geçme) katılımcılar ile vardiya sisteminde değişiklik olmayan bireylerin uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı($p=0.32$;Tablo 21). Literatürde bu konu ile ilgili bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Katılımcıların %21,1’inin (n:86) uyumasına yardımcı olduğunu düşündüğü (süt içmek, banyo yapmak, kitap okumak) düzenli girişimleri vardır. Ancak uyumaya yardımcı girişimleri olan ve olmayan bireyler uyku kalitesi yönünden kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.23$;Tablo 22). Uyumaya yardımcı girişimlerin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı fakat uyunan uykunun kalitesini değiştirmedeği, bunun için çevresel faktörlerin uygun hale getirilmesi ya da hastalık, çocuk, bakıma muhtaç yakını ya da lojmanda yaşama gibi faktörlerin kontrol altına alınması gerektiği düşüncesi çıkabilir

Katılımcıların %15’inde (n:61) kronik bir hastalık bulunduğu saptandı ve kronik hastalığı olan katılımcıların %53’ünün uyku kalitesi kötü bulundu. Kronik bir hastalığı olanların olmayanlara göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötü olduğu saptandı ($p=0.038$; Tablo 23). Bingöl (2006)’ün yaptığı bir çalışmada fiziksel hastalığı olan hemşirelerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirtilmiştir. Karaefe (1996)’nin bir çalışmasında ise vardiyalı ve gündüz çalışma sonrasında hemşirelerin fiziksel sağlık sorunlarında belirli bir

miktarda artış olduğu belirtilmektedir. Bulgularımızı sonuçlarına paralel bir biçimde yapılan başka bir araştırmada da vardiyalı çalışma düzeninin çalışanların genel sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve uyku düzenindeki değişimlerin zamanla metabolizmanın değişmesine ve medikal yakınmaların artmasına neden olduğu belirtilmiştir(Akerstedt 2003, Edell- Gustafsson 2002, Karaefe 1996). Korkmaz ve Tamura (2008) yaptığı çalışmada kronik halsizlik, kardiyovasküler hastalıklar ve belirli kanser türlerinin gece vardiyası çalışanlarında gündüz çalışanlarına göre daha sık görüldüğünü ifade etmiş, bu hastalıkların insidansları normalde yaşla beraber arttığı için, gece vardiyası hızlandırılmış insan yaşlanması modeli olarak kabul etmişlerdir.

Araştırmamızda son 1 ay içerisinde akut bir hastalık geçiren katılımcıların uyku kalitesi geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak daha iyi bulundu ($p=0.005$; Tablo 24). Literatürde araştırma bulgularımızı destekleyen yada inkar eden herhangi bir bilgiye ulaşılmamıştır. Bu durum hastalık döneminde ilaç kullanma, düzenli beslenme çabası, fiziksel aktivite de sınırlılık getirme ile uyku ve dinlenme için daha çok vakit ayırma düşüncesine dayanabilir.

Katılımcıların %5.9'unun çocuğu dışında bakımı ile sorumlu olduğu bir yakını mevcuttur. Evde bakıma muhtaç yakını bulunanların uyku kalitesi istatistiksel olarak anlamlı bir farkla bakıma muhtaç yakını olmayanlara göre kötü bulundu ($p=0.005$; Tablo 25, Şekil 11). Bu durum bakıma muhtaç bir bireyin olması onun için fazladan zaman ve efor harcanması, gece uykularının ihtiyaçlara bağlı olarak bölünmesi ile açıklanabilir.

Kılıç ve Taşçı (2005) yaptığı bir çalışmada bakım vermenin bakım verenlerin fiziksel sağlığını olumsuz etkilediğini ve bu etkilerden birini de uyku bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

7.2. Sonuç ve Öneriler

Araştırma Bir Özel Dal Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçmek amacı ile yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir

Araştırmanın örneklemini Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan 408 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

- Katılımcılar dan 312 kişi Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinde yüksek puan almıştır. Bu durum araştırmamıza katılan sağlık çalışanın uyku kalitesinin anlamlı olarak kötü olduğunu açıklamaktadır($p<0.001$).
- Katılımcıların % 46.5'ini 28-33 yaş grubu oluşturmaktadır. 22-27 yaş grubunun uyku kalitesi diğer yaş gruplarına göre anlamlı farkla kötü bulundu($p<0.001$). Yaş arttıkça uyku kalitesi de düzelmektedir.
- Cinsiyetlere göre uyku kalitesi incelendiğinde anlamlı bir fark yoktur($p=0.269$). Katılımcıların %64.2'si bayan, %35.8'i erkektir.
- Medeni duruma göre uyku kalitesi incelendiğinde anlamlı farkla evli olanların uyku kalitesi iyi bulundu($p=0,021$). Katılımcıların %52.2'si evlidir.
- Katılımcıların % 59.6'nın çocuğu yoktur. Çocuğu olmayan bireylerin uyku kalitesi anlamlı bir farkla kötü bulundu($p=0,004$).
- Katılımcıların %50'si eş ve çocukları ile, %16.9'u yalnız evde, %13.7'si lojmanda , %9.8'i anne ve babası ile ve %9.6'sıda ev arkadaşı ile beraber yaşamaktadır. Lojmanda yaşayan katılımcıların uyku kalitesi anlamlı farkla kötü bulundu ($p=0.004$).
- Katılımcıların 187'si lisans, 113'ü önlisans, 107'si sağlık meslek lisesi ve 1 kişide yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların uyku kaliteleri eğitim durumlarına göre kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.305$)

- Kurumdaki pozisyon açısından katılımcılar incelendiğinde; katılımcıların %57.8'ini hemşire /sağlık memuru, % 29.2'sini doktor, % 5.4'ünü laborant, %4.7'sini röntgen teknisyeni ve %2.9'unu anestezi teknisyeni oluşturmaktadır. Kurumdaki pozisyonlara göre uyku kaliteleri kıyaslandığında hemşire/sağlık memuru ve doktorların uyku kaliteleri daha kötü bulundu($p=0.04$)
- Katılımcıların çalıştıkları kliniklere bakıldığında 13 farklı klinik bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olması için 13 farklı klinik 4 gruba indirgenmiştir. 1. grubu Kvc dr, anestezi dr , kardiyoloji dr ve göğüs cerrahı dr , 2 grubu yoğun bakımlar ve acil servis , 3.grubu hasta katları, yönetim ve poliklinikler , 4.grubu ise radyoloji, ameliyathaneler, laboratuvar ve anjio oluşturmaktadır. Gruplar arasında uyku kalitesi karşılaştırıldığında 2. grubun uyku kalitesinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla daha kötü olduğu saptandı($p=0.001$)
- Katılımcıların çalışma yıllarına bakıldığında %49'u 0-5 yıl , %26'sı 6-10 yıl ve geri kalan %25'i 10 yılın üzerinde çalışmaktadır. Çalışma yıllarına göre uyku kalitesi incelendiğinde çalışma yılı arttıkça istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptandı($p=0,005$)
- Araştırmamızda sürekli gündüz çalışan 85 kişi, sürekli gece çalışan 19 kişi ve gece gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışan 304 kişi vardır. Çalışma şekli olarak sürekli gündüz çalışanların uyku kalitesi istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla daha iyi olduğu saptandı($p<0.001$)
- Araştırmamızda haftalık çalışma saati 40 ve 40'dan fazla olan katılımcıların uyku kaliteleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.09$)
- Katılımcıların %81.4'ü gece nöbeti tutmaktadır. Gece nöbeti tutanların gece nöbeti tutmayanlara göre uyku kalitesi istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farkla daha kötü saptandı($p<0,001$). Gece nöbeti tutan katılımcılarda nöbet sayısı arttıkça uyku kalitesi anlamlı bir farkla kötü bulundu($p<0.001$)

- Araştırmamızda katılımcılar gece nöbetlerinin yaşantılarını zorlaştırdığını ifade etmiştir. Yaşanan zorlukların başında uyku düzeninin bozulması ve sosyal yaşamın bozulması yer almaktadır. Gece nöbetleri yaşamımı zorlaştırıyor diyen katılımcıların uyku kalitesi istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir biçimde kötü saptandı($p<0.001$). Gece- gündüz değişen mesailer sonucunda katılımcıların %85'i uyku problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yaşanan uyku problemi olarak başta düzensiz uyku yer almaktadır. Diğer problemler olarak da uykuya dalamama ve uykusuzluk belirtilmiştir. Mesai değişimleri sonucunda uyku problemi yaşamadığını belirten katılımcıların uyku kalitesi, değişim sonunda uyku problemi yaşadığını belirten katılımcılara göre anlamlı bir farkla daha iyi bulundu($p<0.001$).
- Katılımcılardan %12.3'ünün son bir ay içerisinde vardiya sisteminde değişiklik olmuştur. Vardiya sisteminde değişiklik olan ve olmayanlar arasında uyku kalitesi açısından bir fark saptanmadı($p=0.32$).
- Araştırmamızda uyumaya yardımcı girişimleri düzeli olarak yapan ve yapmayanlar arasında uyku kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmadı($p=0.23$).
- Katılımcıların %15'i kronik bir hastalığa sahiptir. Kronik hastalığı olan katılımcıların uyku kalitesi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötü bulundu ($p=0,038$).
- Son 1 ay içerisinde akut bir hastalık geçiren katılımcı sayısı 58 dir ve bu kişilerin uyku kalitesi akut bir hastalık geçirmeyenlere göre anlamlı bir farkla daha iyi bulundu($p=0,005$).
- Katılımcılardan 24 'ünün evde çocuğu dışında bakımına muhtaç bir yakını vardır ve bu kişilerin uyku kalitesi bakıma muhtaç herhangi bir yakını olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötü bulundu($p=0,005$).

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda;

- Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun gece ve gündüz değişen vardiya sistemi ile çalıştıkları ve gece nöbetleri sonrasında uyku düzensizlikleri ve uykuya dalama gibi uyku problemleri yaşamakta oldukları belirlenmiştir. Uyku kalitesini yükseltmek ve uyku problemlerini en aza indirmek amacı ile çalışanlara ve yöneticilere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi
- Nöbet sayısının artması uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum için liste hazırlamakla sorumlu kişilerin nöbet sayılarını olabilecek en az sayıda tutmasını önerilmesi ve hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi
- Yoğun bakımlar ve acil servisin uyku kalitesini arttırmak için çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çalışma programlarının düzenlenmesi konusunda sorumlu kişilerin duyarlılığını arttırmak amaçlı hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi
- Kurumdaki kronik hastalığı ve bakıma muhtaç yakını bulunan kişilerin tespit edilmesi ve çalışma koşullarının, çalışma programlarının düzenlenmesi
- Kurumdaki sağlık çalışanlarının periyodik olarak uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda kurumsal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

8: KAYNAKLAR

1. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7 (2) : 107-115
2. Akdemir N, Birol L.(2003). Dinlenme Uyku ve Düzensizlikleri. İçinde: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı*, Ed: Akdemir N. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul; 129-139
3. Akerstedt T (2003). Shift work and disturbed sleep / wakefulness. *Occupational Medicine*, 53: 89-94.
4. Ardiç S(2001). Uyku hastalıkları ve trafik- iş kazaları. *Toraks Dergisi*, Aralık,2(3): 91-98
5. Axelsson J, Akerstedt T Kecklund G and Lowden A (2004). Tolerance to shift work – How does it relate to sleep and wakefulness? . *Int Arch Occup Environ Health*, 77: 121-129
6. Aydın H, Özgen F. (1998). Psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, cilt 1(2) :87-89
7. Bingöl N. (2006) Hemşirelerin Uyku kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Karagözoğlu)
8. Bonnet MH, Arand DL. (1995). We are chronically sleep deprived. *Sleep*, 18(10): 908-911
9. Çağlayan Ş (1995). Beynin Entelektüel Fonksiyonları. Yaşam Bilimi Fizyoloji, Panel Matbaacılık, İstanbul, 62-71
10. Çakırcalı E (2000). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir. İzmir Güven ve Nobel Tıp Kitapevi: 25-36

11. Çakırcalı E(1997). Uyku ve Dinlenme. İçinde: *Hemşirelik El Kitabı*.Ed: Atalay M. Hemşirelik Esasları El Kitabı. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları: 90-94
12. Çaliyurt O (1998). Sirkaditen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş Ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. T.Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.(Tez yöneticisi: Prof. Dr.E. ABAY)
13. Dement WC, Vaughan C (1999). A Pioneer in sleep medicine explains the vital connection between health, happiness, and a good night's sleep. *The Promise of Sleep*.
14. Demir M (1990). Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri. H.Ü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara (Danışman: Prof.Dr.G.Uyer)
15. Dorrian J, Lamond N, Van Den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Dawson D (2006). A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiol Int* 23(6):1149-1163.
16. Edell- Gustafsson UM (2002). Sleep quality and responses to insufficient sleep in women of different work shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 280-288.
17. Engin E(1999). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Özgür)
18. Erarslan Z. (2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerinde Etkisi. Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Van.(Danışman:Doç.Dr. B.Adak)
19. Ertekin Ş (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.(Danışman: Prof. Dr. O.Doğan)

20. Fischer FM, Bruni A de C, Berwerth A, Moreno R de C, Fernandez R de L and Riviello C (1997). Do weekly and Fast-Rotating shiftwork schedules diffirentially affect duration and quality of sleep. *Int Arch Occup Environ Health*, 69: 354-360.
21. Gordon M. (2000). Assesing Sleep and Rest. Nursing Diagnosis Process and Application. Third Edition, St. Louis. Mosby,455-473.
22. Görgülü Ü. (2003). KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.(Danışmanlar: Prof. Dr. N.Akdemir . Doç.Dr. H.Feşci)
23. Guyton AC and Hall JE. (2001). Beynin Etkinlik Durumları – Uyku: Beynin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar. Tıbbi Fizyoloji, (Çev: Ed. Çavuşoğlu H), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 689-696.
24. Gürdal G. (2006). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı Ders Notları.
25. Hancı H, Eşiyok B (2001). Uyku ve trafik kazaları, *Sted dergisi*,10(3)
26. Irak M. (2005). Farklı bir bilinçlilik durumu: Uyku. *Pivolka Dergisi*, 4(16):3-7
27. Kara M. (1997). Uyku hijyeni. *Hemşireler ve Ebeler İçin Türk Hemşireler Dergisi*, 47(6): 22-24.
28. Karadağ M, Ursavaş A. (2007). Dünya ve Türkiye de uyku çalışmaları. *Archives of Lung*, 8:62-4
29. Karaefe M. (1996). Dönüşümlü Şiftlerde Çalışan Hemşirelerde Uyku Düzeni Değişimlerinin İncelenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.(Danışman: Prof.Dr. G. Terakye)
30. Kaya M (2004). Ankara da 112 acil yardım hizmetleri sağlık çalışanlarının öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(4): 9-18
31. Khorshid L. (1996). Uyku ve dinlenmenin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12(3): 133-140.

32. Kılıç N, Taşçı S (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı) 30-36
33. Korkmaz A, Tamura H (2008). Night shift, risk of chronic diseases and melatonin rhythm. *TAF Preventive Medicine Bulletin* ,7(6) :529-534
34. Kozier B. and Erb G. (2000). Rest And Sleep. Fundamentals Of Nursing. Concepts, Process and Practice, Sixth Edition, Addison Wesley Nursing California, 1061-1071.
35. Köktürk O (1999). Uykunun izlenmesi (1) normal uyku. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 47(3): 372-380.
36. Kunert K, King ML, Kolkhorst FW. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(8):30-7
37. Laybak S, Lava S, Turek F and Zee P(2002). Effects of shiftwork on sleep and menstrual function in nurses. *Health Care Women*.Sep.- Nov.; 23 (6-7):703-714
38. Manoux A, Marmot MG,Kivimäki M (2005). Sleep Tips for Shift Worker. [Electronic Journal], <http://www.netwellness.org/healthtopics/sleep/shiftworker>.
39. Matsumoto M, Kamata S, Naoe H, Mutah F. and Cihiba S. (1996). Investigation of the Actual Conditions of Hospital Nurses Working on Three Rotating Shifts: Questionnaire Results of Shift Work Schedules, Feelings of Sleep and Fatigue, and Depression. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*,98(1):11-26.
40. Montgomery P. and Dennis J. (2004). A Systematic review of Non-Pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Review*, 8: 47-62.
41. Motluk A.(2006). The 10 roads to fatsville. *New Scientist*. [Electronic Journal], <http://www.newscientist.com/article/mg19225760.900-the-10-roads-to-fatsville.html>
42. Özcan N. (2007).Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı. İçinde: *Temel Hemşirelik Kavram İlkeler Uygulamalar* Ed:Ay.F İstanbul. Medikal Yayıncılık: 410-420
43. Özer Z (2000). Uyku öğrenmenin mayası mı? *Bilim ve Teknik*; (39) :48-50

44. Öztürk MO (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı.9. Basım. Ankara. Nobel Tıp Kitapevi: 479-486
45. Papilla İ and Acioğlu E (2004).Obstrüktif uyku apne sendromu. *Hipokrat Dergisi* (13): 387-391.
46. Potter PA and Perry AG (1993).Sleep. Fundamentals of Nursing. Third Edition, Philadelphia, Mosby year book: 1144-1171
47. Potter PA and Perry AG (2001).Sleep. Fundamentals of Nursing. Fifth Edition, Philadelphia, By Mosby: 1250-1280.
48. Ruggiero JS(2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26: 434-444.
49. Sönmez S (2006). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. U.Ü. Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Bursa , (Danışman: Prof. Dr. E. Uzaslan)
50. Şekerci K (2005). Hastanede Görev Yapan Sağlık Personelinin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, (Danışman: Prof. Dr. Y. Açık)
51. Takahashi M, Arito H & Fukuda H (1999). Biological Rhythm Nurses' Workload Associated with 14-4 Night Shifts. II: Effects of a Nap Taken During the Shifts. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53: 223-225.
52. Taylor C, Lillis C & Priscilla LM(1993). Fundamentals of Nursing the Art Science of Nursing Care Philadelphia. 2th. Ed. Philadelphia 1993; 720
53. Tosunoğlu A (1997). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. , Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi, İzmir. (Danışman: Prof.Dr.A.Bayık)
54. Uran G (2001). Kırsal Kesimde, Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburgh Uyku Kalitesi ile Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması. G.Ü.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara .(Danışman: Yrd. Doç. Dr. I. Maral)

55. Virtanen M, Ferrie JE, Gimeno D, Vahtera J, Elovainio M, Singh A, Marmot MG, Kivimäki M (2009). Sleep. Jun 32(6):737- 745
56. Watanabe M, Akamatsu Y, Furui H, Tomita T, Watanabe T and Kobayashi F (2004). Effects of changing Shifts Schedules from a half –day to half-day shifts before a night shift on physical actives and sleep patterns of single nurses and married nurses with children. *Ind Health*, 42(1): 43-40.
57. Yerer MB(2006) . Sirkdiyen Ritme Bağlı Olarak Fizyolojik Melatonin Seviyesindeki Değişikliklerin Göz Ve Beyin Dokusunda Antioksidan Önemi. E.Ü. Fizyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Kayseri.(Danışman: Prof. Dr Sami Aydoğan)

EKLER

EK -1

KİŞİSEL BİLGİLER

Bu çalışma sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçmek amacı ile düzenlenmiştir. Katılım zorunlu değildir. Lütfen tüm soruları okuyunuz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Size en uygun cevabı yazınız ya da işaretleyiniz

Banu Karakoç

1- Yaşınız

.....

2- Cinsiyetiniz

☐ K

☐ E

3- Medeni durumunuz ?

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul

☐ Boşanmış

4- Evliyseniz çocuğunuz var mı? Çocuğunuz var ise kaç tane?

☐ Evet

☐ Hayır

.....

5- Şu an nerede ve kim ile yaşıyorsunuz

☐ Yalnız, evde kalıyorum

☐ Arkadaşlarım ile birlikte, evde kalıyorum

☐ Lojmanda kalıyorum

☐ Ailemle kalıyorum (anne- baba)

☐ Eşim ve çocuklarımla birlikte kalıyorum

6- Eğitim durumunuz nedir ?(en son mezun olunan okul)

☐ Lisans

☐ Ön lisans

☐ Sağlık meslek lisesi

☐ Diğer

7- Çalıştığınız kurumdaki pozisyonunuz?

☐ Hemşire / sağlık memuru

☐ Doktor

☐ Diğer

8- Hangi klinikte çalışmaktasınız?

(yoğun bakım, acil , ameliyathane,radyoloji, kan bankası vb... doktor iseniz alanınız)

.....

9- Kaç yıldır çalışmaktasınız ?

☐ 0-5

☐ 6-9

☐ 10 ve üzeri

10- Çalışma şekliniz nedir ?

☐ Sürekli gündüz

☐ Sürekli gece

☐ Gece ve gündüz değişen vardiya

.....(çalışma saatlerinizi belirtiniz. Ör: 7-19/ 19-07)

11- Haftada kaç saat çalışıyorsunuz ?

☐ 40 saatten az

☐ 40 saat

☐ 40 saatten fazla

12- Gece nöbeti tutuyorsanız aylık nöbet sayınız ortalama olarak nedir?

.....

13- Gece nöbetleri yaşantınıza zorluk getiriyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

14- 13. soruya cevabınız “evet” ise yaşantınızda ne gibi zorluklar getiriyor?(
lütfen öncelik sırasına göre numaralandırınız.)

☐ Sosyal yaşantımı bozuyor

☐ Uyku düzenimi bozuyor

☐ Ruhsal açıdan etkileniyorum

☐ Evlilik yaşantımı bozuyor

☐ Sık sık hasta oluyorum

☐ Diğer (açıklayınız).....

15- Mesai saatlerindeki değişimin uyku problemine neden olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

16-15. soruya cevabınız “evet” ise mesai saatlerindeki değişim sonucu yaşadığınız uyku problemi nedir ?

.....

17- Son bir ay içerisinde vardia sisteminiz ile ilgili bir değişiklik oldu mu ?

☐ Evet

☐ Hayır

18- Vardia sisteminizde değişiklik oldu ise bu değişiklik uykunuzda herhangi bir problem oluşturdu mu?

.....

19- Kronik bir hastalığınız var mı ?

.....

20- Son 1 ay içinde akut bir hastalık geçirdiniz mi?

.....

22- Evde bakımınıza muhtaç herhangi bir yakınınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

EK-2**PITTSBURGH UYKU KALİTE ÖLÇEĞİ****Açıklamalar**

Aşağıdaki sorular yalnızca son birkaç aydır yaşadığınız uyku düzeni ve uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız son bir ay içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Son bir ay içinde;

- 1. Genellikle saat kaçta yatmaya gidersiniz?.....**
- 2. Geceleri uykuya dalmanız ne kadar sürer (dakika)?.....**
- 3. Sabahları saat kaçta kalkarsınız ?.....**
- 4. Geceleri tam olarak kaç saat uyuyabiliyorsunuz (yatakta geçirilen toplam süreden farklı olabilir)?.....**
- 5. Son bir aydır aşağıda belirtilen uyku sorunlarını ne sıklıkla yaşadınız?**

a. 30 dk. içinde uykuya geçememe

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| hiç () | haftada bir () |
| haftada bir veya iki() | haftada üç veya daha fazla () |

b.Gece yarısı ya da sabah erken uyanma

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| hiç () | haftada bir () |
| haftada bir veya iki() | haftada üç veya daha fazla () |

c.Tuvalet/banyoya gitmek için uyanma

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| hiç () | haftada bir () |
| haftada bir veya iki() | haftada üç veya daha fazla () |

d. Rahat nefes alamamak nedeniyle

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| hiç () | haftada bir () |
| haftada bir veya iki() | haftada üç veya daha fazla () |

e. Öksürük ya da horlama nedeniyle

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| hiç () | haftada bir () |
| haftada bir veya iki() | haftada üç veya daha fazla () |

f. Soğukluk hissi/üşüme nedeniyle

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

g. Sıcak basması nedeniyle

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

h. Kötü rüya/ kabus görme

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

i. Ağrı nedeniyle

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

j. Başka nedenler (ne sıklıkla olduğu) açıklayınız

.....

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

6. Son 1 aydır ne sıklıkla uyku ilacı almak zorunda kaldınız?(reçeteli yada reçetesiz)

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

7. Son 1 aydır. Araba kullanırken, yemek yerken,ya da sosyal aktiviteler sırasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız ?

hiç ()

haftada bir ()

haftada bir veya iki()

haftada üç veya daha fazla ()

8. Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu

1. Hiç problem oluşturmadi
2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

9. Son bir aydır uyku kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- | | | | |
|------------|--------|---------|-------------|
| 1. Çok iyi | 2. İyi | 3. Kötü | 4. Çok kötü |
|------------|--------|---------|-------------|

EK-3**PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUANLANMASI**

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 9' un puanlanması ile elde edilir.

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 1 puanı</u>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

*Bu değerlendirme sonunda bileşen 1 puanı elde edilir.

Bileşen 2: Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlanması ile elde edilir.

Soru 2 için:

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
0-15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
> 60 dakika	3

* buradan soru 2'nin puanı elde edilir

soru 5a için:

<u>cevap</u>	<u>puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

*Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ne 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirilir

<u>soru 2 ve soru 5a'nın toplamı</u>	<u>bileşen 2 puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

*Böylece elde edilen puan ile bileşen 2 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 3: Uyku süresi soru 4 ile elde edilir

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 3 puanı</u>
>7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
< 5 saat	3

* Bu değerlendirme sonucu bileşen 3 puanı elde edilir

Bileşen 4 : Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır

Yatma saati (soru1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi hesaplanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{alışılmış uyku etkinliği (\%)} = \frac{\text{Uyuma saatini süresi}}{\text{yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$$

<u>alışılmış uyku oranı</u>	<u>bileşen 4 puanı</u>
> %85	0
%75- %84	1
% 65- %74	2
< %65	3

* Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilir.

Bileşen 5 : uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir

Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları aşağıdaki gibi değerlendirilir.

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Daha sonra soru 5b-j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19- 27	3

Bileşen 6: uyku ilacı kullanımı (soru 6) puanlaması ile elde edilir.

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

*Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilir

Bileşen 7: Gündüz işlev bozukluğu soru 7 ve soru 8'un puanlaması ile elde edilir.

Soru 7 için:

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

* buradan soru 7'nin puanı elde edilir.

Soru 8 için:

<u>Cevap</u>	<u>puan</u>
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük bir problem oluşturdu.	3

* buradan 8'in puanı elde edilir. Soru 7 ve 8'in puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır

<u>soru 7 ve soru 8'in puanları toplamı</u>	<u>bileşen 7 puanı</u>
0	0
0-2	1
3-4	2
5-6	3

* Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda bileşen 1,2,3,4,5,6,7 puanları toplanarak global PUKÖ (global PSQI) puanı bulunmuştur

EK 4

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
İSTANBUL

Sayı = 6646

Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsüne;

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinizden Banu Karakoç'un yapacağı " Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği" başlıklı tez çalışmasının hastanemizde yapmasının uygun olduğu bilgilerinize saygıyla sunulur.

Sıyami Ersek Hastanesi
Prof. Dr. İbrahim YEKE
Başhekim



10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Banu	Soyadı	Karakoç
Doğum Yeri	Kütahya	Doğum Tarihi	04.09.1982
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	b.lacrimas@hotmail.com	Tel	0505 851 90 30

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Balıkesir Üniv. Bandırma SYO Hemşirelik	2004
Lise	Kılıçarslan lisesi	2000

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre
1.Yenidoğan bakım hemşiresi	yoğun	Özel Acıbadem Hastanesi	14 ay
2.Pediatric KVC bakım hemşiresi	yoğun	Dr. Siyami Ersek Hastanesi	2006 itibari ile

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Powerpoint	Çok iyi
Microsoft Excel	Orta